



Informe de Gestión 2024

Sector Salud



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

EQUIPO DIRECTIVO

VICTORIA EUGENIA MARTÍNEZ PUELLO
Gerente Subred Integrada de Servicios Norte ESE

YULIETH LÓPEZ RETAMOSO
Subgerente de Servicios de Salud

MARTHA YOLIMA PASACHOA MORENO
Subgerente Corporativa

LILIANA RIOS VELANDIA
Jefe Oficina Asesora Desarrollo Institucional

GLENDA ISABEL TAFUR LÓPEZ
Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones

ÁNGELA PATRICIA LÓPEZ PARADA
Jefe Oficina Gestión del Conocimiento

DIANA MARCELA CABALLERO ARIAS
Jefe Oficina Calidad

ANDREA LUCÍA BLANCO MEJÍA
Jefe Oficina de Participación Comunitaria y Atención al Ciudadano

GEAN ALBERTO DÍAZ SEPÚLVEDA
Jefe Oficina Sistemas de Información -TICS

OSWALDO RAMOS ARNEDO
Jefe Oficina Jurídica

MÓNICA FERNÁNDEZ QUINTERO
Jefe Oficina Control Interno

EUGENIO MAURICIO RUMBO
Jefe Oficina Control Interno Disciplinario (E)





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

ANDREA SANDOVAL CASTRO

Directora de Servicios Hospitalarios

LUZ DARY CAMPOS MORENO

Director de Servicios Complementarios

ANA MARÍA MAHECHA BUITRAGO

Directora Servicios Ambulatorios

INGRID PAOLA LOZANO TORRES

Directora de Gestión del Riesgo

ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO

Director de Urgencias

JUAN CARLOS HURTADO SIERRA

Director Financiero (E)

LIZETH ANDREA MAHECHA BUSTOS

Directora Talento humano

DAMARIS REYES CASTRO

Director Administrativa

ANA TATIANA QUINTANA TORRES

Directora Contratación

Profesional de apoyo

DIANA CRISTITNA MORENO ARENAS

Profesional Especializado

Oficina Desarrollo Institucional



Contenido

INTRODUCCION	12
1. MACROPROCESO ESTRATÉGICO.....	13
1.1. GESTIÓN ESTRATÉGICA	13
1.2. GESTIÓN DE COMUNICACIONES	36
1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	40
1.4. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO.....	71
1.5. PARTICIPACION SOCIAL Y ATENCIÓN AL USUARIO	91
2. MACROPROCESO MISIONAL.	110
2.1. GESTIÓN AMBULATORIA	110
2.2. GESTIÓN DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA.	119
2.3. GESTIÓN DE URGENCIAS.	127
2.4. GESTIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS.....	139
2.5. GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD.	155
3. MACROPROCESO APOYO	193
3.1. GESTIÓN FINANCIERA.	193
3.2. GESTIÓN JURÍDICA.....	226
3.3. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN.....	227
3.4. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO.....	230
3.5. GESTIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO Y TECNOLÓGICO.	247
3.6. GESTIÓN TICS.....	271
4. MACROPROCESO DE EVALUACIÓN	283
4.1. EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN.....	283
4.2. GESTIÓN DISCIPLINARIA.	292

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1 Evaluación por objetivo estratégico del PDI vigencia 2024	14
Tabla 2 Cumplimiento POA o PAA 2024 por trimestre.....	19
Tabla 3 Relación del número de Riesgos Clínicos Identificados por las Vigilancias del programa de Seguridad del Paciente	21
Tabla 4 Relación del número de Riesgos Clínicos de las Vigilancias priorizados por Índice de Criticidad IC priorizados	21
Tabla 5 Relación del número de Riesgos Institucionales Identificados en el aplicativo ALMERA.	23
Tabla 6. Resultados por Políticas 2018 – 2023 Índice de Desempeño Institucional Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	25
Tabla 7 ACUMULADO ANUAL 2023-2024	27
Tabla 8 matriz de seguimiento contrato no. 004 de 2023 PGP	29
Tabla 9 Estrategias internas	36
Tabla 10 Estrategias externas	37
Tabla 11. Servicios habilitados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – Subred Norte Integrada de Servicios de Salud Norte ESE.	40
Tabla 12 Porcentaje de cumplimiento de los Planes del Sistema Único de Acreditación para la vigencia diciembre de 2024.	44
Tabla 13 Trazabilidad reporte Circular 012 de 2016 vigencias	49
Tabla 14 Resultados de adherencia a guías trazabilidad 2017-2024	50
Tabla 15 Resultados de adherencia a guías trazabilidad 2023-2024	51
Tabla 16 Trazabilidad Resultados Evaluación calidad de los registros de historias clínicas Auditoría Interna vigencia 2017-2024 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE.	52
Tabla 17 Resultados Paciente Trazador Ambulatorio y Hospitalario 2023 / 2024	53
Tabla 18. Registro y avance de cumplimiento en Planes de Mejora – ALMERA	54
Tabla 19 Principales eventos adversos enero a noviembre de 2024	58
Tabla 20 indicadores Resolución 256 -2016.....	60
Tabla 21 Imagen adherencia de paquetes instruccionales	60
Tabla 22 Resultados seguimiento SDS programa Infecciones 2024.....	63
Tabla 23 Relación de Guías de Práctica Clínica ya implementadas y a implementar acorde con resultados de las primeras causas de atención por servicio y perfil epidemiológico.....	63
Tabla 24 Riesgos Clínicos Identificados por las Vigilancias del programa de Seguridad del Paciente	64
Tabla 25 Riesgos Clínicos de las Vigilancias priorizados por Índice de Criticidad IC priorizados	65
Tabla 26 Personas capacitadas en estrategias del Programa de Humanización 2024 – Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE.	65
Tabla 27 . COMPORTAMIENTO DE LAS QUEJAS 2017 – 2024	69
Tabla 28 Convenios Instituciones Educativas para el Trabajo y el Desarrollo Humano	71
Tabla 29 Convenios Instituciones de Educación Superior Subred Norte.	72
Tabla 30 Escenario base de programas de especialización médico-quirúrgica	72
Tabla 31 Actividades de la cohorte, Subred Norte ESE,2024	76
Tabla 32 Acumulado de proyectos a diciembre 26 de 2024	78
Tabla 33 Proyectos Evaluados CEI 2024	82

Tabla 34	Número de Iniciativas Innovadoras por Fuente de Innovación.....	86
Tabla 35	Iniciativas relacionadas durante el año 2024.	87
Tabla 36	Cumplimiento de actividades Plan de acción Comité Hospital Universitario vigencia 2024	88
Tabla 37	Comparativo resultados satisfacción global Subred Norte.	93
Tabla 38.	Porcentaje de satisfacción por Unidad 2024.	94
Tabla 39	. Derechos y deberes Subred Norte.....	95
Tabla 40	Problemas de acceso identificados consolidado 2024.....	96
Tabla 41	Palabras con Vos – Espacios de Reflexión con Funcionarios 2024.....	97
Tabla 42.	Palabras con Vos – Espacios de Reflexión Usuarios 2024.....	97
Tabla 43	Hilo de Voz. Niños, Niñas Adolescentes Hospitalizados 2024.....	98
Tabla 44	Palabras con Vos - Huerta Literaria 2024.....	98
Tabla 45	Total peticiones recibidas en el periodo.....	100
Tabla 46.	Total peticiones gestionadas en el periodo.....	100
Tabla 47	Total peticiones gestionadas según canales de atención.....	100
Tabla 48	Total peticiones gestionadas según tipología.....	101
Tabla 49	Resultados Actividades Gestión Social Integral.....	102
Tabla 50	Reporte de gestión de aseguramiento 2024.....	103
Tabla 51.	Comportamiento de gestión de abandono social Subred.....	103
Tabla 52.	Relación consultas y procedimientos más requeridos por los usuarios 2024.....	105
Tabla 53.	Infraestructura física a diciembre de 2024.....	110
Tabla 54	Producción Servicios Consulta Externa 2022 – 2024. PRODUCCION DE SERVICIOS CONSULTA EXTERNA 2023-2024.....	111
Tabla 55	Indicadores de Oportunidad 2022 a 2024.....	113
Tabla 56	Centros de atención población diferencial.....	114
Tabla 57	Atenciones población LGTBIQ+ POBLACIÓN LGTBIQ+.....	115
Tabla 58.	Atenciones población indígena Kichwa POBLACION INDIGENA KICHWA.....	115
Tabla 59	. Atenciones población afrocolombiana. POBLACION AFROCOLOMBIANA.....	116
Tabla 60.	Atenciones población con discapacidad POBLACION CON DISCAPCIDAD.....	116
Tabla 61	Atenciones población indígena Muisca POBLACIÓN INDIGENA MUISCA.....	117
Tabla 62	Atención integral mujer. ATENCION INTEGRAL MUJER.....	117
Tabla 63.	Oferta de servicios hospitalarios.....	119
Tabla 64.	Capacidad Instalada Hospitalización a diciembre 2024.....	120
Tabla 65.	Cancelación por causa institucional y no institucional año 2024.....	123
Tabla 66	Indicadores de eficiencia hospitalaria 2022 - 2024.....	125
Tabla 67	Capacidad instalada infraestructura de la Dirección de Urgencias diciembre 2024..	128
Tabla 68	Indicador Oportunidad Triage II 2023 - 2024.....	128
Tabla 69	. Indicador Porcentaje de ocupación Urgencias 2023 - 2024.....	129
Tabla 70.	Indicador Giro Cama Urgencias 2023 - 2024.....	129
Tabla 71.	Indicador Promedio Estancia Urgencias 2023 - 2024.....	130
Tabla 72	Total atenciones en triage 2023 - 2024.....	131
Tabla 73.	Total consultas de urgencias adulto y pediátricas 2023 - 2024.....	131
Tabla 74.	Total consultas de urgencias obstétricas 2023 - 2024.....	132
Tabla 75	Total egresos de observación 2023 - 2024.....	132
Tabla 76	Ejecución convenio 2809341 de 2021 a 12 de agosto de 2024.....	134
Tabla 77	Ejecución convenio 6628214 de 2024 al 06 de diciembre de 2024.....	134

Tabla 78	Ejecución convenio 7119828 de 2024 al 31 de diciembre de 2024	134
Tabla 79	Parque automotor APH Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.....	134
Tabla 80	Consolidado Traslados Valoraciones y Despachos Fallidos años 2022 a 2024	135
Tabla 81	Remisiones entre sedes de la Subred Norte.....	136
Tabla 82	Indicador oportunidad en los traslados	137
Tabla 83	Talento Humano Dirección Complementarios – Laboratorio Clínico	139
Tabla 84	. Oportunidad del Resultado por Servicio 2024.....	140
Tabla 85	Talento Humano Dirección Complementarios – Patología.....	143
Tabla 86.	Oportunidad del Resultado 2024	143
Tabla 87.	Talento Humano Dirección Complementarios – Servicio Farmacéutico	144
Tabla 88.	Capacidad entrega fórmulas y oportunidad de entrega 2024.....	145
Tabla 89.	Número de dosis unitarias de medicamentos adecuadas 2024	145
Tabla 90.	Número de fórmulas devueltas con interacción 2024.....	146
Tabla 91	Porcentaje de intervenciones farmacéuticas aceptadas por médico 2024	146
Tabla 92.	Talento Humano Dirección Complementarios – Servicio Imágenes Diagnósticas....	147
Tabla 93.	Equipos biomédicos – Servicio Imágenes Diagnósticas.	148
Tabla 94	Oportunidad de Asignación de Citas 2024.....	148
Tabla 95.	Tiempo de espera para toma de imagenología 2024	148
Tabla 96.	Talento Humano Dirección Complementarios – Servicio Nutrición y dietética.....	150
Tabla 97.	Oportunidad de Respuesta Interconsulta Nutrición 2024	150
Tabla 98	Talento Humano Dirección Complementarios – Servicio Unidad Renal	152
Tabla 99	Indicador Hemodiálisis.....	152
Tabla 100.	Inscripción de Ruta Promoción y Mantenimiento, enero – diciembre 2024	155
Tabla 101	Indicadores de Mortalidad Infantil, según Residencia, enero a diciembre, 2022 a 2024	156
Tabla 102.	Muertes infantiles según causa básica de muerte, enero – diciembre, 2024.....	156
Tabla 103.	Indicadores de Mortalidad Infantil, según Ocurrencia, enero – diciembre, 2020 a 2024	157
Tabla 104.	Mortalidad Infantil según causa básica de muerte, enero – diciembre, 2024	158
Tabla 105.	Mortalidad Menor de 5 años, según Residencia, enero a diciembre, 2022 a 2024	159
Tabla 106.	Muertes en menores de 5 años según causa básica de muerte. Enero – diciembre 2024.....	159
Tabla 107	Mortalidad Menor de 5 años, según Ocurrencia, enero – diciembre, 2020 a 2024.	160
Tabla 108.	Muertes en menores de 5 años según causa básica de muerte, enero – diciembre, 2024.....	161
Tabla 109.	Mortalidad por IRA, según Residencia, enero a diciembre 2022 a 2024	162
Tabla 110.	Casos de Mortalidad por IRA, según Residencia, enero a diciembre, 2024	163
Tabla 111.	Mortalidad por IRA, según Ocurrencia, enero – diciembre, 2020 a 2024	163
Tabla 112.	Casos de Mortalidad por IRA, según ocurrencia, enero a diciembre, 2024	164
Tabla 113.	Mortalidad por Neumonía, según Residencia, enero a diciembre 2022 a 2024.....	164
Tabla 114.	Casos de Mortalidad por Neumonía, según Residencia, enero a diciembre, 2024	165
Tabla 115.	Mortalidad por Neumonía, según Ocurrencia, enero a diciembre, 2024.....	166
Tabla 116.	Casos de Mortalidad por Neumonía, según ocurrencia, enero a diciembre, 2024	166
Tabla 117.	Fecundidad 10 a 14 años, según Residencia, 2022 a 2024.....	167
Tabla 118.	Fecundidad 10 a 14 años, según Ocurrencia, enero a diciembre, 2022 a 2024.....	168
Tabla 119	Fecundidad 15 a 19 años, según Residencia, 2022 a 2024.....	169

Tabla 120 Fecundidad 15 a 19 años, según Ocurrencia, enero a diciembre, 2022 a 2024.....	170
Tabla 121. Comparativo de inscripción de la Ruta de Alteraciones Nutricionales, enero – diciembre 2024.....	170
Tabla 122. Inscripción a la Ruta Materno Perinatal, enero – Diciembre 2024.....	171
Tabla 123. Indicadores de Mortalidad Materna, según Residencia, enero a diciembre, 2022 a 2024.....	172
Tabla 124. Causas de Mortalidad Materna por Residencia, enero a diciembre, 2024.....	173
Tabla 125. Indicadores de Mortalidad Materna, según Ocurrencia, enero – diciembre, 2022 - 2024.....	173
Tabla 126 Causas de Mortalidad Materna por Ocurrencia, enero a diciembre, 2024.....	173
Tabla 127. Indicadores de Mortalidad Perinatal, según Residencia, enero a diciembre, 2022 a 2024.....	174
Tabla 128. Muertes perinatales según causa básica de muerte Según Residencia. Ene–dic. 024.....	175
Tabla 129. Indicadores de Mortalidad Perinatal, según Ocurrencia, enero – diciembre, 2022 a 2024.....	175
Tabla 130. Muertes perinatales fetales según causa básica de muerte Según Ocurrencia. Enero – diciembre, 2024.....	176
Tabla 131. Muertes perinatales no fetales según causa básica de muerte Según Ocurrencia enero – diciembre 2024.....	177
Tabla 132. Sífilis Congénita, según Residencia, 2022 a 2024.....	177
Tabla 133. Casos residencia Sífilis Congénita, Enero – diciembre 2024.....	178
Tabla 134. Sífilis Congénita, según Ocurrencia, 2022 a 2024.....	179
Tabla 135. Casos Ocurrencia Sífilis Congénita, según aseguramiento, enero – diciembre 2024.....	180
Tabla 136. Bajo peso al nacer a término, según Residencia, 2022 a 2024.....	180
Tabla 137. Bajo Peso al Nacer, según Ocurrencia, 2022 a 2024.....	181
Tabla 138. Inscripción a la Ruta Cardio cerebro vascular y Metabólica, Enero- diciembre, 2024.....	182
Tabla 139. Casos residencia Mortalidad por Enfermedad Crónica No Trasmisibles, Ene–nov, 2024.....	183
Tabla 140. Inscripción a la Ruta de Salud Mental, enero - diciembre, 2024.....	184
Tabla 141. Casos residencia Mortalidad por Suicidio, Enero – Diciembre, 2024.....	185
Tabla 142. Acciones realizadas desde el Entorno Cuidador Hogar, enero a diciembre, 2022 a 2024.....	185
Tabla 143. Agendamiento Entorno Cuidador Hogar -EBEH, enero a 31 de diciembre, 2022 a 2024.....	186
Tabla 144. Total de Predios Abordados, EBEH, 2024.....	187
Tabla 145. Grupos de familias abordadas en acciones colectivas, perfil de Medicina, 2024 ...	187
Tabla 146 Grupos de familias abordadas en acciones colectivas, perfil de Enfermería, 2024 .	188
Tabla 147. Grupos de familias abordadas en acciones colectivas, perfil de Psicología, 2024 .	189
Tabla 148. Grupos de familias abordadas en acciones colectivas, perfil Ambiental, 2024.....	189
Tabla 149. Grupos de familias abordadas en acciones colectivas, perfil Odontología, 2024 ...	189
Tabla 150 INGRESOS . Cifras en millones de \$.....	194
Tabla 151 GASTOS , Cifras en millones de \$.....	194
Tabla 152 ejecución Cifras en millones de \$.....	194

Tabla 153	Indicadores	194
Tabla 154	EJECUCION PRESUPUESTAL DE INGRESOS, Cifras en millones de \$.	195
Tabla 155	COMPARATIVO DE INGRESOS DICIEMBRE 2023 VS 2024,Cifras en millones de \$.	195
Tabla 156	EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE GASTOS, Cifras en millones de \$	196
Tabla 157	DISTRIBUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE GASTOS, Cifras en millones de \$.	196
Tabla 158	COMPARATIVO DE GASTOS DICIEMBRE 2023 VS 2024,Cifras en millones de \$	197
Tabla 159	INGRESOS POR URGENCIAS/HOSPITALIZACIÓN	198
Tabla 160	FACTURACIÓN ENERO A DICIEMBRE DE 2024,Cifras en millones de \$	199
Tabla 161	FACTURACIÓN VS RADICACIÓN 2024,Cifras en millones de \$	201
Tabla 162	FACTURACION ACUMULADA DE ENERO A DICIEMBRE VIGENCIAS 2023 Vs 2024,Cifras en millones de \$	203
Tabla 163	CARTERA NETA A 31 DE DICIEMBRE 2024,Cifras en millones de \$	204
Tabla 164	EDADES DE CARTERA DICIEMBRE DE 2024,Cifras en millones de \$	204
Tabla 165	PROCESOS CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL RADICADOS	206
Tabla 166	CUENTAS POR COBRAR EPS CAPITAL SALUD EPS,Cifras en millones de \$	206
Tabla 167	CUENTAS POR COBRAR FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD,Cifras en millones de \$	207
Tabla 168	RECAUDO DE DICIEMBRE 2024 POR VIGENCIAS, Cifras en millones de \$	208
Tabla 169	RADICACIÓN VS RECAUDO A DICIEMBRE 2024,Cifras en millones de \$	208
Tabla 170	COMPORTAMIENTO DE GLOSAS EN LA VIGENCIA 2024,Cifras en millones de \$	208
Tabla 171	CUENTAS POR PAGAR A 31 DE DICIEMBRE DE 2024,Cifras en millones de \$	212
Tabla 172	CAJAS POR CONCEPTO DICIEMBRE DE 2024,Cifras en millones de \$	213
Tabla 173	RESULTADO OPERACIONAL DE ENERO A NOVIEMBRE 2023 Y 2024,Cifras en millones de \$	214
Tabla 174	RESULTADO OPERACIONAL NOVIEMBRE 2023 Y 2024,Cifras en millones de \$	214
Tabla 175	VARIACIÓN COSTOS DE PERSONAL CONTRATO DIRECTO OPS, Cifras en millones de \$	215
Tabla 176	COMPORTAMIENTO COMPARATIVO VIGENCIAS NOVIEMBRE 2023 VS NOVIEMBRE 2024 Cifras en millones de \$	216
Tabla 177	ESTADO DE RESULTADO INTEGRAL NOVIEMBRE 2023 VS 2024,Cifras en millones de \$	218
Tabla 178	INDICADORES FINANCIEROS	219
Tabla 179	Relación de verificaciones SARLAFT procesos contractuales, Vigencia 2024	221
Tabla 180	Contratos Vigentes a corte de cada periodo del 2024 y valores por rubro presupuestal	228
Tabla 181	Contratos suscritos de bienes y servicios por modalidad, enero a diciembre 2024	228
Tabla 182	Planta de Personal Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	230
Tabla 183:	Situaciones Administrativas Subred Norte 2024	230
Tabla 184	Planta de Personal Subred Norte E.S.E. vacantes por mes	231
Tabla 185	Indicador Rotación mes a mes Planta de Personal Subred Norte E.S.E.	231
Tabla 186	Nombramientos en provisionalidad	232

Tabla 187 vacantes definitivas	232
Tabla 188: Cartera de Incapacidades por EPS.....	233
Tabla 189. Novedades de nómina por ingresos y retiros 2022- 2024	234
Tabla 190 Estado de la Cesantías 2022- 2024	234
Tabla 191. Comparativo Prima de Vacaciones Periodo 2020-2024 en pesos.....	235
Tabla 192: Relación Mensual de Descuentos de Nómina Vigencia 2024	235
Tabla 193 Seguridad Social y Parafiscales Vigencia 2022-2024	236
Tabla 194: Sentencias.....	236
Tabla 195 Indicador inducción institucional	239
Tabla 196 Cobertura capacitación número de actividades ejecutadas/programadas.....	239
Tabla 197 . Avance de cumplimiento de los estándares mínimos por periodo Comparativo 2020 al 2024 SISSN.....	240
Tabla 198 Planes de Mejora Vigentes Dirección de Talento Humano	245
Tabla 199. Metas y actividades programa de uso eficiente de agua.....	256
Tabla 200. Consumo periódico de agua - Subred Integrada de servicios de salud Norte E.S.E	257
Tabla 201. Metas y actividades programa de uso eficiente de energía.....	258
Tabla 202. Consumo periódico de energía – Subred Integrada de servicios de salud Norte E.S.E	258
Tabla 203. Metas y actividades programa gestión de residuos.....	259
Tabla 204. Metas y actividades programa consumo sostenible	259
Tabla 205. Metas y actividades programa implementación de prácticas sostenibles	260
Tabla 206 Instalación medios tecnológicos	268
Tabla 207: Actividades y logros de seguridad y recursos	271
Tabla 208 Citas asignadas por agendamiento web – Nov – Dic 2024	278
Tabla 209 Índice, puntaje obtenido , valor de referencia y análisis.	285
Tabla 210 Monitoreo de Planes de Mejoramiento Internos.....	289
Tabla 211 Etapa Procesos a Corte 31 de Diciembre de 2024	293
Tabla 212 Salida de Expedientes a Corte 31 de Diciembre de 2024	294
Tabla 213 Resumen	294

LISTADO DE GRÁFICAS

Gráfica 1 <i>Índice de Desempeño Institucional</i> Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	25
Gráfica 2. Calificación cuantitativa del Sistema Único de Acreditación 2016-2023	43
Gráfica 3 Comportamiento de la Cultura del reporte 2020 - 2024.....	57
Gráfica 4 Comportamiento de eventos adversos 2020 - 2024	58
Gráfica 5 USUARIOS SENSIBILIZADOS EN RECOMENDACIONES PRÁCTICAS PARA UNA ATENCIÓN SEGURA ENERO A DICIEMBRE 2023 – 2024.....	61
Gráfica 6. Tasa global de infecciones: Número de infecciones asociadas a la atención en salud / Egresos * 100.....	62
Gráfica 7 Número de participantes por unidad	77

Gráfica 8 Número de participantes de instituciones externas.....	77
Gráfica 9 Comparativo GrupLAc 2024.....	80
Gráfica 10. Promedio oportunidad en la respuesta de las peticiones.....	101
Gráfica 11. Asignación de citas por mes año 2023 vs 2024	104
Gráfica 12. Asignación de citas por canal de asignación, 2024	104
Gráfica 13 . Gestión cita en trámite, 2024.....	105
Gráfica 14 Traslados v/s Usuarios. Ruta de la Salud Subred Norte, jul/2023 – mar/2024.....	106
Gráfica 15 Traslado Usuarios,por Tipo de Población,Ruta de la Salud Subred Norte,jul/23–mar/24	107
Gráfica 16 - Actividades por planes de mejora	108
Gráfica 17 Producción Medicina General 2022 - 2024	111
Gráfica 18. Producción Medicina Especializada 2022 - 2024	112
Gráfica 19. Producción Enfermería 2022 - 2024.....	112
Gráfica 20. Producción Odontología General y Especializada 2022 - 2024	113
Gráfica 21 Mapa territorialización del Modelo de Atención en Salud	114
Gráfica 22. Egresos 2022 a 2024	121
Gráfica 23 Egresos 2024.....	121
Gráfica 24 Procedimientos quirúrgicos 2023 a 2024	122
Gráfica 25 Procedimientos quirúrgicos 2024	122
Gráfica 26. Cancelación año 2022 a 2024.....	123
Gráfica 27 Partos y cesáreas, 2022 a 2024.....	124
Gráfica 28 Partos y cesáreas, año 2024.....	124
Gráfica 29. Porcentaje de Cesáreas 2022 a 2024	124
Gráfica 30 EQUILIBRIO PRESUPUESTAL, Cifras en millones de \$	198
Gráfica 31 . FACTURACIÓN ENERO A DICIEMBRE DE 2024,Cifras en millones de \$	199
Gráfica 32 FACTURACIÓN VS RADICACIÓN 2024,Cifras en millones de \$.....	202
Gráfica 33 Índice de Control Interno.....	284
Gráfica 34 Índices de Desempeño de los Componentes del MECI.....	284

LISTADO DE IMÁGENES

Imagen 1 Parametrización del Sistema Almera para la visualización de los Riesgos Clínicos vigencia 2024	22
Imagen 2. Estructura de Mejoramiento Institucional	42
Imagen 3 Ruta de Investigación e Innovación.	79
Imagen 4 Organizaciones de Participación.....	91
Imagen 5 Registros Si, cuéntanos Bogotá consolidado 2024	96
Imagen 6 . Remisiones fuera de la Subred Norte	136
Imagen 7 Seguridad Social y Parafiscales Vigencia 2022-2024	236
Imagen 8. tomada del cronograma de capacitaciones (Abril – junio 2024)	292
Imagen 9 cronograma de capacitaciones (Julio – septiembre 2024)	293
Imagen 10 cronograma de capacitaciones (Diciembre 2024)	293

INTRODUCCION

La vigencia 2024 transitó en un panorama institucional para la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. bajos el escenario de cambio de administración y aprobación mediante Acuerdo 927 de 2024, del Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas del Distrito Capital 2024-2027 “Bogotá Camina Segura”, el cual se ha convertido en el eje dinamizados de la actuación de nuestra Empresa Social del Estado y al desafío de crecimiento para el servicio.

El presente documento, se elabora en adherencia a la ley 1474 de 2011 y preparatorio al requerimiento fiscal para presentación de la Cuenta Anual ante la Contraloría Distrital para la vigencia 2024, contemplando el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre.

En tal sentido, se estructuró en cuatro grandes capítulos acorde con el modelo de operación por procesos actual de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte, ESE., con un objetivo específico de esbozar un panorama de la gestión de los diferentes servicios, su impacto en la calidad, la satisfacción de los usuarios y la comunidad en general.

El primer capítulo contempla el Macroproceso Estratégico que incluye los procesos de: Gestión Estratégica, Gestión de Comunicaciones, Gestión de Calidad, Gestión de Conocimiento y Participación Social y Atención al Usuario.

El segundo capítulo contempla el Macroproceso Misional, donde se ubican los procesos de: Gestión Ambulatoria, Gestión de Hospitalización y Cirugía, Gestión de Urgencias, Gestión de Servicios Complementarios y Gestión de Riesgos en Salud Pública.

El tercer capítulo contiene el Macroproceso de Apoyo, donde se ubican todos aquellos procesos para la provisión de los recursos que son necesarios en los procesos estratégicos y misionales, abordando: la Gestión Financiera, la Gestión Jurídica, la Gestión de la Contratación, la Gestión de Talento Humano, la Gestión de Ambiente Físico y Tecnológico y la Gestión TICS.

Finalmente, se detalla el Macroproceso de Evaluación, donde están los procesos de Evaluación de Gestión y el de Gestión Disciplinaria.

1. MACROPROCESO ESTRATÉGICO.

1.1. GESTIÓN ESTRATÉGICA

PLANEACIÓN ESTRATÉGICA GESTIÓN DE PLANEACIÓN.

PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL – PDI VIGENCIA 2024

El Plan de Desarrollo Institucional-PDI, es el instrumento de planeación de las entidades, cuyo objetivo es percibir el horizonte a corto y mediano plazo, de modo tal que, permita definir la ruta estratégica que guiará su gestión institucional, con miras a satisfacer las necesidades de sus grupos de valor, así como fortalecer su confianza y legitimidad. En consonancia con el Estatuto de Planeación Distrital (Acuerdo 12 de 1994) el PDI deberá armonizar la planeación nacional y sectorial en el nivel Institucional.

El proceso de participación en la formulación del PDI, inicio el 22 de mayo de 2020, con la presentación ante la Junta Directiva de los lineamientos generales para la formulación del PDI 2020-2024. Durante la vigencia 2021, después de un trabajo conjunto con la alta gerencia, directivos y miembros de Junta Directiva se aprueba el Plan de Desarrollo Institucional 2021 – 2024 mediante el Acuerdo 002 de 2021, el cual está conformado por una estructura que contiene: 5 perspectivas, 13 objetivos estratégicos, 21 iniciativas; 30 estrategias y 36 metas.

Es importante resaltar que, la Guía Metodológica definida por la Subred Norte para la formulación del Plan de Desarrollo institucional, contempla que la formulación debe ser participativa al interior de la institución, resalta la priorización de la evaluación de los contenidos definidos en el Plan Institucional, define que según las dinámicas institucionales se debe actualizar el direccionamiento estratégico y recalca el rol para aprobación de la Junta Directiva.

Después de la pandemia, la dinámica organizacional cambió y se hizo necesario que, según las necesidades institucionales y poblacionales, se ajustara la plataforma estratégica y a su vez los planes institucionales, las modificaciones estaban relacionadas a los cambios del momento en la coyuntura nacional. Atendiendo a lo anterior, en el mes de mayo de la anualidad 2022, se aprueba el Acuerdo 016 de 2022 por el cual se modifica parcialmente el Plan de Desarrollo Institucional que define mantener el ajuste en las 5 perspectivas; 13 objetivos estratégicos y 33 metas.

CONSOLIDADO EVALUACION PDI.

Teniendo en cuenta lo anterior, el seguimiento correspondiente a la vigencia 2024, a las metas definidas en el Plan de Desarrollo Institucional presentó una evaluación del 92.92%, representado así:

Tabla 1 Evaluación por objetivo estratégico del PDI vigencia 2024

OBJETIVO ESTRATEGICO	DESCRIPCION META	META PROG	% CUMPLIMIENTO META	% EVALUACIÓN VIGENCIA	% CUMPLIMIENTO POR OBJETIVO
Fortalecer la línea de gestión empresarial operacional - Productividad	1. Implementar al 100% el aplicativo de semaforización incluidos los indicadores trazadores (PDD)	100%	100%	100%	100%
	2. Ejecutar al 100% un programa de atención a brotes en salud pública.(PDD)	100%	100%	100%	
	3. Desplegar una estrategia a través de equipos interdisciplinarios para el abordaje del 100% de las acciones PSPIC. (PTS)	100%	100%	100%	
	4. Incrementar en cada vigencia el 4% de los indicadores trazadores de producción en los servicios asociados a (consulta externa, hospitalización, cirugía), según la producción del año inmediatamente anterior. DF-2019	4%	6,418% incremento	100%	
	5. •Incrementar La facturación de los servicios de la unidad de quemados y grupos quirúrgicos en 4% anual, tomando como línea base el 2020.	4%	43,72% incremento	100%	
	6. Implementar el 100% de las RIAS priorizadas (PTS)	Mínimo 9	9 RIAS	100%	
	7. Implementar al 100% la automatización del laboratorio en la UMHES Simón Bolívar y la puesta en marcha del laboratorio de biología molecular en la UMHES calle 80, buscando mejorar los tiempos de operación con miras a la mejora de la oportunidad.	100%	Meta cumplida vigencia 2021	100%	
Desarrollar línea de gestión institucional - Competitividad	8. Cumplir al 100% con los proyectos inscritos en el Plan Bienal de Inversión y aprobados por la SDS (infraestructura y dotación).(PDD)	100%	78%	78%	78%
Desarrollar línea de gestión ambiental - Sostenibilidad	9. Ejecutar en un 80% el PINAR (incluye disminuir en 90% el consumo de papel en los servicios asistenciales y administrativos).	80%	85.80%	100%	100%
	10. Implementar al 25% el hospital verde en la Subred Norte (PDD)	25%	100%	100%	
Lograr la sostenibilidad financiera de la Subred Norte	11. Recaudar sobre la facturación de la vigencia por año, ascendente así (DF): 2020 72%; 2021 76%; 2022 80%; 2023 86%. Aplica para cada vigencia IPC +2% vía tarifa	82%	88%	88%	84.11%

OBJETIVO ESTRATEGICO	DESCRIPCION META	META PROG	% CUMPLIMIENTO META	% EVALUACIÓN VIGENCIA	% CUMPLIMIENTO POR OBJETIVO
	12. Reducir gastos asociados al personal administrativo en un 20% DF	Reducir 20%	12,80% Reducción	64,00%	
	13. Reducir en 1% el consumo de los servicios públicos generados en la Subred Norte. (DF)	0,50%	<ul style="list-style-type: none"> • Acueducto: disminución del 18,05%. • Energía: disminución del 7,85% Año 	100,00%	
Incrementar nivel de fidelización y satisfacción de los usuarios	14. Fortalecer en 5% el ingreso proveniente de stakeholders con beneficio publico	5%	Meta cumplida vigencia 2022	100%	100%
	15. Incrementar al 96% el índice de satisfacción del usuario	96%	97,17%	100,00%	
Desarrollar línea de gestión social - Legitimidad	16. Diseñar e implementar una (1) Estrategia de Gestión Territorial en Salud orientada a fortalecer los procesos comunitarios e intersectoriales en la Subred Norte (PTS)	No programada	Meta cumplida en la vigencia 2022	100%	100%
	17. Diseñar e implementar al 75% la estrategia de cuidado a la ciudadanía.(PDD)	75%	100%	100%	
Diversificación portafolio de servicios	18. Cambiar la tercerización imágenes diagnósticas por prestación directa de servicios (ahorro de: \$1,321,888,473). (DF)	No programada	Meta cumplida en la vigencia 2021	100%	100%
Incrementar portafolio de clientes	19. Actualizar al 100% el portafolio de servicios institucional de acuerdo a los servicios ofertados. (DF)	1	100%	100%	100%
	20. Elaborar e implementar al 70% el plan de comunicaciones para la divulgación de los servicios ofertados, midiendo los resultados obtenidos, frente a la expansión, apertura y adherencia de servicios	70%	100%	100%	
Alcanzar estándares superiores de calidad en salud	21. Habilitar servicios ajustados a tipología de portafolios y postular para acreditación 4 unidades de servicios de salud así USS UMHES Engativá, CAPS Chapinero, Española y Boyacá Real. (DF)	4 unidades postuladas para acreditación	Meta cumplida vigencia 2023	4 unidades postuladas	100%
	22. Mejorar en 10% la capacidad académica de acuerdo a la capacidad instalada ofertada, a través de convenios de docencia y servicios.	A determinar	92,55%	100,00%	
	23. Implementar el 50% de la arquitectura empresarial de soluciones (PTS).	50%	100%	100,00%	
Implementar sistemas integrales de gestión en la Subred Norte	24. Incrementar en 15% el número de colaboradores sensibilizados en la cultura de seguridad del paciente y humanización a través de la capacitación al personal asistencial.	No programada	Meta cumplida vigencia 2023	100%	100%
	25. Implementar en un 80% la contratación digital utilizando herramientas tecnológicas que disminuyan la firma física de	80%	100%	100,00%	

OBJETIVO ESTRATEGICO	DESCRIPCION META	META PROG	% CUMPLIMIENTO META	% EVALUACIÓN VIGENCIA	% CUMPLIMIENTO POR OBJETIVO
	documentos, contribuyendo a la política de cero papel				
	26. Diseñar e implementar herramientas que garanticen la apropiación de una cultura de autocontrol	400	Meta cumplida vigencia 2023	100%	
Generar y difundir crecimiento científico en salud	27. Implementar el 100% de las estrategias de habilitación y acreditación, necesarias para incluir un hospital universitario en el portafolio de servicios. (PDD)	1	0,00%	0,00%	0,00%
Fortalecer competencias del Talento Humano con énfasis en docentes y estudiantes.	28. Ejecutar el 100% del programa de salud mental integral en la Subred Norte (PDD)	100% A determinar	98,92%	98,92%	99.64%
	29. Certificar a la Subred Norte en buenas prácticas clínicas (UdeA)	No programada	Meta cumplida en la vigencia 2022	100%	
	30. Programa de inducción y reinducción	75%	96,40%	100,00%	
	31. Cubrir el 100% de las vacantes asignadas y crear el 100% de empleos temporales asignados a la Subred Norte. (PDD)	100%	100,00%	100,00%	
Fortalecer el sistema de información y comunicaciones	32. Implementar al 95% el intercambio recíproco de la información en la historia clínica (PDD)	95%	100%	100,00%	97.03%
	33. Diseñar, desarrollar e implementar la agenda estratégica digital, que incluya áreas de infraestructura, conectividad, facturación electrónica, digitalización de soportes, historia clínica electrónica. (PDD)	100%	94,07%	94,07%	

Fuente: Oficina Desarrollo Institucional. Elaboración Propia 2024

De acuerdo a lo programado en la vigencia 2024 en el PDI, se evaluaron 29 metas, las cuales presentaron un cumplimiento del 92.92%. Teniendo en cuenta que la medición se realizó por objetivo estratégico, se relaciona el cumplimiento de cada uno así:

En la perspectiva de modernización empresarial se encuentran tres objetivos de los cuales se presenta el siguiente análisis por cada uno:

El objetivo estratégico No. 1 presenta un cumplimiento para la vigencia del 100%, destacando que los indicadores trazadores de producción asociado a los servicios de consulta externa, hospitalización y cirugía, presentaron un incremento del 6.42%, estando 2 puntos porcentuales por encima de la meta programada. También se resalta que la facturación de los servicios de la unidad de quemados y de los grupos quirúrgicos tuvieron un incremento del 43.72% equivalente a una diferencia positiva frente al año 2023 de \$29.198 millones de pesos.

En relación al objetivo estratégico No. 2 el cumplimiento fue del 77.78%, en la cual la línea base fue la inscripción de los 9 proyectos en el PBIS bajo convenio interadministrativo con el FFDS, de los cuales 4 se encuentran terminados, operativa y

funcionalmente al 100% según lo programado en el PBIS entre 2020 y 2024 siendo ellos (Centro de Salud Granja, Centro de Salud Suba, Centro de Salud Verbenal, y Salas de Cirugía), los 3 proyectos restantes se encuentran en estado ejecución con cumplimiento de metas a diciembre 2024.

Respecto al Objetivo 3 compuesto por 2 metas que generaron cumplimiento total del 100%, con el desarrollo de las acciones definidas en el plan archivístico y las actividades implementadas para cumplir con los objetivos trazados en el periodo y denominada como estrategia de “*hospital verde*”, que busca contribuir a la sostenibilidad ambiental.

El Objetivo 4 que está incluido en la perspectiva financiera obtuvo un cumplimiento del 84.11% que comprende la evaluación de 3 metas así: se alcanzó el 88% del recaudo sobre la facturación de la vigencia siendo este \$356.359 millones de pesos; también se encuentra la meta “*reducir los gastos asociados al personal administrativo en un 20%*”, presentó una reducción del 12.80% equivalente a \$3.952 millones de pesos y por último la meta asociada a reducción del consumo de servicios públicos que obtuvo un cumplimiento del 100% correspondiente a 27.52% reducción del consumo del agua y del 29.16% reducción en el consumo de energía.

Bajo la perspectiva de cliente se definieron 4 objetivos los cuales presentaron un cumplimiento para la vigencia 2024 del 100%, de ellos se destaca que se incrementó el índice de satisfacción del usuario llegando al 97.17% con la aplicación de 19.400 encuestas de las cuales 18.851 estaban satisfechos con el servicio prestado según los criterios evaluados. También se definió la meta de fortalecer el ingreso por stakeholders registrando para las vigencias 2020 \$5.845 millones los cuales son la referencia para los efectos de medición y evaluaciones, en la vigencia 2021 un incremento del 178% asociado a efectos derivados de pandemia; en 2022, se pudo observar que esta fuente alcanzó un 44% superior al definido en 2020 llegando a \$8.447 millones; las donaciones recibidas en esa vigencia relacionadas con KOICA y en esencia buscaban atender los efectos post COVID19 en la USS Engativá.

La cuarta perspectiva es procesos internos, compuesta a su vez por dos objetivos estratégicos donde cada uno de ellos obtuvo un cumplimiento del 100%; sin embargo, se destaca que En la vigencia 2024, se recibe visita del ente acreditador, donde valida la información reportada de las 4 unidades postuladas para la acreditación ante el ICONTEC, de las sedes Hospital Chapinero y los Centros de Salud Tipo 2 Suba y Boyacá Real y el Centro de Salud Española Tipo 1. La postulación se realizó en la vigencia 2023. Finalmente, en la meta relacionada con el número de colaboradores sensibilizados en la cultura de seguridad del paciente y humanización se verifica que durante la vigencia 2024 asistieron 5.780 colaboradores asistenciales cumpliendo con la población objetivo. Sin embargo, en lo concerniente a las sensibilizaciones realizadas en el tema de humanización, se registra un alcance del 68.76% equivalente a 3.571.

La quinta perspectiva del Balanced Scorecard compuesta por tres objetivos estratégicos, presento los siguientes resultados: el objetivo 11 “*Generar y difundir crecimiento científico*”

en salud” definió como indicador el “*número de Hospitales Universitarios habilitados y acreditados*”, por lo tanto, su cumplimiento fue de 0%. Durante la vigencia 2024 se desarrollaron acciones definidas en el plan de trabajo de hospital universitario asociadas a investigación y docencia servicio.

El objetivo 12 obtuvo un cumplimiento del 99.64%, donde se destaca que Durante la vigencia 2022 se recibió la visita del INVIMA, en el Hospital de Engativá, para verificar el cumplimiento de los requisitos de Buenas Prácticas Clínicas (BPC). Donde fue otorgada la certificación de cumplimiento de las Buenas Prácticas Clínicas, logro que permite que, la Subred pueda ofertar servicios de investigación fortaleciendo la perspectiva de CISNORTE como una unidad de negocios.

El último objetivo de la quinta perspectiva es el objetivo 13, Fortalecer el sistema de información y comunicaciones que cumplió con el 97.03% disminuido por el porcentaje de implementación del plan estratégico de tecnologías de la información donde se desarrollaron 111 actividades de las 118 programadas.

PLAN OPERATIVO ANUAL - POA 2024

En la vigencia 2024, se realizó un proceso de formulación según lo establecido en la “Guía metodológica para la formulación de planes institucionales”. Se realizó evento de formulación, donde se impartieron lineamientos para la construcción y estructuración del POA 2024, adicionalmente, se realizaron jornadas de trabajo conjunto entre la alta gerencia, directivos y miembros de Junta Directiva para la revisión y validación de las metas, indicadores y actividades propuestas, las cuales fueron puestas a disposición de la Junta Directiva para aprobación, finalmente, bajo el Acuerdo 001 de 2024 fue aprobado el POA o PAA 2024 con 61 metas definidas y la siguiente distribución por procesos:

En la vigencia 2024 se realizó el cargue de los indicadores definidos en el Plan de Acción Anual en el aplicativo Almera, por lo que a todos los seguimientos trimestrales se les realizó validación en la misma periodicidad en el aplicativo, con la revisión de soportes cargados.

Dado lo anterior se evidencia una variación ascendente entre cada uno de los trimestres, motivado por las estrategias desarrolladas al interior de cada proceso para su cumplimiento. Se resalta que la vigencia 2024 finaliza con una evaluación al Plan de Acción Anual del promedio ponderado de las 66 metas en 99.33%.

En su orden por proceso se destaca: Gestión estratégica presentó un cumplimiento del 99.34%, el cual está asociado al cargue, seguimiento y análisis de 297 indicadores en el aplicativo almera. En relación a la meta del cumplimiento del plan de trabajo del grupo de proyectos de infraestructura, se identificó un cumplimiento del 95%, donde se presentaron dificultades en la radicación de informes de liquidación de los convenios de Centro de Salud Suba Tipo 2 “, *se rescata el cierre del proceso, con garantías técnicas y calidad evitando así el siniestro del contrato, subsanando un proceso administrativo*

sancionatorio”; salas de cirugía “en diciembre se encontraban en cierre documental”. En relación a la meta de incrementar la facturación, se registra un incremento del 13% equivalente a \$62.979 millones de pesos.

Tabla 2 Cumplimiento POA 2024 por trimestre

PROCESO	1er trimestre	2do trimestre	3er trimestre	4to trimestre	Vigencia 2024
Gestión Estratégica	100,00%	100,00%	92,86%	99,34%	99,34%
Gestión de Comunicaciones	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Gestión de Calidad	97,08%	100,00%	100,00%	99,57%	99,57%
Gestión del Conocimiento	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Participación Social y Atención al Usuario	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Gestión del Riesgo en Salud	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Gestión de Hospitalización y Cirugía	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Gestión Ambulatoria	87,62%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Gestión de Urgencias	92,49%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Gestión de Servicios Complementarios	100,00%	96,38%	93,80%	99,34%	97,71%
Gestión Financiera	91,71%	78,21%	94,40%	96,94%	96,94%
Gestión del Ambiente Físico y Tecnológico	100,00%	100,00%	97,33%	95,79%	99,10%
Gestión de la Contratación	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Gestión del Talento Humano	99,46%	100,00%	98,03%	99,73%	99,73%
Gestión Jurídica	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Gestión TICS	92,67%	100,00%	93,67%	99,67%	99,67%
Evaluación de Gestión	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Gestión Disciplinaria	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
TOTAL TRIMESTRE	96,79%	97,36%	97,45%	99,17%	99,33%

Fuente: Oficina Desarrollo Institucional

El proceso de gestión de calidad obtuvo una evaluación del 99.57% correspondiente al promedio de cumplimiento de 3 metas así: en relación al plan de mejoramiento se registraron 243 acciones programadas de las cuales 229 fueron terminadas, las 14 acciones restantes se encuentran como no iniciadas, sin embargo se hizo retroalimentación con el fin de dar cumplimiento al registro pendiente. En referencia a la sensibilización a colaboradores en seguridad del paciente, en la vigencia 2024 se llegó a 5.780 asistenciales y a 1.561 colaboradores administrativos, cumpliendo con la meta propuesta, no obstante en relación a la sensibilización sobre humanización, se logró una cobertura del 68.76% asistencial y el 100% de los administrativos.

El restante de los procesos estratégicos presentó un cumplimiento al 100% de las metas programadas.

Gestión de servicios complementarios obtuvo una evaluación del 97.71% asociado a que el indicador de oportunidad de laboratorio clínico en el servicio de consulta externa fue

de 26.42 horas, valor que esta encima del estándar de 24 horas. Como oportunidad de mejora se adelantaron acciones que coadyuvaron a garantizar la capacidad instalada de equipos, insumos y recurso humano en las sedes donde se presta el servicio, dando inicio al contrato de bienes y servicios 143-2024. Las otras metas de oportunidad del resultado de laboratorio clínico para los servicios de hospitalización y urgencias cumplieron con el 100% obteniendo una oportunidad de 74.19 minutos en hospitalización y 55.67 minutos en urgencias.

Los otros procesos misionales presentaron un cumplimiento al 100% de las metas programadas.

En relación al macroproceso de apoyo, para el proceso de financiera se obtuvo un cumplimiento del 96.94%, asociado a que la meta de equilibrio presupuestal presentó un registro del 83.88%; un porcentaje de facturación radicada del 97% equivalente a \$513.829 millones de pesos y un recaudo de cartera del 88% correspondiente a \$356.359 millones de pesos. Es importante destacar que se obtuvo una disminución del 12.8% de los gastos de personal administrativo, cumpliendo en un porcentaje mayor al 100% de la meta propuesta.

El proceso de ambiente físico y tecnológico presentó una evaluación del 99.10% afectado por el cumplimiento del plan archivístico el cual obtuvo un avance del 86% en su plan de acción para la vigencia 2024; no obstante se resalta el cumplimiento en el consumo del agua finalizando con una reducción del 27.52% y una reducción en el consumo de energía del 29.16% de lo programado en la vigencia.

El proceso de gestión del talento humano presentó un cumplimiento del 99.73%, donde obtuvo el 100% de los 52 empleos formalizados según la estrategia distrital. Por otro lado, se fortaleció las competencias en docencia y/o investigación a 91 colaboradores con función docente de 224 colaboradores del censo docente realizado. Sin embargo, el plan de acción de seguridad y salud en el trabajo presentó un cierre del 98.92% motivado por la falta de realización de la capacitación al comité de convivencia.

Por último en el macroproceso de apoyo, gestión TIC'S obtuvo una evaluación del 99.67% motivado por el cumplimiento del 94% de ejecución del PETI. Los dos procesos de apoyo (jurídica y Contratación), presentaron un cumplimiento óptimo.

GESTION INTEGRAL DEL RIESGOS

Así mismo, acorde con lo expuesto mediante Circular Externa 20211700000004-5 de 202115-09-2021 de la Superintendencia Nacional de Salud (SNS), cuyo objeto describe que en desarrollo de la operación de las IPS, existe una exposición a diversos riesgos inherentes, que deben ser identificados y administrados en un Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, que promueva el autocontrol y la autorregulación a fin de evitar o mitigar la ocurrencia de eventos que impacten negativamente los objetivos del SGSSS,

se realizó en la Subred Norte la identificación, análisis, valoración, priorización y control de riesgos en salud, se resalta que para los riesgos clínicos se tuvo en cuenta la metodología de análisis de modo de falla y efecto (AMFE), descrita en el ES-GC-I-44 Instructivo de implementación de sistemas de gestión del riesgo clínico herramienta de análisis de modo de falla y efecto AMFE de creación en noviembre 2023 y actualizado en enero 2024. Se realizó identificación de los riesgos clínicos para su implementación y seguimiento a los pertenecientes a las vigilancias:

Tabla 3 Relación del número de Riesgos Clínicos Identificados por las Vigilancias del programa de Seguridad del Paciente

Riesgos	Cantidad
Biovigilancia	8
Farmacovigilancia	6
Hemo vigilancia	9
IAAS	21
Reactivo vigilancia	7
Seguridad Paciente	31
Tecnovigilancia	6
Total, riesgos	88

Fuente: Matriz AMFE Oficina Gestión de Calidad

Teniendo en cuenta los 88 riesgos que conformaron las vigilancias, se realizó la priorización de 31 riesgos para la fase de implementación y seguimiento para el 2023 - 2024.

Tabla 4 Relación del número de Riesgos Clínicos de las Vigilancias priorizados por Índice de Criticidad IC priorizados

Riesgos	Índice de Criticidad			
	Muy Alta	Alta	Moderada	Total
Farmacovigilancia		2	2	4
Hemo vigilancia		1	1	2
IAAS	4	4	1	9
Reactivo vigilancia		1	2	3
Seguridad Paciente	1	1	7	9
Tecnovigilancia		2	2	4
Total, riesgos	5	11	15	31

Fuente: Matriz AMFE Oficina Gestión de Calidad

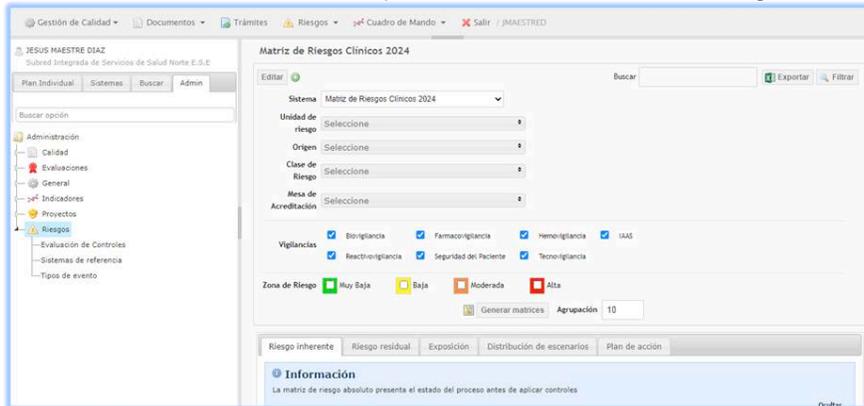
Se determinó la implementación y seguimiento a los 31 riesgos clínicos transversales a todos los procesos misionales de la Subred Norte, IAAS, Reactivo vigilancia, Seguridad Paciente, Tecnovigilancia, Farmacovigilancia que se encuentran en IC Muy alta, Alta, Moderado.

Con la implementación de esta herramienta de gestión de riesgos clínicos en la institución se buscó lograr resultados a corto, mediano y largo plazo impactando positivamente los

sucesos de seguridad de la subred disminuyendo el número de los mismos y atención adecuada en los diferentes servicios de salud y unidades.

Así mismo en octubre de 2024 se realizó actualización en el sistema Almera para la gestión y seguimiento a los riesgos institucionales, dentro de estos para los riesgos clínicos la visualización por unidad de riesgo (proceso), origen (sede USS), clase de riesgo (Clínico), mesa de acreditación (Ambiente físico, ambulatorio, hospitalario, vigilancia (7 vigilancias), zona de riesgo,

Imagen 1 Parametrización del Sistema Almera para la visualización de los Riesgos Clínicos vigencia 2024



Fuente: Almera – Modulo de Riesgos

Para la vigencia 2024, el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de la entidad, presento los siguientes desarrollos y avances relacionados, entre los cuales se destacan:

Se realiza la instalación del **Comité de Riesgos** del primer trimestre del 2024, donde se hace la lectura de la resolución 0217 de 2024 la cual crea y conforma el Comité en la Subred Norte, con sus integrantes (10 directivos), las 14 funciones aprobadas, las funciones del presidente como del secretario técnico, las obligaciones de los integrantes de la misma

Se realiza la creación, parametrización y digitación junto con la socialización de los cuatro (4) Mapas de Riesgos, en el aplicativo Almera (Clínicos, Institucionales, Corrupción-LA/FT/FPADM y Seguridad de la Información), explicando el ingreso o la consulta desde cualquier usuario creado en el aplicativo, junto con sus evaluaciones y las actividades creadas para el monitoreo periódico. Dicha socialización se realizó inmersa o como un punto adicional al seguimiento realizado durante el mes de Abril del 2024 a todos los líderes de proceso y sus apoyos administrativos.

Para junio del 2024, la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional, realizó la actualización de los diferentes grupos de riesgos institucionales a saber: De corrupción, opacidad y fraude -COF, Seguridad de la información, Administrativos institucionales y Riesgos clínicos. Durante dichas jornadas se socializaron las dos (2) metodologías adoptadas

(DAFP y AMFE), con cada uno de los procesos definidos en el mapa de procesos de la institución.

Las matrices de riesgos institucionales y de corrupción y soborno, resultantes de la actualización realizada así como el histórico de tales mapas de riesgos se encuentran publicados en la página web de la Subred, en el formato de Excel para que cualquier persona pueda descargarlo y tener acceso a la información de manera clara. La siguiente es la relación de riesgos por índice de Criticidad.

Tabla 5 Relación del número de Riesgos Institucionales Identificados en el aplicativo ALMERA.

Riesgos	Índice de Criticidad			
	Muy Alta	Alta	Moderada	Total
Corrupción	13	5	2	20
Seguridad de la Información	11	1		12
Administrativos Institucionales	13	27	24	64
Riesgos clínicos	5	11	15	31
TOTAL RIESGOS	42	44	41	127

Fuente: Aplicativo ALMERA . Oficina Gestión de Calidad. 2024

Se participa en la primera reunión del **Modelo Jurídico Anticorrupción⁽⁹⁾**, propuesto por la Secretaría Jurídica de la Alcaldía Mayor, en la cual se realiza el seguimiento a la implementación del modelo a todos los actores adscritos de la Alcaldía Mayor.

Para diciembre se realiza actualización del Manual de Administración y Gestión del Riesgo normalizado bajo código ES-GE-M-02, a través de la cual se ajusta el nombre del manual, denominándolo Manual del sistema Integrado de Gestión de Riesgos, incorporando los subsistemas acordes a Circular 0045 de 2021 y decreto 610 de 2022.

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTION MIPG - 2024

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG en su versión actualizada (Decreto 1499 de 2017) se define como un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio. El Modelo Integrado de Planeación y Gestión está compuesto por 7 dimensiones y 19 políticas.

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG es medido por dos herramientas establecidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP:

1. **Autodiagnósticos:** Los cuales son formulados para cada una de las políticas con el fin de medir el avance en la implementación de las mismas al interior de la entidad.

2. Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión – FURAG: Se construyó con el fin de medir el Índice de Desempeño Institucional de la entidad.

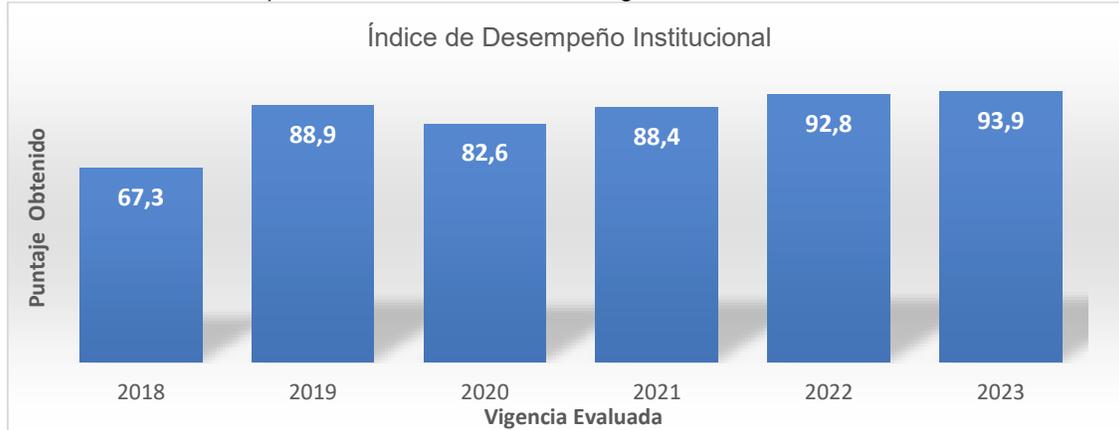
El Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG es un marco de referencia diseñado por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP para que las entidades ejecuten y hagan seguimiento a su gestión para el beneficio del ciudadano. Razón por cual crea el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión brinda los elementos fundamentales para que las entidades públicas implementen el Modelo de manera adecuada y fácil, ya que contempla los aspectos generales que se deben tener en cuenta para cada una de las políticas de gestión y desempeño, su marco normativo, su ámbito de aplicación, sus propósitos, sus lineamientos generales y los criterios diferenciales para aplicar en las entidades territoriales. Una de las principales virtudes es lograr la integración y la articulación de los sistemas (Sistema Integrado de Gestión, Sistema de Control Interno).

Para el seguimiento de este modelo la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, realiza un ejercicio de consolidación de tres fuentes de identificación de mejora, en primer lugar las recomendaciones realizadas por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, a los resultado del Índice de Desempeño Institucional-IDI basado en los resultados del FURAG, en segundo lugar con los resultado de los diligenciamientos de los autodiagnósticos disponibles de las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión y en tercer lugar los planes de mejora formulados con las observaciones realizadas en las auditorias de los entes de control con respecto a dicho modelo.

El índice de desempeño Institucional – IDI, *mide la capacidad de las entidades públicas colombianas para orientar sus procesos de gestión institucional hacia una mejor producción de bienes y prestación de servicios, a fin de resolver efectivamente las necesidades y problemas de los ciudadanos, con criterios de calidad y en el marco de la integridad, la legalidad y la transparencia.*

A continuación, en la gráfica se muestran los resultados del IDI obtenido por la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., en los últimos 5 años:

Gráfica 1 Índice de Desempeño Institucional Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.



Fuente: Elaboración propia OADI – Resultados FURAG 2018 – 2023

Tabla 6. Resultados por Políticas 2018 – 2023 Índice de Desempeño Institucional Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

Políticas	2018	2019	2020	2021	2022	2023
1 Gestión Estratégica del Talento Humano	74,3	96,2	91,0	93,9	99,0	93,4
2 Integridad	65,9	81,1	74,1	78,9	99,2	94,3
3 Planeación Institucional	66,3	84,6	97,2	98,1	98,4	99,7
4 Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
5 Compras y Contratación Pública	N/A	N/A	N/A	N/A	94,4	N/A
6 Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos	73,1	95,5	97,5	94,3	98,2	97,7
7 Gobierno Digital	68,6	82,8	80,8	85,9	77,1	80,3
8 Seguridad Digital	66,1	80,5	74,8	80,4	66,0	89,2
9 Defensa Jurídica	70,1	94,3	83,2	99,9	85,7	100,0
10 Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la Corrupción	67,5	88,3	81,7	87,7	99,5	98,1
11 Servicio al ciudadano	61,9	96,5	83,8	89,1	97,9	99,1
12 Racionalización de Trámites	60,5	96,8	97,3	98,1	71,7	77,8
13 Participación Ciudadana en la Gestión Pública	69,2	95,0	97,8	98,4	99,4	99,4
14 Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	74,3	93,2	97,3	98,1	98,0	96,8
15 Gestión Documental	63,4	86,1	71,5	80,9	92,9	87,3
16 Gestión del Conocimiento	65,0	96,9	98,1	98,7	93,3	97,1
17 Control Interno	68,9	89,3	80,3	85,7	96,6	96,2
18 Mejora Normativa	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
19 Gestión de la Información Estadística	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Índice de Desempeño Institucional	67,3	88,9	82,6	88,4	92,8	93,9

Fuente: Elaboración Propia Oficina Asesora de Desarrollo Institucional - GDO

En la Gráfica se evidencia el crecimiento que se ha venido obteniendo en el Índice de Gestión y Desempeño – IDI, por la entidad desde el 2018 al 2023, se evidencia un crecimiento de 26 puntos, cumpliendo de esta manera con la meta cuatrienal del Gobierno Nacional de incrementar en 5 puntos el IDI obtenido en 2018.

En referencia a los puntajes obtenidos durante las mediciones realizadas por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, por medio del FURAG, se evidencia una calificación baja en algunas políticas de gestión y desempeño como: Racionalización de Trámites, Seguridad Digital y Gobierno Digital. lo que da respuesta a un necesario fortalecimiento en cuanto a tecnología.

De acuerdo con los análisis y diagnósticos realizados, la entidad diseñó una propuesta metodológica de seguimiento denominado: Plan de Acción MIPG, el cual es formulado por cada uno de los líderes de política, en compañía de los asesores asignados por la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional. Estas acciones se establecen basadas en los resultados de diversas fuentes como: el autodiagnóstico realizado por cada una de las políticas (Herramienta establecida por el DAFP), las recomendaciones del DAFP basadas en los resultados obtenidos en el FURAG, los informes de los entes de control y las acciones de sostenibilidad del Modelo Integrado de Planeación y Gestión; las acciones allí establecidas deben dar cumplimiento antes del 31 de diciembre de la vigencia posterior a la evaluación.

El Plan de Acción MIPG, fue cargado al aplicativo Almera en el Módulo de Planes de Mejora y se le realizó seguimiento de segundo orden por parte del grupo GDO, luego se realizará seguimiento de tercer orden por parte de la Oficina de Control Interno, validando el cumplimiento de las acciones, con sus respectivas evidencias o soportes de ejecución de la acción. Para la vigencia 2024, la formulación del plan de acción MIPG se completó en el mes de septiembre, debido a que los resultados del FURAG fueron entregados a finales del mes de julio 2024.

MERCADEO

PLAN DE VENTAS VIGENCIA 2024

El Plan de Ventas de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. para el año 2024 fue proyectado tomando como base la facturación del año 2023 de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. con corte a 31 de diciembre, dicha facturación es analizada por pagador y así mismo se agrupada por régimen (Subsidiado, Contributivo, Entes Territoriales, FFDS y Otros) con lo que se logró establecer, en primer lugar el total facturado por cada uno de estos en la vigencia 2023, en segundo lugar determinar el promedio mes facturado por cada régimen, con lo que se proyectó el plan de ventas 2024.

Ejecución Plan de ventas año 2024:

Se evidencia que, en el acumulado para el cuarto trimestre del año 2024 comparativamente frente al mismo periodo del año anterior, la facturación ha tenido un aumento del 11% en el acumulado, se puede destacar el aumento de la facturación del

año 2023 al 2024 del Régimen Subsidiado en un **16.6%**, Otros pagadores en un **3,1%**, Régimen Contributivo en un **8.0%**.

Tabla 7 ACUMULADO ANUAL 2023-2024

FACTURACION POR PAGADOR	AÑO 2023	AÑO 2024	%
EPS-SUBSIDIADO	262.495.360.102	306.113.284.371	16,6%
FFDS	97.822.097.298	102.241.000.736	4,5%
EPS-CONTRIBUTIVO	68.709.476.569	74.227.781.799	8,0%
OTROS	46.410.346.634	47.826.586.298	3,1%
ENTES TERRITORIALES	2.295.573.054	611.399.940	-73,4%
TOTAL	477.732.853.657	531.020.053.144	11,2%

FUENTE: informe de facturación / área de facturación / Subred norte E.S.E.

Se evidencia que, para la vigencia del año 2024 comparativamente frente a la vigencia 2023, 2022, 2021 y 2020, tuvo el siguiente comportamiento:

- **El Régimen Subsidiado** experimentó un crecimiento sostenido en los últimos años. En 2024, se registró un aumento acumulado del 17.8% respecto a 2023. Además, las ventas mostraron un incremento significativo del 45.5% en 2022, 60% en 2021 y 62% en 2020, evidenciando una tendencia al alza en los últimos años.
- **Fondo Financiero Distrital de Salud:** ha mostrado una evolución diversa en los últimos años. Las ventas experimentaron un crecimiento del 26% en 2020, seguido de una contracción del 18% en 2021 y del 2% en 2022. En 2024, se registró un aumento acumulado del 5% respecto a 2023. Estos valores negativos se deben a la disminución de la población afiliada al fondo financiero.
- **Régimen Contributivo:** ha demostrado un crecimiento constante en los últimos años. En 2024, se registró un aumento acumulado del 8% respecto a 2023. Si bien las ventas experimentaron una ligera contracción del -12% en 2021, la sólida recuperación del 29% en 2020 y el incremento del evidencian una tendencia positiva en el largo plazo.
- **Otros:** Otros Pagadores experimentó un crecimiento exponencial en los últimos años, especialmente en 2020 y 2021, con aumentos del 129% y 127%, respectivamente. En 2022, este crecimiento se consolidó con un incremento del 20%, y en 2024 se registró un aumento acumulado del 8% respecto a 2023.
- **Entes Territoriales:** ha sufrido una contracción significativa en sus ventas en los últimos años, registrando tasas de decrecimiento del 81%, 71% y 53% en 2020, 2021 y 2022, respectivamente. En 2024, se observó una disminución acumulada del 73% respecto al año anterior. Estos resultados negativos están estrechamente relacionados con la disminución de la base de afiliados al fondo financiero y notas técnicas.

Ejecución Contrato EPS Capital Salud No. 004 de 2023, PGP:

Se evidencia en la ejecución del contrato No. 004 de 2023, correspondiente al PGP, un acumulado de producción para el primer semestre de 2024 de la siguiente manera:

(pendiente la conciliación de la producción bilateral del primer semestre de la vigencia 2024)

Diez (10) sendas se encuentran en ejecución entre mínima y máxima:

1. Consultorio Básico
2. Consultorio Urgencias Incluye Interconsulta Y Observación
3. Consultorio Odontológico Especializado
4. Egreso Cama Especializado Ginecología Y Obstetricia
5. Egreso Cama Especializado Medicina Interna
6. Egreso Cama Especializado Pediatría
7. Egreso Cama Unidad Cuidado Intermedios Neonatal
8. Quirófano Especializado-Grupo Del 7 Al 10
9. Atención Renal Integral
10. Atención Renal Integral (H)

Tres (3) sendas se encuentran en sub-ejecución frente a la mínima:

1. Quirófano Básico Parto Y Cesárea
2. Quirófano Especializado-Grupo Del 20 Al 23
3. Resonancia Nuclear Magnética

Cuatro (4) sendas se encuentran en sobre ejecución frente a la máxima, pero en rango que no se reconoce dicha sobre ejecución.

1. Egreso Cama Unidades Cuidados Intensivos Adulto (+26. sendas no reconocidas)
2. Egreso Cama Unidades Cuidados Intensivos Neonatal (+5. sendas no reconocidas)
3. Egreso Cama Unidad Cuidado Intermedios Pediátricos (+15. sendas no reconocidas)
4. Egreso Cama Unidad Cuidado Intermedios Adultos (+35. sendas no reconocidas)

Ocho (8) sendas se encuentran en sobre ejecución frente a la máxima y con rango de sendas que reconoce alguna sobre ejecución:

1. Consultorio Especializado y Supraespecializado (+1.769 sendas reconocidas)
2. Consultorio Odontológico Básico (+2.136 sendas reconocidas)
3. Egreso Cama Básica (+16 sendas reconocidas)
4. Egreso Cama Especializado Quirúrgico (+32 sendas reconocidas)
5. Egreso Cama Unidades Cuidados Intensivos Pediátrico (+15 sendas reconocidas)
6. Quirófano Especializado-Grupo Del 2 Al 6 (+150 sendas reconocidas)
7. Quirófano Especializado-Grupo Del 11 Al 13 (+224 sendas reconocidas)
8. Hospital Dia (+44 sendas reconocidas)

Con relación al acumulado de producción de la vigencia 2023 frente al techo de \$11.386 millones, se encuentra en una Sobre ejecución de \$16.780 millones, pendiente la conciliación de la producción bilateral de la vigencia 2023

Tabla 8 matriz de seguimiento contrato no. 004 de 2023 PGP

Tipología	Mínima acumulada	Máxima acumulada	Producción acumulada	Producción acumulada reconocida	% Cumplimiento acumulado	Valor servicios reconocido acumulado
CONSULTORIO BASICO	165.264	183.625	183.279	183.625	100%	\$14.499.954.726
CONSULTORIO ESPECIALIZADO Y SUPRAESPECIALIZADO	169.608	188.448	221.893	221.893	118%	\$36.474.993.233
CONSULTORIO URGENCIAS INCLUYE INTERCONSULTA Y OBSERVACION	49.464	58.188	57.849	58.188	100%	\$12.585.307.956
CONSULTORIO ODONTOLOGICO BASICO	67.212	74.676	70.763	74.676	100%	\$3.210.171.888
CONSULTORIO ODONTOLOGICO ESPECIALIZADO	17.436	19.368	18.935	19.368	100%	\$1.259.307.360
EGRESO CAMA BASICA	1.596	1.776	2.035	2.035	115%	\$1.021.897.635
EGRESO CAMA ESPECIALIZADO GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	1.992	2.208	2.598	2.598	118%	\$3.530.622.246
EGRESO CAMA ESPECIALIZADO MEDICINA INTERNA	3.060	3.396	3.903	3.903	115%	\$7.286.042.340
EGRESO CAMA ESPECIALIZADO PEDIATRIA	2.532	2.808	2.522	2.522	90%	\$4.379.377.340
EGRESO CAMA ESPECIALIZADO QUIRURGICO	3.660	4.068	5.091	5.091	125%	\$9.939.434.214
EGRESO CAMA UNIDADES CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO	456	528	827	827	157%	\$10.451.161.226
EGRESO CAMA UNIDADES CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL	252	288	291	291	101%	\$3.299.545.404
EGRESO CAMA UNIDADES CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICO	72	84	121	121	144%	\$1.406.420.389
EGRESO CAMA UNIDAD CUIDADO INTERMEDIOS PEDIATRICOS	120	132	133	133	101%	\$623.634.340
EGRESO CAMA UNIDAD CUIDADO INTERMEDIOS ADULTOS	960	1.128	1.226	1.226	109%	\$3.823.676.998
EGRESO CAMA UNIDAD CUIDADO INTERMEDIOS NEONATAL	456	528	505	528	100%	\$2.122.402.656
QUIROFANO BASICO PARTO Y CESAREA	1.200	1.332	1.401	1.401	105%	\$1.965.094.437
QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 2 AL 6	7.044	7.824	8.485	8.485	108%	\$4.633.005.155
QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 7 AL 10	10.356	11.508	12.708	12.708	110%	\$15.347.578.680
QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 11 AL 13	2.064	2.292	2.745	2.745	120%	\$4.996.718.010
QUIROFANO ESPECIALIZADO-GRUPO DEL 20 AL 23	984	1.092	1.356	1.356	124%	\$3.313.748.052
HOSPITAL DIA	1.032	1.140	1.318	1.318	116%	\$1.095.996.080
RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA	5.388	5.988	6.069	6.069	101%	\$1.736.231.658
ATENCION RENAL INTEGRAL	1.248	1.380	1.408	1.408	102%	\$3.776.039.168
ATENCION RENAL INTEGRAL (H)	12	12	12	12	100%	\$640.676.880
			607.473	612.527		\$153.419.038.071
					TECHO	\$136.638.177.006
					SOBRE EJECUCION	\$16.780.861.065

FUENTE: matriz de seguimiento contrato no. 004 de 2023 PGP/ área de mercadeo / Subred Norte

❖ **Ejecución Contrato EPS Capital Salud No. 008 de 2023, PYD:**

Se evidencia que, la ejecución del contrato No. 008 de 2023, correspondiente a PYD se comportó con una sobre ejecución del año 2024, con un promedio mensual de ejecución

de \$1.155 millones de pesos, , venta de servicios de PYD que aumenta levemente comparada con la venta para el año 2023 cuyo promedio mensual es de **\$1.131** millones de pesos.

❖ **Ejecución Contrato EPS Capital Salud No. 014 de 2023, Evento:**

Se evidencia que, la ejecución del contrato No. 014 de 2023, correspondiente a evento y exclusiones se comportó con una sobre ejecución del primer trimestre del año 2024, con un promedio mensual de ejecución en el año 2023 de **\$2.159** millones de pesos y para el año 2024 un promedio mes de **\$2.149** millones de pesos.

❖ **Plan estratégico para el contrato de la EPS Capital Salud**

Este plan tiene como objetivo desarrollar un proceso de seguimiento y auditoría a la ejecución del contrato de PGP No. 004 de 2023, contrato de PYD No. 008 de 2023 y contrato de exclusiones y evento No. 014 de 2023 al interior de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., mediante una metodología de cumplimiento de producción de sendas e indicadores de calidad.

Tiene como alcance la evaluación sistemática mediante herramientas de control de las actividades asistenciales, administrativas y financieras, que hacen parte del desarrollo de los contratos suscritos con la EPS Capital Salud, para lograr la efectiva ejecución por parte de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., velando por el cumplimiento de las Sendas, actividades PYD y procedimientos de evento, con la cobertura e integralidad en la atención de los usuarios.

INFRAESTRUCTURA

Formulación y Gestión de Proyectos de Inversión.

De la gestión realizada durante la vigencia (enero a diciembre de 2024), Se presentan los aspectos más relevantes por sede y proyecto de inversión, relacionados en el Plan de desarrollo institucional, incluyendo:

Gestión proyectos bajo convenios interadministrativos firmados con recursos fondo financiero distrital de salud, FFDS 2020-2024, con 9 proyectos inscritos, de los cuales:

4 se encuentran terminados operativa y funcionalmente al 100%, Granja, Centro de Salud Suba, Centro de Salud Verbenal, y Salas de Cirugía Simón Bolívar.

3 se encuentran en ejecución, Fray Bartolomé de las casas, Gaitana 1 y reposición equipo biomédicos (mamógrafo).

2 se encuentran en liquidación sin haberse cumplido los objetivos por circunstancias ajenas por diferentes circunstancias, CSE Suba y Engativá calle 80.

El análisis de lo desarrollado por unidad de servicio de salud durante la vigencia 2024, fue:

❖ **Unidad de Servicios de Salud Fray Bartolome de las Casas:**

“Adecuación, Reordenamiento, Ampliación y Dotación de la Unidad de servicios de Salud Fray Bartolomé de las Casas para la Atención Integral en Salud mental”:

Durante la vigencia 2024 se tomaron las decisiones respecto al convenio y proyecto de manera integral. Dadas las condiciones y resultados de los contratos derivados de consultoría e interventoría entre ellas la pertinencia y orientación del proyecto frente a los recursos existentes y proyectados por la consultoría, llevando a la proyección de la etapa precontractual de obra Fase 1 del convenio; como se describe a continuación:

En el primer semestre de 2024, se gestionó la modificación al convenio interadministrativo consistentes en los ajustes a las etapas de ejecución, al cuadro financiero y distribución de los recursos y uso de recursos para adición al contrato de interventoría, dado que durante la ejecución del producto 5 de la consultoría, correspondiente a tramites y licencias, la curaduría en la etapa de observaciones del proceso, exigió la realización de trámites y estudios adicionales a los exigidos identificados en el proceso inicial, debido a que durante las intervenciones realizadas en la avenida suba por parte del IDU para la Avenida Suba y proyecto Transmilenio, fueron afectadas las cabidas y linderos del predio lo cual, involucra radicación de solicitud de ajustes ante la Secretaria Distrital de Hacienda, Secretaria Distrital de Planeación y Secretaría Distrital de Movilidad.

- Los contratos se encontraban suspendidos desde octubre de 2023 por este motivo se revisaron tiempos y vigencia de las suspensiones y ampliaciones dando como fecha de terminación el 13 de mayo de 2024.
- Revisando los productos entregados y en virtud de que no se realizó modificación alguna al convenio se evaluó la pertinencia del trámite en este momento, dado que el valor del presupuesto para la ejecución integral del proyecto supera los \$ 80.000 millones de pesos, encontrando igualmente que no es procedente en este momento, ya que el mayor valor es requerido para la fase 2 y no hay financiación a corto y mediano plazo.
- Se revisan los objetivos y alcances de cada fase para determinar las acciones a seguir frente a los recursos existentes alrededor de los \$ 7.200 millones de pesos.
- Dado que el convenio contempla en su alcance y objetivo la habilitación de 90 camas en los pisos 2 y 3 del ala norte del edificio de hospitalización, el cual ya fue objeto de intervención en cuanto a reforzamiento estructural en el año 2007 y que las necesidades, para la puesta en marcha requieren de la reposición de sistemas redes y equipos de soporte al igual que la reposición de acabados y

elementos de infraestructura para cumplimiento de estándares de habilitación no siendo exigible trámite de licencia de construcción, según NSR -2010, se procede a evaluar las cantidades y especificaciones actualizadas utilizando insumos de la consultoría para la preparación y ajuste del proyecto por cambio de año para su contratación en la vigencia 2025 dentro de la Fase 1 etapa inversión; ejecución de obra.

❖ **UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD GAITANA:**

Convenio interadministrativo 5141150 de 2023; “Construcción y dotación de la Unidad de Servicios de Salud Gaitana I”.

Las gestiones se concentraron en reorientar las acciones para el inicio de la etapa precontractual que estuvo pendiente de resolución por parte de la EGAT hasta el tercer trimestre de 2024, a partir de septiembre se realizaron las gestiones por parte de la entidad para avanzar en el proceso precontractual de acuerdo a los lineamientos de la contratación, quedando finalmente priorizado para la vigencia 2025 para dar solución a una población potencial de 39.344 habitantes

- Se inicia el año 2024 con la expectativa de realización de la etapa precontractual por parte de la EGAT, sin embargo y ante solicitud de confirmación de realización de los procesos por parte de la dirección de contratación de la subred, la EGAT responde en agosto de 2024 que no realizaría la gestión precontractual
- Por lo anterior la oficina asesora de desarrollo institucional radicó en el mes de septiembre solicitud de bienes y servicios y solicitud de estudio de mercado para la actualización del proyecto que conto con viabilidad técnica en el mes de noviembre.
- Entre noviembre y diciembre se realizaron estudios previos de Obra e Interventoría bajo el nuevo manual de contratación cuales fueron revisados en mesas de trabajo con la Dirección de Infraestructura y Tecnología de la SDS, siendo aprobados el 16 de diciembre de 2024.
- La realización del proceso precontractual se encuentra priorizado para la vigencia 2025, previa inscripción en el Plan Anual de Adquisiciones.

❖ **Unidad De Servicios de Salud Centro de Servicios Especializados Suba.**

“Adquisición, reposición y renovación de equipos biomédicos para las Unidades de Servicios de Salud que componen la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte”: (Mamógrafo).

Las gestiones se concentraron en reorientar las acciones para el inicio de la etapa precontractual que estuvo pendiente de resolución por parte de la EGAT hasta el tercer trimestre de 2024, a partir de septiembre se realizaron las gestiones por parte de la entidad para avanzar en el proceso precontractual de acuerdo a los lineamientos de la contratación, quedando contratado a diciembre de 2024 y la ejecución para mayo de 2025.

- Al igual que el proyecto anterior se inicia el año 2024 con la expectativa de realización de la etapa precontractual por parte de la EGAT, sin embargo y ante solicitud de confirmación de realización de los procesos por parte de la dirección de contratación de la subred, la EGAT responde en agosto de 2024 que no realizaría la gestión precontractual
- Por lo anterior el área de Ingeniería Biomédica de la entidad radico en el mes de septiembre solicitud de bienes y servicios y solicitud de estudio de mercado para la actualización del proyecto que conto con viabilidad técnica en el mes de noviembre de 2024 y se realizaron los estudios previos con los cuales se publicó la invitación pública No 136 de 2024.
- En diciembre 14 se cerró etapa precontractual con la adjudicación y firma del contrato CV-193-2024, el cual tiene un plazo de ejecución de 4 meses con fecha inicial del 27 de diciembre 2024 y de terminación 26 de abril de 2025.

❖ **USS CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS SUBA.**

“Adecuación, Reordenamiento, Ampliación y Dotación de la Unidad de Servicios de Salud Centro de Servicios Especializados”.

Convenio en liquidación sin ejecución debido a circunstancias de orden jurídico relacionadas con la No contratación de interventoría, cambio de indicadores de oferta y demanda de servicios por Emergencia sanitaria COVID 19, No se amplió, prorrogó, revalidó la licencia de construcción, inicial al no poder evidenciar la ejecución de más del 50% del proyecto. Se radico informe final 21 de agosto de 2023, actualmente pendiente firmas de acta de liquidación Convenio.

❖ **USS HOSPITAL SIMON BOLIVAR.**

“Adecuación y reordenamiento Servicio Quirúrgico Unidad de Servicios de Salud Simón Bolívar”.

En la vigencia 2024 cumpliendo en objetivo institucional de modernización de servicios se entregaron las obras de adecuación correspondientes a 8 salas de cirugía y áreas conexas con sistemas redes y equipos de soporte actualizados de acuerdo con 4 fases de ejecución, fueron entregadas operativas y funcionales desde el 2 de febrero la primera y hasta el 17 de mayo terminando con la entrega de la fase 4 y áreas interrelacionadas para atender a una población potencial de 381.406 habitantes.

- De acuerdo con el cumplimiento normativo, características y necesidades de los servicios quirúrgicos específicos fueron ajustadas, según parámetros y estándares de habilitación resolución 3100-2019, norma técnica calidad por sistema y/o componente de soporte de redes y equipos instalados, bajo la verificación de indicadores y parámetros específicos para procedimientos quirúrgicos, teniendo en cuenta riesgos tanto en lo físico como lo epidemiológico respecto a la minimización riesgo de infecciones.

- Paralelamente con el seguimiento a parámetros de funcionamiento en cuanto al cumplimiento normativo se emitieron por parte de ente externo los conceptos técnicos y certificación de conformidad de instalaciones eléctricas RETIE, en Agosto y RETILAP en Diciembre de 2024, también respecto a Biciletero, se emitió concepto favorable en diciembre de 2024 por parte de Secretaria Distrital de Movilidad.

“Proyecto de adecuación y adquisición de dotación para los servicios de imágenes diagnosticas, hemodinamia, neuro intervencionismo y radiología intervencionista para la Unidad de Servicios de Salud Simón Bolívar”.

Financiación ministerio de salud y protección social - resolución 1487-2024.

Proyecto radicado en Diciembre de 2023 y que en el primer semestre de 2024 avanzó con el proceso de formulación complementación y ajuste de los componentes técnicos financieros para el logro de la viabilidad que finalmente fue resuelta mediante la expedición de la resolución 1487 del 22 de agosto de 2024 "Por la cual se efectúa una asignación de recursos del Presupuesto de Gastos de Funcionamiento del Ministerio de Salud y Protección Social, rubro "Apoyo a Programas de Desarrollo de la Salud Ley 100 de 1993" para la financiación de cuatro (4) proyectos de dotación hospitalaria", dentro de los cuales el Hospital Simón Bolívar era uno de los objetivos de financiación.

Luego de la incorporación de recursos al presupuesto de la entidad y radicación del proyecto en Bienes y servicios de la entidad para estudio de mercado se inicia la etapa precontractual mediante la publicación de los procesos de Obra, interventoría y Dotación; convocatorias publicadas según Números 148-149-150 de diciembre 2024, con cierre a mayo 26 de 2025.

A la fecha pendiente el giro de recursos del ministerio a la cuenta bancaria de la subred norte con destinación específica

Alianza Publico Privada -APP Hospital Simón Bolívar.

De acuerdo con el acompañamiento a las acciones previas a la contratación del consultor que realizara la estructuración se han atendido las necesidades de información, visitas y recorridos, capacitaciones y reuniones previas a la formulación del proceso con la ANI – SDS.

❖ CENTRO DE SALUD TIPO 2 SUBA.

“Proyecto de adecuación, reordenamiento y dotación para la Unidad de Servicios CAPS Suba”.

Centro de salud tipo 2, que viene prestando servicios de salud a una población potencial de 43.646 de la localidad de suba desde el 9 de marzo de 2023,

Durante el 2024 se realizaron por parte del contratista las subsanaciones de obra correspondientes a las observaciones y hallazgos identificados posterior a la entrega

operativa y funcional de la obra en marzo de 2023, resultado del seguimiento durante el acopio de documentos soporte para liquidación de los contratos, autoevaluaciones de estándares de habilitación y reportes de daños o mal funcionamiento en elementos clasificados como de garantía postventa y relacionadas con los siguientes temas, los cuales fueron confirmados por interventoría:

- En cuanto a adherencia a estándares de habilitación en infraestructura según resolución 3100-2019, de acuerdo con listado de observaciones generadas en las auditorías y asistencia técnica de las áreas de calidad tanto de la subred como de la SDS se corrigieron, complementaron y entregaron las subsanaciones en cuanto a acabados, especificaciones y características de los ambientes hospitalarios y elementos que dan cuenta de la adherencia al Sistema Único de habilitación-componente del SOGCS, con proyección a la acreditación.
- Sistema Contraincendios, en septiembre de 2023, al revisar los documentos soporte de liquidación se había identificado y confirmado por la interventoría que el equipo Bomba contra incendios, no cumplía con las especificaciones en cuanto a capacidad y potencia, por lo cual se obtuvo el compromiso del contratista a la reposición del equipo de acuerdo a las especificaciones requeridas, soportando la respuesta en un proceso de importación e instalación, pruebas y entrega operativa y funcional en el mes de agosto de 2024.
- Certificación de conformidad de instalaciones eléctricas, bajo el Reglamento Técnico de instalaciones eléctricas RETIE; de acuerdo con visita de inspección no oficial realizada en noviembre de 2023, se generó listado de requerimientos técnicos a corregir, mejorar y complementar con miras a la certificación final de la obra ejecutada, la subsanación se dio hasta el mes de Diciembre de 2024, quedando únicamente pendiente la visita final por parte de organismo de inspección, acreditado ante la ONAC.

❖ **USS CENTRO DE SALUD TIPO 2 VERBENAL.**

Convenio Construcción y dotación CAPS Verbenal.

Centro de Salud Tipo 2 que viene prestando sus servicios a la comunidad beneficiaria con una población potencial de 39100 Habitantes desde el 14 de noviembre de 2023

En el 2024 se liquidaron contratos derivados de obra e interventoría y se envió informe final del convenio a Dirección de Infraestructura y tecnología para revisión inicial, luego de lo cual se trasladaría a la Dirección de contratación SDS

❖ **USS CALLE 80 ENGATIVA.**

“certificación como hospital universitario de la USS Calle 80 en marco del proyecto “adecuación, reordenamiento, ampliación y dotación de la Unidad de Servicios de Salud Calle 80”.

Este hospital que ha venido funcionando desde noviembre de 2004, dirigida a una población potencial inicial de 400.000. habitantes, había proyectado un convenio para la acreditación de la sede como hospital universitario, para esto se había incluido en el proyecto las adecuaciones requeridas para la Habilitación de servicios como Ginecobstetricia, UCI Adulto, Cirugía, Urgencias pediátricas e imagenología entre otras. Sin embargo y dentro de la ejecución el contratista incumplió por lo cual la entidad abrió proceso administrativo sancionatorio el cual se cerró con la imposición de las sanciones y multas correspondientes, teniendo que entrar la entidad a culminar la obra dejada abandonada por el contratista en los servicios de imágenes y urgencias pediátricas en el año 2024.

1.2. GESTIÓN DE COMUNICACIONES

Con el objetivo de asesorar y liderar la implementación del Plan Estratégico de Comunicaciones – PECO , a través de la implementación de estrategias de comunicación efectivas que permitan la divulgación y la socialización de la información oportuna, precisa, completa y transparente de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, a los diferentes grupos de interés (internos y externos); el proceso de Gestión de Comunicaciones ejecutó en la vigencia 2024 las actividades planteadas en el PECO así:

Indicador: **Porcentaje de cumplimiento de las actividades del Plan de Acción de Comunicaciones**

- Primer trimestre: Cumplimiento 100%
- Segundo trimestre: Cumplimiento 100%
- Tercer trimestre: Cumplimiento 100%
- Cuarto trimestre: Cumplimiento 100%

Para el periodo julio – septiembre, se realizó una reunión con la Oficina de Desarrollo Institucional para la actualización de las estrategias del Plan Estratégico de Comunicación Organizacional - PECO, el cual será evaluado a partir de la ejecución de 13 estrategias (internas, externas y transversales), así:

Tabla 9 Estrategias internas

Estrategia	Propósito	Canal	Frecuencia
Conectados con la Gerencia	En un lenguaje amigable y cercano, la Gerencia comunica sus avances y logros institucionales, además de realizar una lectura de las necesidades de los colaboradores y funcionarios.	Presencial	Mensual
Gestión de la Comunidad de WhatsApp	Creación de la comunidad "Subred Norte se conecta" para la divulgación de la información de interés para los colaboradores y funcionarios	Digital	Diario
Actualización del fondo de pantalla	Publicación de información de interés para los colaboradores y funcionarios de la entidad	Digital	Mensual

Informativo de Calidad	A través de notas escritas se busca socializar los avances de la entidad relacionados con la calidad	Digital - publicado en la Intranet	Semestral
Boletín Subred Norte Informa	Informativo para dar a conocer las noticias más importantes de la Subred cada semana.	Digital – enviado por correo electrónico y publicado en la Intranet	Semanal
Monitoreo de medios	Reporte de las noticias de interés que se relacionan con el Sector Salud y la Subred, y que impacten en la imagen institucional	Digital	Mensual

Tabla 10 Estrategias externas

Estrategia	Propósito	Canal	Frecuencia
Reels pedagógicos y campañas educativas en redes	Publicación de información educativa que permite fortalecer el conocimiento de la comunidad frente a temas de interés.	Redes sociales	Mensual
Publicación de noticias en la página web	Publicación de información de interés para la libre consulta	Página web	Mensual
Visualización en medios de comunicación distrital y nacional	Generar noticias y gestionar su publicación en los medios de comunicación	Prensa – radio – televisión-medios digitales.	Mensual
Publicación de sinergias emitidas desde la Alcaldía y la SDS	Apoyar en la publicación de campañas emitidas desde la Alcaldía y la Secretaría de Salud	Digital - publicado en Redes Sociales	Mensual

Para el cuarto trimestre se desarrollaron las siguientes actividades del PECO así:

COMUNICACIÓN INTERNA:

- Conectados con la gerencia: Cumplimiento: 15 sesiones - cobertura :1918 personas
- Comunidad “Conectados Subred Norte” Cumplimiento: 500 miembros.
- Fondo de pantalla: Cumplimiento: 10 publicación
- Boletín Subred Norte Informa: Ccumplimiento: 12 ediciones

COMUNICACIÓN EXTERNA:

Noticias Positivas: 10 temas positivos socializados con los temas de Temas:

- Enfermedades respiratorias.
- Exitosa cirugía oftalmológica.
- Campaña Transgredir sin transferir.
- Hospital de Engativá renueva su servicio de urgencias pediátricas.
- Mujeres de Acero.
- Servicio: proyecto Hospital de Engativá.
- Prevención de quemaduras.

Reel pedagógico: 16 reels publicados con los siguientes temas:

- Invitación jornada de vacunación Gerente.
- Mensaje de agradecimiento de la gerente al personal de la jornada de vacunación.
- Mesa Bogotá, salud y bienestar.
- Transferir sin transgredir.
- Kilombos afrocolombianos.

- Prevención del suicidio MAS Bienestar.
- "Así se vivió el Primer Congreso de Docencia Investigación e Innovación".
- Salud mental.
- Día mundial del lavado de manos.
- #RetoAmarillo- prevención de quemaduras.
- #RetoAmarillo quemaduras por químicos.
- Jornada de vacunación nacional.
- Sabías que en la Subred Norte contamos con una clínica de género.
- Día mundial contra la neumonía.
- #NoMeAutomedico.
- #VacunaciónNocturna.

Boletín Sintonízate con la Subred: Cumplimiento: 6

Se socializaron los siguientes temas:

- Secretario de Salud visita nuestra Subred.
- Equipo APH - conectados con la gerencia.
- Reconocimiento a la Subred Norte - mortalidad materna.
- Jornada de vacunación - 6 mil dosis aplicadas.
- Galería: barra futbolera y acuerdo sindical".
- "Construyendo confianza - programa de humanización.
- Conectados con la gerencia - encuentro con la comunidad.
- La Subred informa - Encuentros interlocales de rehabilitación.
- La Subred informa - Jornada de vacunación para el TH de la Subred.
- Capsulas informativas - Conmemoración del Mes Mayor.
- Prospectiva Institucional.
- Diálogo con líderes asistenciales.
- Reconocimiento a profesiones y oficios.
- La Secretaría Distrital de la Mujer nos visita.
- 1er. congreso de Docencia, Investigación e Innovación.
- Unidad de Bienestar en el Hospital Simón Bolívar.
- Semana Andina: prevención de embarazo en adolescentes.
- Jornada de vacunación VPH.
- Graduación de Brigadistas y bienvenida a Gestores de Integridad.
- Fortaleciendo la comunicación para mejorar continuamente.
- Más de 300 personas participaron en la semana de prevención de quemaduras.
- Comprometidos con la vacunación.
- Caminado hacia la Acreditación.
- Reconocimiento al liderazgo y trabajo coordinado de la Subred.

Durante segundo semestre se realizó el análisis de la Encuesta de comunicación interna, con una muestra de 382 colaboradores, de la cual se obtuvieron las siguientes conclusiones:

138 colaboradores de los procesos de Gestión del riesgo y la Dirección de Hospitalarios son los que cuentan con mayor número de participantes.

259 colaboradores indican que siempre están informados de los eventos, noticias y actividades que se desarrollan al interior de la Subred Norte.

259 colaboradores indican que WhatsApp y el correo electrónico es el canal de comunicación que más utilizan para estar informados.

318 colaboradores sienten que la información socializada a través de los canales internos es clara y oportuna.

262 colaboradores manifiestan que las piezas gráficas y el boletín la Subred Norte al Día son las herramientas de comunicación es de su preferencia para recibir información.

314 colaboradores manifiestan que les gustaría recibir uno o dos mensajes al día por los canales internos de comunicación.

349 (91,36%) colaboradores identifican el lema institucional y **377 (88,22%)** se sienten identificados con el mismo.

252 colaboradores manifiestan que Meli les genera un sentimiento de trabajo en equipo

139 colaboradores manifiestan que conocen todas las campañas de comunicación que se realizan en la Subred y **79 colaboradores** que no conocen ninguna.

306 colaboradores aseguran que las campañas desplegadas permiten fortalecer el proceso de acreditación

327 colaboradores aseguran que campañas y estrategias implementadas, fortalecen la imagen institucional

215 colaboradores indican que siempre y casi siempre intercambian información y comunicación con otras áreas para coordinar actividades y acciones institucionales

LOGROS:

La planeación y la implementación de la estrategia “Construyendo Confianza” nos permitió que, para el segundo semestre del 2024, se consolidaran espacios de diálogos entre la administración y los colaboradores, logrando hacer una lectura de sus necesidades, asimismo la comunicación directa frente a la situación financiera de la Subred Norte. Con esto, se mitigaron los rumores que afectan la reputación de la entidad.

Por otro lado, se ejecutaron cambios en la estructura de la información en la Intranet, creándose un espacio espacial para los procesos de Talento Humano, radiología e imagenología y laboratorio clínico. Para la comunicación externa, se pudo asegurar que, con las noticias positiva divulgadas a través de los medios de comunicación local y nacional, se logró visibilizar la gestión en salud que realiza la Subred para mejorar la calidad de vida de la población, lo cual favorece la imagen institucional.

Aunado, en articulación con la oficina de Gestión de Tic's se logró definir el cronograma de migración de la página web de la Subred, lo cual permite cumplir con los estándares de accesibilidad a la información pública, considerando los lineamientos de la Ley de Transparencia.

Asimismo, la consolidación de las redes sociales de la Subred Norte, incrementando el número de seguidores y la calidad en las publicaciones.

OPORTUNIDADES DE MEJORA:

1. Consolidar la Intranet como un canal de comunicación con información confiable, actualizada y de fácil acceso.
2. Fortalecer los equipos de tecnología con los que cuenta la oficina para poder realizar productos audiovisuales de mayor calidad.
3. Gestionar la comunidad de whatsapp para vincular nuevos miembros.
4. Consolidar la Mesa de Servicios como la herramienta para la lectura de las necesidades de información y comunicación de los procesos institucionales.
5. Diseñar y aplicar la encuesta de satisfacción y efectividad de las comunicaciones internas y externas, las cuales se deben aplicar de manera semestral.

1.3. GESTIÓN DE CALIDAD

El proceso de gestión de calidad cuyo propósito es implementar acciones sistemáticas para el desarrollo del Sistema Integrado de Gestión de Calidad con enfoque en el Sistema Único de Acreditación, que se reflejen en el mejoramiento continuo de los procesos con énfasis en la seguridad del paciente y la experiencia del servicio, alcanza con el desarrollo de sus diferentes componentes y de acuerdo a las metas institucionales definidas.

Subproceso Sistema Único de Habilitación

La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE realiza actualización en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud de las novedades de los servicios, acorde con la dinámica en la reorganización de la Subred y las necesidades de los diferentes servicios ajustados a la tipología de portafolio.

Tabla 11. Servicios habilitados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – Subred Norte Integrada de Servicios de Salud Norte ESE.

RESOLUCIÓN	NÚMERO DE SERVICIOS	VIGENCIA
RESOLUCIÓN 2003 DE 2014	Año 2019	
	682	Servicios habilitados
	Año 2020	
	686	682 servicios habilitados e inclusión de 4 novedades de autorización por pandemia COVID 19.
	Año 2021	
	702	682 servicios habilitados e inclusión de 4 novedades de apertura de nuevos servicios y 16 novedades de autorización transitoria por pandemia COVID 19.
RESOLUCIÓN 3100 DE 2029	Año 2022	
	398	304 novedades de cierre de servicios que afectan el REPS con:

RESOLUCIÓN	NÚMERO DE SERVICIOS	VIGENCIA
		20 novedades de cierre de servicios transitorios autorizados por pandemia COVID 19.
		17 novedades de cierre de servicios, que ya no se prestan de acuerdo a reorganización de la Subred Norte.
		4 novedades de cierre de servicios, que se estaban prestando en modalidad diferente a la requerida.
		Cierre de 263 servicios, en razón a la actualización de portafolio, donde por modelo de transición de la Res. 3100 de 2019, los servicios presentan cambios o ajustes en los códigos, dejando de existir como servicios, quedando inmersos en otros servicios o como procedimientos.
Año 2023		
	398	Se reactivan servicios de unidades en proyecto de inversión de infraestructura, USS Suba y USS Verbenal, que reactivaron sus servicios para marzo y noviembre de 2023 respectivamente, y nuevos servicios habilitados por la ampliación de la oferta de la SISSNORTE.
Año 2024		
		Para la vigencia se procede a realizar un ordenamiento de la capacidad instalada de las 26 unidades, acorde a la oferta de servicios de la SISSNORTE.
		En el marco del enfoque diferencial, se realiza apertura de un nuevo servicio para la USS Chapinero, de acuerdo con la oferta de Servicio para la Clínica de Genero, como programa bandera de la sede.
		Con corte al mes de mayo de 2024, se realiza el cambio de Representante legal de la Subred Norte y de Gerente de las 26 sedes. Con corte al mes de mayo de 2024, se realiza el cambio de Representante legal de la Subred Norte y de Gerente de las 26 sedes.
		Se realizaron 12 cierres de servicios producto de la revisión de servicios prestados vs inscritos con la Subgerencia de Servicios de Salud. (corte 30/012/24).
		Se realizó apertura de los siguientes servicios a corte de 30 de diciembre de 2024, en la USS Verbenal, terapia ocupacional, imágenes diagnosticas ionizantes, optometría y cirugía general. En USS Suba, cirugía general
	434	Con corte a 30 de diciembre de 2024, se cuenta con 26 unidades de servicios de salud, 434 servicios inscritos ante el REPS.
		Se amplía la capacidad instalada de los servicios de Urgencias con la habilitación de 51sillas en ambientes de transición en las unidades Simón Bolívar, Engativá y CSE.
		Se amplía la capacidad instalada de la USS Fray Bartolomé de las Casas para el servicio de hospitalización en salud mental en 3 camas, pasando de 115 a 118 camas, dando alcance a la cobertura y la atención integral de la población objeto, en el marco del modelo territorial de salud MAS bienestar.
		En búsqueda del cumplimiento de los atributos y características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, durante la vigencia 2024, se han adecuado en la Subred, servicios, áreas y ambientes para dar cumplimiento a la normatividad vigente, con la reestructuración del servicio de UCI Pediátrica en el Hospital Simón Bolívar, en búsqueda del cumplimiento de los estándares del Sistema Único de Habilitación, y se amplió su capacidad instalada pasando de 10 camas a 11 camas de UCI y una cama de intermedio pediátrica.
		Se realizaron adecuaciones al servicio de Urgencias y Observación Pediátrica del Hospital de Engativá calle 80, dotado con equipos, insumos y suficiencia de talento humano, favoreciendo el acceso a la atención en salud segura y oportuna.

Fuente: Oficina calidad-Subproceso SUH

Para la vigencia 2024 con corte al 31 de diciembre, se realizaron 206 novedades, las cuales, se evidencian en el REPS.

Se realiza la autoevaluación de las 26 Unidades de servicios de salud, bajo Resolución 3100 de 2019, certificadas por el ente de Control las USS Boyacá Real, Española, Suba y Chapinero. Se generan los planes de intervención, los cuales fueron el resultado de las autoevaluaciones realizadas y de los hallazgos o desviaciones evidenciadas durante el ejercicio, para las diferentes Unidades de Prestación de Servicios de Salud, realizando seguimiento al 100% de los planes de intervención, haciendo énfasis en el estándar de procesos prioritarios.

Por otra parte, se logra con el apoyo de equipo multidisciplinario, el licenciamiento de 34 Equipos de Imágenes Diagnósticas de Radiación ionizante, lo que corresponde al 100% de la gestión. Así mismo, dentro de la gestión realizada por el subproceso de Habilitación, se fortalece el enfoque: Documentación, estructura en procesos y procedimientos, así como la disponibilidad de la información de autoevaluación y planes de intervención en Almera.

Subproceso de Mejoramiento Continuo.

Sistema Único de Acreditación

Siguiendo con la metodología establecida en el ES-GC-M-02-05 **MANUAL DE GESTIÓN DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA BAJO EL ENFOQUE DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN** y en el ES-GC-P-07-01 **Procedimiento para la implementación del Sistema Único de Acreditación**, se fortalece la estructura de mejoramiento institucional con 19 equipos distribuidos en tres niveles, que operativizan y rastrean la mejora institucional pasando de 120 participantes en el a vigencia 2019 a 330 miembros de las mesas de mejoramiento para el año 2024.

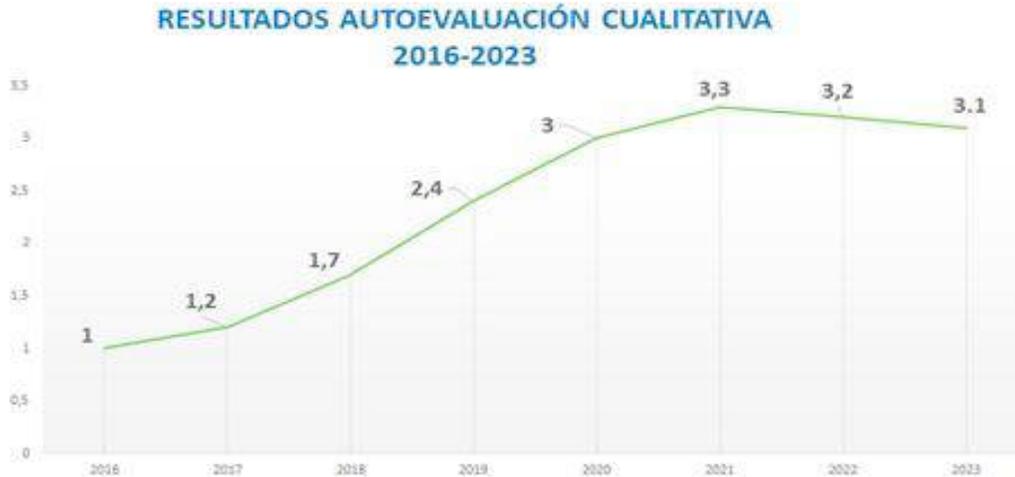
Imagen 2. Estructura de Mejoramiento Institucional



Fuente: Acreditación oficina calidad

Para vigencia 2024, la Subred realizó el octavo ciclo de autoevaluación entre los meses de abril y mayo, capacitando a más de 350 colaboradores frente a la metodología del SUA, incluido el taller de análisis causal, dirigido a los miembros de los equipos de mejoramiento institucional, con una apropiación del conocimiento superior al 95%.

Gráfica 2. Calificación cuantitativa del Sistema Único de Acreditación 2016-2023



Fuente: Oficina de Calidad –Acreditación

En la Vigencia 2024 se realiza el proceso de autoevaluación de 2023, con una calificación cuantitativa de 3,1. Como se observa en la gráfica anterior, la calificación estuvo por debajo de la vigencia anterior, dado el fortalecimiento de la Estructura de Mejoramiento Institucional, donde los equipos del nivel operativo – Equipos Primarios de Mejoramiento, participaron en el ejercicio de autoevaluación, contribuyendo de forma activa a la calificación de los estándares del sistema, permitiendo una calificación más exigente, participativa y consiente del sistema.

Con la autoevaluación del 2023, se identificaron y priorizaron las oportunidades de mejora con las cuales se establecieron los planes de mejora del SUA para la vigencia 2024; a las que se le hace un permanente seguimiento desde el Sistema de Información Almera, lo anterior con el continuo fortalecimiento del Módulo de Planes de mejora, favoreciendo la gestión, seguimiento y trazabilidad de la mejora institucional.

Producto de la autoevaluación de la vigencia 2023, quedaron registradas 247 oportunidades de mejora, de las cuales fueron 103 priorizadas, con 438 acciones para la vigencia, acciones que van desde junio 2024 a febrero 2025. Con corte al 31 de diciembre de 2024 se cumplieron 229 de 243 programadas, las restantes se encuentran en desarrollo con un cumplimiento global de los planes del Sistema Único de Acreditación del 94,2%; como se observa en la siguiente tabla.

Tabla 12 Porcentaje de cumplimiento de los Planes del Sistema Único de Acreditación para la vigencia diciembre de 2024.

243 ACCIONES CON FECHA DE CIERRE A 31 /12/2024			
EQUIPO DE MEJORAMIENTO	TERMINADA	TOTAL, ACCIONES	%
PM MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL 2024	7	8	94%
PM GESTIÓN DE TALENTO HUMANO 2024	12	14	93%
PM GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA 2024	17	21	81%
PM GERENCIA DE LA INFORMACIÓN 2024	8	12	71%
PM GESTIÓN AMBIENTE FISICO 2024	5	19	43%
TOTAL, CLIENTE ASISTENCIAL	125	169	82%
TOTAL, terminadas	174	243	77%
Avance total con desarrollo	229	243	94,2%

Fuente: Oficina de Calidad –Acreditación

POSTULACIÓN DE LA SUBRED – ICONTEC

Con la postulación de la Subred Integrada de servicios de salud Norte ESE ante el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación – ICONTEC, se recibió la visita a unidades: Hospital Chapinero, los Centros de Salud Tipo II Boyacá Real y Suba, y el Centro de Salud Tipo I Española, los días 4, 5, 6 y 7, de marzo de 2024 por parte de la comisión delegada por el ICONTEC.

Teniendo en cuenta los hallazgos y las oportunidades de mejora referidas en el mismo, se establecieron 142 oportunidades de mejora con 617 acciones, las cuales se estructuraron en el formato de plan de mejoramiento institucional CÓDIGO: ES-GC-F-10 acorde al procedimiento institucional de formulación, registro y seguimiento a planes de mejora ES- GC-P-05-03 con una vigencia del 02 de enero de 2025 a 31 de octubre de 2025 priorizándose la totalidad, aplicando la metodología de riesgo, costo y volumen y radicado en el ICONTEC el 04 de diciembre del presente.

De acuerdo con los parámetros establecidos, se proyecta para el año 2025 la ejecución de las actividades propuestas, la estructura y entrega del informe de cumplimiento en el mes de agosto (8 de agosto 2025) y la nueva visita de evaluación de cumplimiento de los estándares para el mes de octubre (7,8,9, Y 10 de octubre del 2025).

De acuerdo con las fortalezas y oportunidades de mejora descritas tanto en la reunión de cierre de la visita, como en el informe emitido por el ICONTEC, el mismo emitió los siguientes resultados generales y por grupo de estándares:

Fortalezas:

1. Compromiso y participación de la Junta Directiva en la gestión general del mejoramiento continuo, aportando al desarrollo del Sistema Único de Acreditación con alcance a los ejes.
2. La disposición de recursos desde la alta dirección y el equipo directivo para el

desarrollo del sistema de gestión de calidad superior; con el fin de lograr los propósitos de mejoramiento continuo institucional.

3. El compromiso del personal con la gestión de los procesos asistenciales y de apoyo, actitud que les permite mejorar la calidad en la atención y satisfacción de los pacientes.
4. Las inversiones realizadas por la Subred Norte, en infraestructura para mejorar el ambiente en los espacios destinados para la atención de los pacientes y un ambiente en general digno y adecuado para los colaboradores de las sedes evaluadas.
5. La satisfacción del usuario y el reconocimiento con la atención humanizada, y el buen trato que recibe durante el proceso de atención, evidenciado en las encuestas aplicadas durante la visita.
6. La inversión en tecnología informática, reflejada en la adquisición e implementación del software Dinámica Gerencial y Almera.
7. El modelo de atención diferencial desplegado en las sedes postuladas, que favorece la inclusión de grupos poblacionales, favoreciendo además la apropiación cultural por parte de los trabajadores de la Subred Norte.
8. El liderazgo del equipo directivo y líderes, evidenciado en la toma de decisiones estratégicas que favorece el desarrollo de programas y mejoramiento continuo institucional.
9. El sistema de información, con el aplicativo de la historia clínica que facilita el direccionamiento a las diferentes rutas integrales de atención, que promueve el direccionamiento y captación de usuarios a los programas de promoción y prevención.
10. La estructuración de mesas técnicas de trabajo con miembros de diferentes sedes, servicios y perfiles, lo que les facilita gestionar el mejoramiento alineado con el direccionamiento estratégico.

Oportunidades de Mejora

1. Fortalecer la gestión de indicadores consolidando el proceso de análisis más profundo, a partir de lo cual, elaboren un plan de mejora consistente con las causas raíz, de tal manera que impacte la mejora, formalizando a su vez el modelo de gobierno del dato con alcance en la minería y validación del dato.
2. Consolidar el sistema de gestión del riesgo, fortaleciendo la apropiación conceptual y el desarrollo uniforme de los componentes del sistema, lo que les permite técnicamente ampliar la cobertura, abordaje y priorización de los riesgos.
3. Fortalecer el seguimiento a los compromisos generados en los comités y articular las acciones con el mejoramiento institucional.
4. Estructurar el Eje de Humanización que integre acciones de otros servicios para aportar a la implementación transversal y sistemática del eje.
5. Fortalecer la apropiación del uso de la Historia Clínica electrónica; que les permita mejorar la adherencia al registro clínico.
6. Fortalecer el enfoque sistémico del modelo mejoramiento institucional, que permita evidenciar la articulación de la implementación de planes de mejora con las evidencias relacionadas y seguimiento de los mismos.

7. Fortalecer la referenciación comparativa externa e interna, que les permita identificar mejores prácticas que puedan ser adoptadas o adaptadas a la realidad institucional y que impacte en la mejora continua y de manera particular la referenciación interna que les permita identificar practicas exitosas para ser implementadas a la realidad Institucional e integradas a los planes de mejoramiento.
8. Fortalecer el registro en la historia clínica de la conciliación y reconciliación medicamentosa, como componente primordial en la planeación de una atención segura que aporte a los resultados en salud, que incluya a su vez monitorización y seguimiento a la adherencia.
9. Fortalecer el cierre de ciclos de mejora, profundizando en el análisis causal sistémico, que les permita identificar estrategias y acciones que puedan impactar en el mejoramiento institucional, así como en la capacidad de análisis de los equipos responsables.
10. Conformar el equipo de autoevaluación ambulatorio; que les permita planear, gestionar, monitorear y mantener avances del grupo de estándares asistencial alineadas con mejoramiento continuo institucional.

Por otra parte, en el marco del fortalecimiento de las competencias en temas de acreditación, la Subred definió diferentes estrategias con despliegue a todos los niveles organizacionales, para el caso de Calidad con la “*Estrategia Súmate Tiempo con Calidad*”, la cual incluye las diferentes actividades:

Ferias de los Ejes de Acreditación:

Durante la vigencia 2024 se ejecutó 1 feria en la unidad Simón Bolívar, con la participación de 86 colaboradores (incluyendo servicios tercerizados). La estrategia se dividió en dos fases, una primera ronda donde se socializó el enfoque de los Ejes y otra fase en la que se socializaron resultados de estos, logrando el 94% de apropiación al conocimiento impartido en las ferias.

Gestionando el Cambio:

Se desarrollaron un total 55 talleres, con una participación de 1233 colaboradores, distribuidos en los diferentes niveles jerárquicos de la institución, un 21% estratégico, 46% táctico y 33% operativo, la mayor participación se dio en el nivel táctico, dado que en la etapa de madurez en la que se encontraba la Subred frente a la cultura de mejora, resultaba pertinente desarrollar competencias comportamentales y técnicas en este nivel, que permitiese fortalecer el trabajo colaborativo, la comunicación asertiva, el liderazgo a través del ejemplo, el enfoque de atención centrada en la persona y enfoque diferencial; alcanzando un porcentaje de satisfacción del 98 %.

Referenciación Comparativa:

Mediante la Resolución 0601, se actualizó la Política de Referenciación estimulando a realizar ejercicios sistemáticos de comparación con las mejores prácticas del sector y otros sectores que aporten innovación, incorporando aquellas estrategias que generen

valor agregado a los procesos institucionales y mejoren la prestación del servicio, esta se encuentra publicada en Almera y fue socializada en las diferentes unidades asistenciales mediante los conversatorios de calidad.

Durante la vigencia de 2024 se socializaron las ventajas de la referenciación mediante la estrategia de conversatorio de calidad a un total de 631 colaboradores con una evaluación del conocimiento del 87% de la siguiente manera, 324 colaboradores en las unidades ambulatorias, con una evaluación del conocimiento del 88%, a 201 colaboradores de las áreas hospitalarias con una evaluación del conocimiento del 87.4%, y a 106 colaboradores de los servicios de urgencias, con una evaluación del conocimiento del 85.5%

En la vigencia 2024, se recibieron 11 solicitudes de referenciación, de las cuales se ejecutaron 6, los representantes de la entidad visitante calificaron el ejercicio con un resultado de satisfacción del 4%. De igual manera se han solicitado 34 referenciaciones a otras entidades, de las cuales se han ejecutado 19, identificando 52 acciones de mejora; las cuales se encuentran 48 en ejecución con un avance del 92,3%.

Conversatorios de Calidad:

Se formuló la estrategia de Conversatorio de calidad, la cual permite a través de un diálogo dirigido, despejar inquietudes relacionadas con temas de calidad de la Subred Norte, principalmente los relacionados con estándares de acreditación, estrategias institucionales y contenidos de los ejes de la acreditación, el mismo se implementó de manera progresiva iniciando con las unidades ambulatorias, principalmente en las priorizadas para el primer ciclo de evaluación externa a la acreditación. Para la vigencia 2024, se contó con 4236 participaciones en los servicios de consulta externa con una apropiación del conocimiento de 80,5% en los temas desarrollados.

En los servicios hospitalarios se contó con 1323 participaciones con una apropiación del conocimiento del 90,1% en los temas desarrollados. En los servicios de urgencias se contó con 1432 participaciones con una apropiación del conocimiento del 89,2% en los temas desarrollados.

Transformación Cultural.

Durante la vigencia 2024, se trabajó gradualmente, transformando la cultura, entorno a un direccionamiento estratégico que promovió la cultura del mejoramiento continuo, la seguridad del paciente y la humanización en la atención, teniendo en cuenta algunas de las siguientes características:

- La alta gerencia aplicó un liderazgo transformador que incentivó en los colaboradores el agenciamiento de la mejora.
- El compromiso de la Junta Directiva con la mejora institucional.
- Revisión y actualización del Direccionamiento Estratégico y de la Estructura de

Mejoramiento Institucional.

- Implementación del Sistema de Información para la gestión del mejoramiento –Almera - estandarizando sistemáticamente la mejora desde la estructura hasta los resultados.
- Empoderamiento de los líderes frente a la mejora institucional.
- Mayor reconocimiento del SUA como modelo de calidad para la mejora.

Uno de los aspectos que marco avances significativos en la transformación de la cultura en la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., está relacionado con la identidad organizacional, la cual se determinó con base en un análisis de identidad organizacional, la estrategia Viviendo en una Colmena, representada en una abejita llamada Meli, la cual evidenciaba al interior de esta una concepción tácita del trabajo colaborativo, solidario y organizado.

La estrategia de “Gestionando el cambio” enfatizó en el desarrollo del enfoque sistémico, sistemático e integral del mejoramiento, a través de la modificación de comportamientos por voluntad propia de las personas, con el desarrollo de 52 talleres con una participación total de 1030 personas distribuidas en un 44% nivel táctico, un 30% nivel operativo y un 26% nivel estratégico.

En el año 2024 se diseñó y desarrollo, la encuesta de medición de la cultura organizacional con base en la metodología de servicio, la cual se aplicará en los 18 procesos a 1800 colaboradores de los cuales el 80% será asistencial y el 20% administrativo, esta encuesta será sistematizada a través de Almera y servirá como referente en la reformulación del direccionamiento estratégico, plan de acción de la oficina de calidad, talento humano y desarrollo del eje de transformación cultural en la institución.

Convenios:

Igualmente, se continua en la vigencia con el desarrollo del convenio interadministrativo 4969481-23 con la Secretaría Distrital de Salud – Fondo Financiero Distrital, cuyo objeto es “Aunar esfuerzos administrativos, técnicos y financieros para el mantenimiento del Sistema Único de Habilitación y avanzar en el proceso de postulación de acreditación según lineamientos del MSPS en las SISS en el marco del Modelo de Salud en la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE”, fortaleciendo los diferentes procesos en el cumplimiento de los estándares del Sistema Único de acreditación (SUA), en las USS postuladas (Hospital de Chapinero, Centros de Salud Tipo II Boyacá Real y Suba, y el Centro de Salud Tipo I Española). Para el mismo se contó con \$1.020.912.218 de pesos como recursos asignados, iniciando su ejecución en el mes de mayo del 2023 y terminando en el mes de febrero de 2024. Se radicaron los documentos para la liquidación del Convenio, quedando pendiente a la fecha por parte de la Secretaría Distrital de Salud la entrega del acta de Finalización del Convenio.

El 18 de diciembre de 2024 se radico en la Secretaría Distrital de Salud (Dirección de Análisis de Entidades Públicas), la propuesta (de convenio 2025) para transferencia de recursos a la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE, con el objetivo de potenciar las estrategias de la humanización y seguridad de la atención que contribuyan a mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud y la experiencia de los usuarios, familias y colaboradores.

Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad

La Subred Norte desarrolla el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad - PAMEC, orientado en los estándares del Sistema Único de Acreditación establecidos en la Resolución 5095 de 2018 por la cual se adopta el “Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario en Colombia Versión 3.1.” Con base en lo anterior se reporta a la Superintendencia Nacional de salud la circular 012 de 2016, la información que permite verificar la efectividad de la aplicación de la ruta crítica del PAMEC. A continuación, se relaciona el comportamiento del reporte y cumplimiento de este:

Tabla 13 Trazabilidad reporte Circular 012 de 2016 vigencias

2016: 97,7%	2017: 91,5%	2018: 91,6%	2019: 96.3%	2020: 92.3%	2021: 93.8%	2022: 94%	2023: 94,84%
Acciones programadas: 45	Acciones programadas: 918	Acciones programadas: 999	Acciones programadas: 999	Acciones programadas: 788	Acciones programadas: 809	Acciones programadas: 576	Acciones programadas: 698
Acciones ejecutadas: 44	Acciones ejecutadas: 840	Acciones ejecutadas: 915	Acciones ejecutadas: 962	Acciones ejecutadas: 728	Acciones ejecutadas: 759	Acciones ejecutadas: 543	Acciones ejecutadas: 662

Fuente: PAMEC – Oficina de Calidad

El Programa de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad Integra los mecanismos, acciones y metodologías de auditoría, promoviendo una cultura de autocontrol como estrategia de mejoramiento de la calidad y el cual se actualiza anualmente en referencia a la ruta crítica y el plan anual de auditoria establecido para la vigencia.

El plan anual de auditoria 2024, cuenta con 132 actividades de evaluación programadas para la vigencia y con fecha de finalización enero 2025, cuyo propósito es monitorear y hacer seguimiento al logro de los resultados esperados. Se presenta seguimiento con corte a diciembre 2024, 57 actividades programadas 55 ejecutadas cumplimiento 96.46% y un avance de 63 actividades en desarrollo y 25 actividades no iniciadas y programadas para su desarrollo y seguimiento en el mes de enero del 2025.

Como parte del mejoramiento institucional, se establecieron las plantillas para la construcción gradual y actualización de los diferentes instrumentos de evaluación e

informes acorde a la guía, los cuales son normalizados en ALMERA y parametrizados para el diligenciamiento sistematizado por parte del equipo auditor desde el aplicativo.

Estas plantillas institucionales establecen los datos requeridos para la evaluación de la guía, que permiten estratificar los resultados por unidad, servicio, profesional, ítem, especialidad, entre otros; para un análisis e identificación de oportunidades de mejora más puntuales que faciliten su intervención.

Con base en estas plantillas, se documentaron y actualizaron en articulación con la gestión clínica y la auditoria de autocontrol de los diferentes procesos 71 instrumentos de evaluación

Se presenta en la siguiente tabla resultados de adherencia a guías trazabilidad 2017-2024

Tabla 14 Resultados de adherencia a guías trazabilidad 2017-2024

TRAZABILIDAD PORCENTAJE DE ADHERENCIA											
GUIAS AUDITADAS	AÑO	I	II	III	IV						
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	trimestre 2024	trimestre 2024	trimestre 2024	trimestre 2024
CONTROL PRENATAL	92	93	88	91	91	87	88.00	76,63	85.7	88,5	En desarrollo
ATENCION DE PARTO	88	93	88	91	91	93	91.70	91,97	92,9	93,4	En desarrollo
TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO	93	92	92	94	92	90	88.82	94,35%	94%	93.9%	En desarrollo
HEMORRAGIA POS PARTO-COD ROJO	84	87	89	92	93	92	89.77	81,11	92,6	86,1	En desarrollo
SEPSIS OBSTÉTRICA	90	96	93	91	94	87	81.65	80%	86.7%	86.7%	En desarrollo
SIFILIS GESTACIONAL		94	95	89	87	72	78.73	85,23%	85.6%	81.8%	En desarrollo
PREMATUREZ	97	97	98	98	99	98	97.45	94,80%	96.4%	97.3	En desarrollo
ASFIXIA PERINATAL	75	93	96	97	99	97	95.53	100	100	100	En desarrollo
SEPSIS NEONATAL	91	96	97	98	99	93	96.60	88%	95%	97.5	En desarrollo
SIFILIS CONGENITA		96	100	100	100	98	95.40	100%	98.6%	97.5	En desarrollo
PREVENCION EVENTOS TROMBOEMBOLICOS			86	88	88	87	90.65	0,9	94.9%	92.95%	En desarrollo
HIPERTENSION ARTERIAL	84	91	92	86	90	90	84.90	82,3		77,52	
INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS HOSPITALARIA	-	-	86.7	89.3	-	81	83,9	94,81	86,84	80,28	77,27
DOLOR ABDOMINAL AGUDO	-	-	86	84	86	90	83.80	86,1			
CRECIMIENTO Y DESARROLLO	91	90	92	92	93	84	83.90	87		En desarrollo	

TRAZABILIDAD PORCENTAJE DE ADHERENCIA											
GUIAS AUDITADAS	AÑO	AÑO	AÑO	AÑO	AÑO	AÑO	AÑO	I	II	III	IV
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	trimestre 2024	trimestre 2024	trimestre 2024	trimestre 2024
LEISHMANIASIS	-		4.5	4.7	4.6	-	4.30	4,83			
MALARIA	-	4.5	4.8	4.8	4.7	-	4.38	5			
DENGUE	-		4.4	4.6	4.3	-	4.57	4,7			
EPOC AMBULATORIA	-	-	83.13	81.27	74.79	72	81.00	73,49			
NEUMONIA HOSPITALARIA	-	-	89.94	92.53	89.24	88	90	83,8			

4 – 5: Estándar de cumplimiento alto de acuerdo a los parámetros del Ministerio para las Guías de Enfermedades transmitidas por Vectores.

Fuente: PAMEC – Oficina de Calidad

Se presenta en la siguiente tabla resultados de adherencia a guías 2024 evaluadas a partir de la vigencia 2023

Tabla 15 Resultados de adherencia a guías trazabilidad 2023-2024

AUDITORIA	CUMPLIMIENTO 2023	CUMPLIMIENTO 2024
Evaluación adherencia a Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento de la Diabetes Mellitus Tipo 3	81.74	88.4
Evaluación adherencia a Guía de Caries	88,3	87.51
Evaluación adherencia a Guía Enfermedad Gingival	94,4	85.1
Evaluación adherencia a Guía Enfermedad Pulpar	70.51	75.95
Evaluación adherencia a Protocolo de accidente cerebrovascular	90	100
Evaluación adherencia Instructivo clínico para la toma de citología vaginal	88.3	90
Evaluación adherencia Instructivo clínico de inserción y extracción dispositivo intrauterino	78,3	70,16
Consulta para asesoría sobre el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]	77,52	79,74
Evaluación adherencia a Guía de Esquizofrenia		84,3
Evaluación adherencia a guía Síndrome de dificultad respiratoria recién nacido	95.05	94,95
Evaluación adherencia al Manual de atención clínica para el manejo del dolor	88,12	79,05
Evaluación adherencia a guía pediátrica bronquiolitis menor de 2 años y neumonía menor de 5	88,8	90,3
Evaluación adherencia a Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y manejo de la infección aguda de vías aéreas Superiores en pacientes mayores de 3 meses hasta los 18 años (Rinofaringitis)	86.17%	78
Evaluación Instructivo clínico de inserción y extracción de implante subdérmico	80,82	75
Manual de atención en medicina alternativa	65,91	81
Guía de manejo clínico de la Epilepsia		82,4

AUDITORIA	CUMPLIMIENTO 2023	CUMPLIMIENTO 2024
Guía de manejo clínico Hernia Inguinal	-	80,3

Fuente: PAMEC – Oficina de Calidad

Se evidencia en los anteriores resultados como parte de la mejora institucional en la motorización de resultados, un aumento significativo en el número de guías auditadas, la parametrización y sistematización de los diferentes instrumentos y la articulación con la gestión clínica y el autocontrol.

La metodología de paciente trazador incluye un enfoque cualitativo como herramienta que permite conocer la medición objetiva de la realidad de la atención, identificando puntos críticos durante toda la estancia del paciente para generar oportunidades de mejora.

Tabla 16 Trazabilidad Resultados Evaluación calidad de los registros de historias clínicas Auditoría Interna vigencia 2017-2024 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE.

EVALUACIONES AUDITORIA CALIDAD /MEDICIÓN	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024 I	2024 II
								semestre	semestre
Evaluación calidad de los registros de historias clínicas medicina general- consulta externa		93%	93.12%	96.2%	95.3%	93.8%	94.7%	67,96%	En desarrollo
Evaluación calidad de los registros de historias clínicas medicina Interna hospitalización							97.2%	79,80%	En desarrollo
Evaluación Adherencia a diligenciamiento de historia clínica institucional Odontología	92%	96%	96%	95%	98%	99%	94%	95%	97%
Evaluación Adherencia a diligenciamiento de historia clínica institucional Odontología especializada	82%	91%	93%	93%	97%	97%	90%	91,40%	86%
Evaluación Adherencia a diligenciamiento de historia clínica institucional Higiene Oral					95%	95%	92.4%	91,47%	95%
Evaluación Adherencia a diligenciamiento de historia clínica institucional registros de enfermería hospitalaria					64%	73%	73.1%	74,50%	En desarrollo
Evaluación Adherencia a diligenciamiento de historia clínica institucionales registros de enfermería ambulatoria								67,60%	En desarrollo

Fuente: Oficina de Calidad –PAMEC

Se actualizan las listas de chequeo para la aplicación de la metodología paciente trazador: ES-GC-F-03 Lista de chequeo paciente trazador Hospitalario y ES-GC-F-158- 01Lista de chequeo paciente trazador Ambulatorio, alineadas y articuladas con los estándares de acreditación en referencia al ciclo de atención del usuario.

Tabla 17 Resultados Paciente Trazador Ambulatorio y Hospitalario 2023 / 2024

Proceso auditado	Resultado Cuantitativo 2023	Resultado Cuantitativo I semestre 2024	Resultado Cuantitativo II semestre 2024
Paciente trazador Hospitalización	85%	81,15%	86%
Paciente trazador Urgencias	80%	81,02%	87%
Paciente trazador Ambulatorio	83%	79,57%	83%

Fuente: Oficina de Calidad –PAMEC

En general durante la vigencia 2023-2024 a partir de las auditorias, se han generado 24 planes de mejora para garantizar el cumplimiento de los criterio y estándares institucionales.

La parametrización de estos instrumentos de evaluación en la herramienta institucional ALMERA y la creación del módulo de evaluaciones para la publicación de informes y resultados, nos permite contar con el repositorio de la información, desde la cual se facilita la tabulación y análisis, generando un seguimiento periódico y permanente, promoviendo una cultura de autocontrol como estrategia de mejoramiento de la calidad. Se realiza igualmente comunicación de resultados a líderes de proceso para ser divulgados al personal y partes interesadas, presentación en los diferentes espacios institucionales (comités, mesas técnicas etc.) y retroalimentación personalizada a profesionales por parte del auditor.

Durante la vigencia 2024 se recibe auditoria revisoría fiscal con la siguientes Conclusiones: Con la información suministrada, se concluye que la Entidad ha ejecutado la Ruta Critica 2024, dando alcance a la implementación del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud PAMEC y cuenta con las herramientas para garantizar el reporte obligatorio en cumplimiento de la Circular 012 a la Super Intendencia Nacional de Salud.

Planes de Mejoramiento

Con la puesta en marcha del módulo de planes de mejoramiento en el sistema de información ALMERA, se implementa un método organizado, planificado y continuo para medir, monitorear y mejorar la calidad y tiempos de respuesta y custodia de la información que se genera de los planes de mejora que apoyan los cierres del ciclo. Adicionalmente favorece el seguimiento de autocontrol y segundo orden de la mejora. La migración de la información en Almera generó un proceso de capacitación al personal responsable de seguimiento a planes de mejora asistencial y administrativo, en lo relacionado con la formulación de planes de mejora y el manejo de la Plataforma Almera, a un total de 130 personas en la vigencia 2024.

En lo relacionado a la ejecución y seguimiento de acciones, el comportamiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento ha sido positivo entre una vigencia y otra,

dado que, para el año 2022 se cierra el cumplimiento de planes en 87%, para el año 2023 se logra el 96% y para la vigencia 2024 el 90% de cumplimiento, alcanzando así, el estándar institucional del 90%. A continuación, se presenta el detalle del registro y avance en el cumplimiento de los Planes de mejora correspondiente a las vigencias 2022, 2023, 2024:

Tabla 18. Registro y avance de cumplimiento en Planes de Mejora – ALMERA

PLANES DE MEJORA VIGENCIAS 2022 - 2024					
AÑO	PLANES DE MEJORA	# OPORTUNIDADES DE MEJORA	# TOTAL ACCIONES DE MEJORA	ACCIONES DESARROLLADAS	% AVANCE
2024	217	754	2381	2131	90%
2023	155	780	2567	2458	96%
2022	159	752	1461	1271	87%

Fuente: Modulo Planes de Mejoramiento - Almera. Oficina de Calidad

La tabla anterior refleja el avance del cumplimiento a las acciones de mejora por Proceso, de los cuales, 5 procesos se encuentran por debajo del estándar institucional del 90%. De acuerdo con los resultados, los procesos responsables se encuentran, dando alcance, teniendo en cuenta el cambio de vigencia y su dinámica.

Subproceso de Normalización Documental

Sistema de Información ALMERA

En la mejora continua se continua con el fortalecimiento en la usabilidad del Sistema de Información Almera, realizando ajustes in-house y/o solicitando al proveedor, en la búsqueda de adherencia a las necesidades que se evidencian en cada uno de los módulos.

Favoreciendo el acceso a la consulta de la herramienta, se ha realizado un total de 12.585 usuarios registrados de los cuales por actualización constante con verificación de base de datos de personal de planta y contrato se inactivan, se activan o se crean nuevos. Al cierre del 2024 se cuenta con 6.913 usuarios activos.

A continuación, se presenta el nivel de avance de los Módulos del Sistema de Información Almera:

SUBPROCESO DE GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA

Programa Seguridad del paciente

El programa de Seguridad del paciente tiene como objetivo implementar acciones tendientes a garantizar una atención en salud segura para todos los usuarios, fomentando el desarrollo de acciones para la prevención y gestión de los riesgos relacionados con el proceso de atención en salud en cada una de las Unidades de Servicios de Salud.

Las actividades de implementación se despliegan con el fortalecimiento del talento humano por medio de un plan de capacitación de Seguridad del paciente, el cual incluye diferentes estrategias:

- **Inducción y Reinducción**

Se realiza por medio de la plataforma Moodle Quirón, se cuenta con la participación para el año 2024 un total de 1.200 colaboradores, los colaboradores nuevos pasan a los diferentes dinamizadores para realizar inducción específica del programa de seguridad del paciente, esto con el fin de mitigar los riesgos y dar a conocer las lecciones aprendidas desde el ingreso a la institución

- **Semana de la seguridad del Paciente:**

Fecha: 23 al 26 de septiembre del 2024. Lema: «Diagnósticos correctos, pacientes seguros» Total, de unidades abarcadas: 26 unidades de servicios de salud, con la participación de 1500 colaboradores asistenciales, administrativos.

En el desarrollo de la semana de seguridad del paciente se identificó que la implementación de una cultura de seguridad lleva a un cambio de hábitos en todos los procesos y contribuye al diagnóstico correcto y oportuno en la atención de los pacientes. Los entornos seguros generan confianza, por parte de los pacientes y las familias, en los procesos asistenciales y administrativos que ofrece la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte. De una manera lúdica, se logró realizar el recorrido del Carnaval de la Seguridad en las 26 Unidades de Servicios de Salud, socializando piezas comunicativas con prácticas seguras que contribuyen al diagnóstico correcto y atender adecuadamente las necesidades en salud de los pacientes; se contó con la participación de 656 colaboradores asistenciales y administrativos.

- **Acompañamiento de Seguridad**

Son acompañamientos desarrollados por los auxiliares de enfermería el cual se realizan por medio la aplicación de ES-GC-F-54-02-Verificación barreras de seguridad y ES-GC-F- 59-01-Verificación barreras de seguridad servicios ambulatorios y complementarios, PS- GC-F-59-01-Verificación barreras de seguridad servicios ambulatorios y complementarios.; para la vigencia 2024 se obtuvo una adherencia del 86.77% mejorando en el uso seguro de medicamentos, la seguridad de los procedimientos quirúrgicos (odontología), en la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio, en la prevención de complicaciones asociadas a la transfusión de sangre, en la reducción del riesgo de la atención del paciente crítico, en la atención segura a la gestante y recién nacido, en la prevención, en la evaluación de pruebas diagnósticas antes del alta, en el sistema de reporte de seguridad en la UCI, respuesta inmediata ante la perdida y/o fuga de paciente, en la gestión y desarrollo de la adecuada comunicación y en garantizar la funcionalidad de los procedimientos de los consentimientos informados.

Se fortalece y promover la cultura de seguridad del paciente a través de procesos de socialización, capacitación y sensibilización al personal asistencial y administrativo, para

la vigencia 2024 se realizó en las diferentes unidades de servicios de salud de la Subred Norte

Capacitaciones abarcado 7341 colaboradores. Rondas de Seguridad del paciente

Hasta el mes de diciembre de 2024 se desarrollaron 40 rondas de seguridad, las cuales permiten identificar de manera oportuna los riesgos que pueden generar daño al paciente, estas a su vez se socializan al líder de la unidad y al servicio con el fin de corregir de manera inmediata los hallazgos.

- **Acompañamientos nocturnos:**

Se realizan los recorridos en jornada nocturna con el objetivo de realizar acompañamiento a los colaboradores que trabajan en el turno de la noche, con el fin de afianzar conocimientos se indaga sobre: los mecanismos de reporte, identificación de riesgos, conocimiento de trazabilidad de sucesos de seguridad, reconocimiento del programa de seguridad del paciente y las vigilancia (infecciones asociadas a la atención en Salud (IAAS) tecnovigilancia, farmacovigilancia, reactivovigilancia, Hemovigilancia y Biovigilancia), evidenciar punitividad desde el programa, taxonomía.

- **Boletín de lecciones aprendidas:**

Con el fin de dar cierre al ciclo de análisis de sucesos de seguridad, se creó un boletín de lecciones aprendidas donde se describe: el tipo de evento, ¿qué paso?, ¿por qué paso?, lugar de ocurrencia, factores contributivos, que aprendimos y recomendaciones. El cual se puede ver en la siguiente imagen. El anterior boletín se despliega en el comité y pre-comité de seguridad del paciente, para socialización de los colaboradores por parte de los líderes de unidad, de igual manera se realiza despliegue de la información por medio del sistema de información ALMERA módulo 3 Paquetes instruccionales, lecciones aprendidas, en donde para el año 2023 se publicaron 5 boletines. En el año 2024, se publicaron 5 boletines.

- **Tema corporativo:**

El tema corporativo es la estrategia de la Subred para posicionar temas transversales y de interés para todos los colaboradores independiente el nivel de operación, el cual se despliega por medio de la plantilla institucional de presentaciones y es proyectado en todos los espacios de reuniones programados a nivel interno, la información en una diapositiva con temas relevantes del mejoramiento institucional, el tema se desarrolla de diferentes formas por el líder de la reunión juegos, preguntas, lectura de la misma; con los temas de la Gestión Clínica Excelente y Segura, se realizaron en 2024 dos temas corporativos.

Como evidencias de tendencias hacia la mejora y el desempeño superior durante la vigencia 2024 la Subred se articuló con la Secretaria Distrital de Salud, en la estrategia **Ruta de Mejoramiento “Hacer las cosas bien trae buenas cosas”** identificando como primera medida la prevención de caídas en el hospital Simón Bolívar en el servicio de

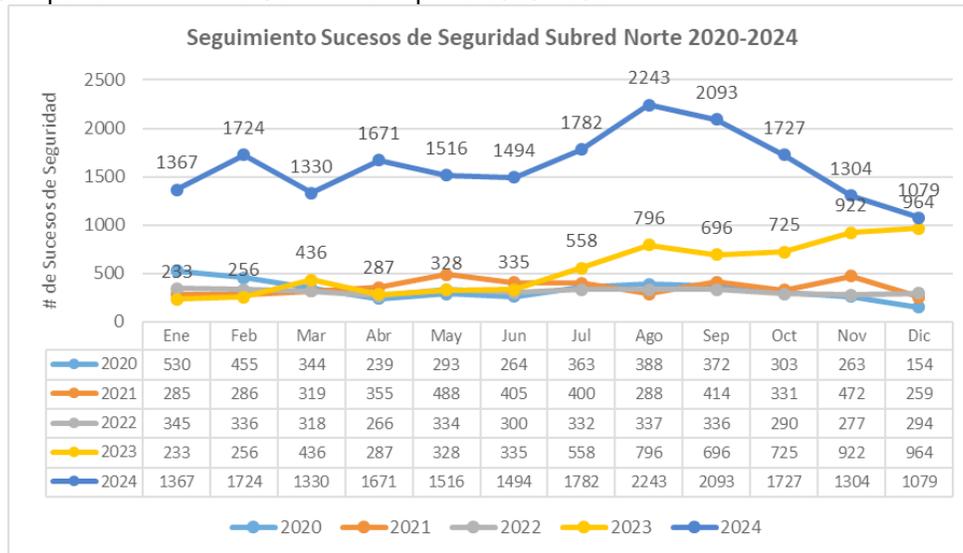
hospitalización, con estrategias innovadores y que faciliten el actuar de los profesionales; por esto, se implementó el calendario de medicamentos alto riesgo para caídas, el cual favoreció el acceso de los colaboradores al aplicativo de reportes de sucesos de seguridad del paciente, así mismo se intensificaron los acompañamientos en los diferentes turnos diurnos y nocturnos, y se implementó un tema de incentivos tanto al servicio como al personal del programa de Seguridad del paciente. Las anteriores estrategias favorecieron los procesos para prevención y reducción de la frecuencia de caídas se minimizarán, lo que favoreció permear las estrategias en la totalidad de las sedes de la Subred.

A partir de los resultados obtenidos, la Subred fue reconocida con el Galardón de Plata, en medio de las diferentes entidades públicas y privadas que participaron en la Ruta.

Respecto a la monitorización de eventos adversos, se ha implementado gradualmente el sistema de gestión ALMERA, migrando a un único mecanismo de reporte de sucesos de seguridad a nivel institucional, el cual se encuentra para fácil acceso en la página Web www.subrednorte.gov.co enlaces institucionales, reporte suceso de seguridad del paciente; la intranet imagen de Meli institucional reporte de sucesos de seguridad del paciente, código QR, ES-GC-F-15-V6 Reporte sucesos de seguridad programa de gestión clínica, durante el cuarto trimestre el equipo funcional de seguridad del paciente, a través de la estrategia “Tomate un tiempo con Seguridad” realizo un despliegue de socialización de los mecanismos de reporte.

A continuación, se presenta el comportamiento de la cultura del reporte a nivel subred integrada de servicios de salud Norte.

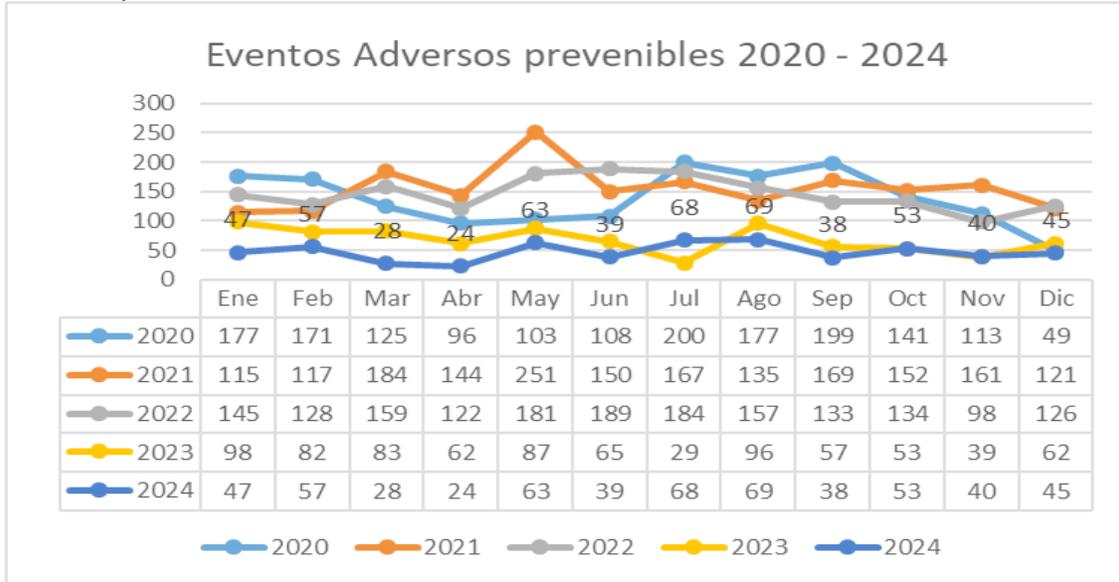
Gráfica 3 Comportamiento de la Cultura del reporte 2020 - 2024



Fuente: Equipo Seguridad del paciente 2020-2024

Para la vigencia del 2024 se han reportado, de enero a diciembre, 19.330 sucesos de seguridad. En la siguiente grafica se presenta el comportamiento de eventos adversos que se han presentado a nivel subred, desde la vigilancia del 2020 a 2024.

Gráfica 4 Comportamiento de eventos adversos 2020 - 2024



Fuente: Equipo Seguridad del paciente 2020-2024

A continuación, se presentan los tres principales eventos adversos que se han presentado para el 2024.

Tabla 19 Principales eventos adversos enero a noviembre de 2024

Eventos Adversos	No. De eventos
Infecciones Asociadas a la atención en salud	340
Caída de paciente intrainstitucional	164
Lesiones de piel	103

Fuente: Base de sucesos de seguridad en Almera año 2024

Acerca de los eventos relacionados con la infección de torrente sanguíneo asociada a catéter central se estableció el plan de mejora PM22_2024 el cual busca fortalecer acciones de mejora de acuerdo con los lineamientos de atención para el cuidado prenatal y atención del parto, este plan se encuentra en Almera con el ID 2926.

Para disminuir la incidencia de infección en sitio operatorio en salas de partos y salas de cirugía se definió el plan de mejora PM38_2024 con el fin de establecer acciones que promuevan las buenas prácticas en prevención de infección en sitio operatorio (superficial, profunda, órgano espacio), este plan se encuentra en Almera con los siguientes ID: 3019 – 3020 - -3021 – 3022 – 3023 – 3024.

Con el fin de disminuir la incidencia de eventos asociados a caída de pacientes por medio de la implementación de prácticas seguras se definió un plan de mejora transversal PM35_2024 el cual se encuentra en Almera con el ID 2985.

Frente al tercer evento relacionado con pacientes con úlceras por presión se estableció un plan de mejora transversal PM35_2024 con el fin de fortalecer las acciones que permitan la disminución en la incidencia de eventos asociados a lesiones en piel, este plan se encuentra en Almera con el ID 2987.

Encuesta de cultura de seguridad

Mediante la aplicación de un instrumento tipo encuesta virtual, desarrollado por la Agencia para la Investigación y Calidad en Salud (AHRQ). El instrumento desarrollado por la AHQR es el recomendado en el documento “Lineamientos de seguridad del paciente” del Ministerio de la Protección Social de Colombia para la medición de la cultura de seguridad del paciente (Ministerio de la Protección Social, 2008).

Para el año 2024, se llevó a cabo el muestreo, para el diligenciamiento de la encuesta, con un total de 1.748 colaboradores, se realizó con articulación en comunicaciones una pieza comunicativa con un Qr para el diligenciamiento de la misma, el formulario se abrió desde el 2 de septiembre del 2024 al 31 de octubre del 2024.

El 44% del personal (9641 personas) percibe que el clima de seguridad es muy bueno y el 28% lo considera aceptable (621 personas), en excelente lo consideran el 22% (486 personas) y solo un 4% (99 personas) lo considera regular y un 0,2 con 6 respuestas lo considera malo.

En general para el cierre de cultura de seguridad del paciente para el 2024 en la encuesta es del 95,17%

Comité de seguridad del paciente.

Para la vigencia 2024 se realiza seguimiento de manera trimestral en el comité de gestión clínica excelente y segura con un grado de avance en el desarrollo del 88% de las actividades planteadas para el plan de acción del comité 2024. Se realiza el repositorio de las actas del comité en el módulo del sistema de información, plan individual, mecanismos de integración, comité gestión clínica excelente y segura.

Indicadores de resolución 256-2016

En cuanto al indicador de tasa de úlceras por presión se evidencia una disminución para el 2024 en comparación con los años anteriores. Con relación a la tasa de caídas, se evidencia aumento en el indicador en los servicios de urgencias y apoyo diagnóstico, en comparación con el 2023, los servicios de hospitalización muestran una disminución y los servicios de consulta externa mantienen el indicador en 0,0 de acuerdo a la tendencia de la mayoría de los años de seguimiento.

Tabla 20 indicadores Resolución 256 -2016

Indicador	Servicio	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Tendencia 2018 - 2024
Tasa de Caídas	Urgencias	0,30	0,20	0,40	0,37	0,23	0,12	0,19	
	Hospitalización	0,74	0,65	0,96	0,95	0,76	0,35	0,26	
	Consulta Externa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,004	
	Apoyo Diagnóstico	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,01	
Tasa de UPP	Hospitalización	0,42	0,64	0,99	1,23	0,23	0,12	0,11	
Proporción eventos adversos R/A medicamentos	Hospitalización	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,03	0,01	
	Urgencias	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,001	

Fuente: base de datos programa seguridad del paciente 31 diciembre del 2024

Paquetes instruccionales.

La institución tiene implementadas buenas prácticas recomendadas aplicables de la guía técnica de buenas prácticas de seguridad del paciente del Ministerio de Salud, en el marco de la implementación del Programa de Gestión Clínica Excelente y Segura, en donde se establecen procesos institucionales seguros, A continuación, se presentan los resultados de adherencia 2024 que han presentados los paquetes instruccionales.

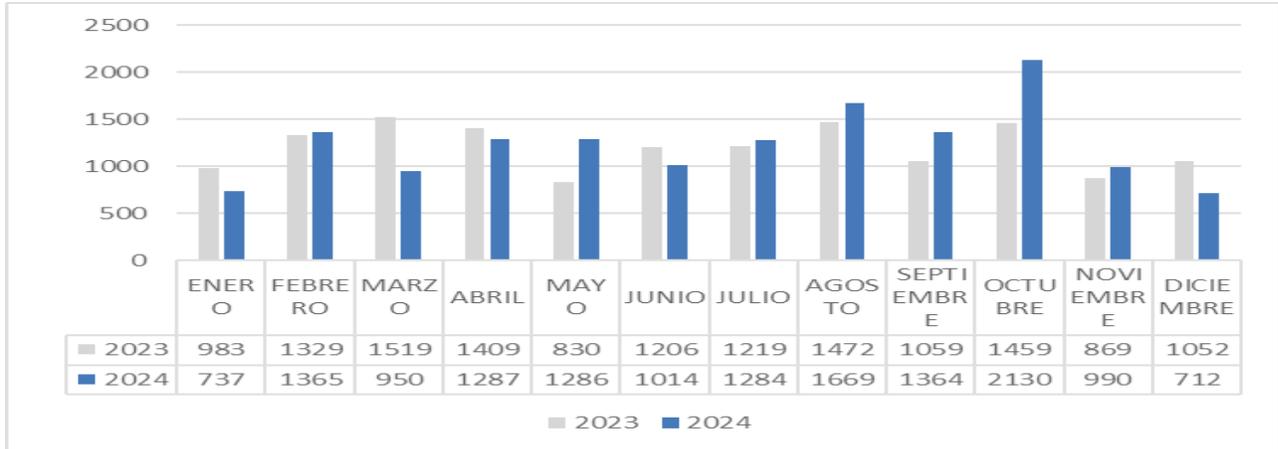
Tabla 21 Imagen adherencia de paquetes instruccionales

PAQUETES INSTRUCCIONALES	RESULTADO
	Aplicación Listas de chequeo año 2024
Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos	91,12%
Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas	81,49%
Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos	83,33%
Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos (odontología)	90,99%
Prevenir úlceras por presión	79,34%
Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos Asistenciales	84,22%
Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras en el Laboratorio	93,18%
Reducir el riesgo en la atención de pacientes cardiovasculares	79,69%
Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea	98,95%
Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico	95,01%
Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental	73,35%
Prevención de la malnutrición o desnutrición	73,04%
Garantizar la atención segura del binomio madre – hijo	96,63%
Atención de urgencias a población pediátrica	79,69%
Evaluación de pruebas diagnósticas antes del alta	92,86%
Sistema de reporte de seguridad en la unidad de cuidados intensivos	85,22%
Implementar equipos de respuesta rápida	79,40%
prevención y respuesta inmediata ante la perdida y/o fuga de paciente (incluye paciente de salud mental)	93,20%
Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes	96,78%
Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado	87,90%
Total	86,77%

Fuente: listas de chequeo sistematizada Almera

En los resultados de la adherencia se identificó que, para el año 2024, se obtuvo un 86.77% de cumplimiento; de acuerdo con el estándar institucional, la apropiación de los paquetes instruccionales se encuentra en un nivel satisfactorio.

Gráfica 5 USUARIOS SENSIBILIZADOS EN RECOMENDACIONES PRÁCTICAS PARA UNA ATENCIÓN SEGURA ENERO A DICIEMBRE 2023 – 2024



Fuente: Consolidado usuarios sensibilizados 2023 - 2024

En la gráfica anterior se presenta la cantidad de usuarios que se han sensibilizado desde el programa de seguridad del paciente durante las vigencias 2023 (total 14.406) y diciembre de 2024 (total 14.788)

Infecciones Asociadas a la Atención en Salud

Para el programa de prevención y control de infecciones contempla **estrategias de prevención de infecciones asociadas a la atención en salud.**

se realizan las respectivas socializaciones en los servicios, logrando en el 2024 un total de 15.961 abordajes al talento humano asistencial, donde se refuerzan las medidas de prevención de infecciones; en este dato se incluyen los abordajes realizados en las campañas de higiene de manos, las estrategias de difusión de procesos de limpieza y desinfección y demás capacitaciones.

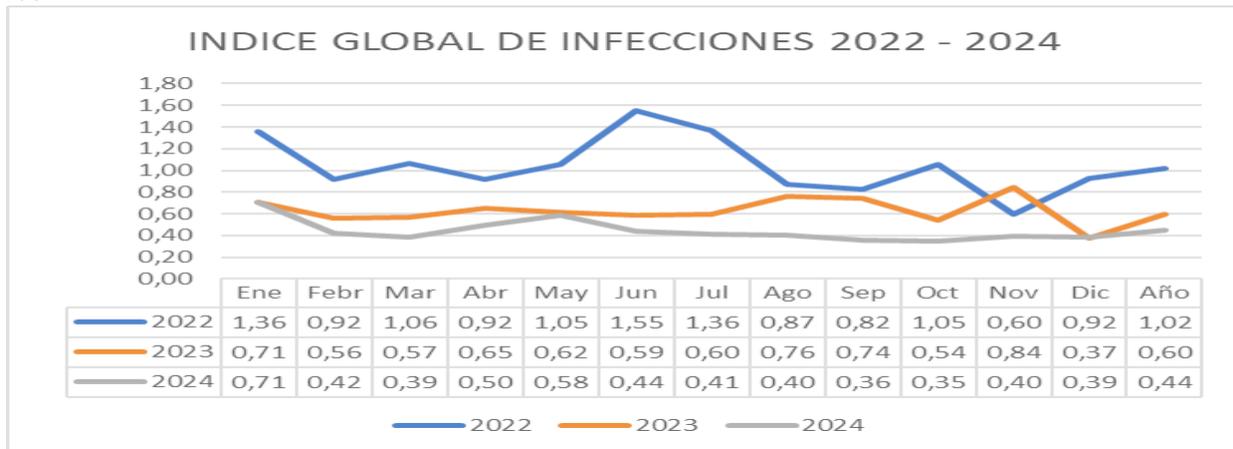
Para la vigencia 2024, se plantea la realización del primer foro institucional “***lavando manos salvamos vidas y marcamos la diferencia***”, en la cual se obtuvo la participación de 154 personas en el domo del Hospital de Engativá, en este se contó con las experiencias de profesionales médicos de diferentes especialidades como infectología, ginecoobstetricia, neonatología y se presentó como ha sido la experiencia de la implementación de la estrategia multimodal de higiene de manos en la subred norte, este evento tuvo una cobertura por medio de la oficina de comunicaciones de la subred Norte.

Otras actividades relacionadas con la celebración del día mundial de higiene de manos en 2024, fue el concurso “un like por #ManosSalvavidas” en donde las unidades de servicios de salud debieron realizar un video en donde expusieran la forma como realizan los 5 momentos de lavado de manos en cada uno de sus entornos asistenciales, el ganador será el video que mayor número de likes reporte en las redes sociales de la subred Norte, de esta se obtuvieron 3 ganadores, entre los cuales se encontraron las unidades de Chapinero, Suba tipo II y Ferias con el mayor número de likes.

El proceso de recolección, tabulación, análisis y reporte de las Infecciones Asociadas a la atención en salud se realiza por medio de la búsqueda activa institucional, de esto se generan los indicadores que se notifican de manera mensual a los entes territoriales y sirven de insumo en la presentación de indicadores al comité de infecciones; así mismo, estos casos se ingresan de manera mensual a la plataforma ALMERA, en el módulo de reporte de sucesos de seguridad, en el cual se realiza análisis por protocolo de Londres de acuerdo a lo establecido en el programa de seguridad del paciente.

A continuación, se presenta el comportamiento de los indicadores de infecciones asociadas a la atención en salud desde 2022 hasta diciembre de 2024

Gráfica 6. Tasa global de infecciones: Número de infecciones asociadas a la atención en salud / Egresos * 100



Fuente: Programa de infecciones – Oficina de Calidad

Durante la vigencia 2024, se evidencia que, en el primer mes del año, se aumenta el indicador, teniendo en cuenta que se presenta un brote de COVID 19 en 9 pacientes internados en el Hospital Fray Bartolomé de las Casas, posteriormente, se evidencia una disminución del indicador teniendo hasta el momento, una tasa global de infecciones de 0,44 IAAS por cada 100 egresos hospitalarios, con una meta distrital menor de 2,50 IAAS por cada 100 egresos hospitalarios.

Por otra parte, dentro del seguimiento realizado por el equipo de infecciones asociadas a la atención en salud de la subdirección de salud de salud Pública, en 2024 realizó en el Hospital CSE de Suba el seguimiento de los programas de prevención y control de

infecciones, uso racional de antimicrobianos y la estrategia multimodal de higiene de manos con el fin de realizar acompañamiento y garantizar el fortalecimiento de su implementación en las instituciones prestadoras de servicios de salud, de esta asistencia técnica,.

Tabla 22 Resultados seguimiento SDS programa Infecciones 2024

PROGRAMA/ ESTRATEGIA	PUNTAJE	INTERPRETACIÓN
PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES	617,5 / 800	Avanzado
USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS	57 / 61	Avanzado
MULTIMODAL DE HIGIENE DE MANOS	425 / 500	Avanzado

Fuente: Programa de infecciones – Oficina de Calidad

Gestión Clínica.

Tabla 23 Relación de Guías de Práctica Clínica ya implementadas y a implementar acorde con resultados de las primeras causas de atención por servicio y perfil epidemiológico.

NOMBRE DE LA GUÍA	ENTIDAD QUE LA EMITE	Documento Final Implementación Acorde con perfil Morbilidad y sedes priorizadas
Guía de Práctica Clínica (GPC) para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de Diabetes Mellitus tipo II en población mayor de 18 años.	Ministerio de Salud y Protección Social	OK
Guía de Práctica Clínica (GPC) basada en la evidencia para el uso de componentes sanguíneos.	Ministerio de Salud y Protección Social	OK
Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Cardiopatía Isquémica Crónica	Instituto Mexicano del Seguro Social	OK
Guía de Práctica Clínica (GPC) enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años.	Ministerio de Salud y Protección Social	OK
Guía de Práctica Clínica (GPC) para la evaluación del riesgo y manejo inicial de la neumonía en niños y niñas menores de 5 años y bronquiolitis en niños y niñas menores de 2 años.	Ministerio de Salud y Protección Social	OK
Guía de Práctica Clínica (GPC) en prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de Infección de piel y tejidos blandos adultos.	Sociedad Colombiana de Infectología	Desarrollo
Guía de práctica clínica colombiana para el tratamiento de infecciones bacterianas de piel y tejidos blandos superficiales en Población pediátrica	Asociación Colombiana Infectología	OK
Guía de práctica clínica para la infección de vías urinarias complicada	Asociación Colombiana de Infectología	Desarrollo
Guía de práctica clínica (GPC) para el diagnóstico, prevención y tratamiento de la caries dental	Secretaría distrital de salud	OK
Guía de práctica clínica (GPC) en salud oral enfermedad gingival.	Secretaría distrital de salud	OK
Guía de Práctica Clínica para la Profilaxis, Diagnóstico y Tratamiento de Gastritis Aguda (erosiva) en Adultos	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud- México	OK
Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la dispepsia en adultos	Asociación Colombiana de Gastroenterología	OK
Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica (adopción)	Ministerio de Salud y Protección Social - IETS	OK

NOMBRE DE LA GUÍA	ENTIDAD QUE LA EMITE	Documento Final Implementación Acorde con perfil Morbilidad y sedes priorizadas
Diagnóstico y manejo de la infección aguda de vías aéreas superiores en pacientes mayores de 3 meses hasta 18 años	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud- México	OK
Guía de Práctica Clínica de Infección de Vías Urinarias en el Adulto	Sociedad Colombiana de Urología	Desarrollo

Fuente: Relación Guías de Práctica Clínica – Gestión de Calidad, perfil morbilidad 2023

Para la vigencia del 2024 se continua con el proceso de implementación de Guías de Práctica Clínica acorde con resultados de las primeras causas de atención por servicio y perfil epidemiológico, posterior a validación de las ya implementadas por sedes priorizadas. Teniendo en cuenta la tabla relacionada, se cuenta con 12 guías con documento final implementadas y 3 en desarrollo.

Así mismo, acorde con lo expuesto mediante Circular Externa 20211700000004-5 de 202115-09-2021 de la Superintendencia Nacional de Salud (SNS), cuyo objeto describe que en desarrollo de la operación de las IPS, existe una exposición a diversos riesgos inherentes, que deben ser identificados y administrados en un Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, que promueva el autocontrol y la autorregulación a fin de evitar o mitigar la ocurrencia de eventos que impacten negativamente los objetivos del SGSSS, se realizó en la Subred Norte la identificación, análisis, valoración, priorización y control de riesgos en salud, se resalta que para los riesgos clínicos se tuvo en cuenta la metodología de análisis de modo de falla y efecto (AMFE), descrita en el ES-GC-I-44 Instructivo de implementación de sistemas de gestión del riesgo clínico herramienta de análisis de modo de falla y efecto AMFE de creación en noviembre 2023 y actualizado en enero 2024. Se realizó identificación de los riesgos clínicos para su implementación y seguimiento a los pertenecientes a las vigilancias:

Tabla 24 Riesgos Clínicos Identificados por las Vigilancia del programa de Seguridad del Paciente

Riesgos	Cantidad
Biovigilancia	8
Farmacovigilancia	6
Hemo vigilancia	9
IAAS	21
Reactivo vigilancia	7
Seguridad Paciente	31
Tecnovigilancia	6
Total, riesgos	88

Fuente: Matriz AMFE Oficina Gestión de Calidad

Teniendo en cuenta los 88 riesgos que conformaron las vigilancias, se realizó la priorización de 31 riesgos para la fase de implementación y seguimiento para 2023- 2024.

Tabla 25 Riesgos Clínicos de las Vigilancia priorizados por Índice de Criticidad IC priorizados

Riesgos	Índice de Criticidad			
	Muy Alta	Alta	Moderada	Total
Farmacovigilancia		2	2	4
Hemo vigilancia		1	1	2
IAAS	4	4	1	9
Reactivo vigilancia		1	2	3
Seguridad Paciente	1	1	7	9
Tecnovigilancia		2	2	4
Total, riesgos	5	11	15	31

Fuente: Matriz AMFE Oficina Gestión de Calidad

Se determinó la implementación y seguimiento a los 31 riesgos clínicos transversales a todos los procesos misionales de la Subred Norte, IAAS, Reactivo vigilancia, Seguridad Paciente, Tecnovigilancia, Farmacovigilancia que se encuentran en IC Muy alta, Alta, Moderado.

Con la implementación de esta herramienta de gestión de riesgos clínicos en la institución se buscó lograr resultados a corto, mediano y largo plazo impactando positivamente los sucesos de seguridad de la subred disminuyendo el número de los mismos y atención adecuada en los diferentes servicios de salud y unidades.

Así mismo en octubre de 2024 se realizó actualización en el sistema Almera para la gestión y seguimiento a los riesgos institucionales, dentro de estos para los riesgos clínicos la visualización por unidad de riesgo (proceso), origen (sede USS), clase de riesgo (Clínico), mesa de acreditación (Ambiente físico, ambulatorio, hospitalario, vigilancia (7 vigilancias), zona de riesgo,

SUBPROCESO DE HUMANIZACIÓN.

En cuanto al Subproceso de Humanización, cuyo objetivo es consolidar la cultura de prestación de servicios humanizados en la Subred, teniendo como eje central al ser humano en su integralidad tanto para ofrecer una experiencia satisfactoria y asertiva al usuario como para brindar a nuestros colaboradores herramientas y el desarrollo de habilidades y estrategias desarrolladas de cara al usuario y al colaborador, responden a la lectura de necesidades identificadas en las rondas de humanización y dando respuesta a lo propuesto por el Sistema Único de Acreditación.

- **Actividades, capacitación y sensibilizaciones.**

Tabla 26 Personas capacitadas en estrategias del Programa de Humanización 2024 – Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE.

PLAN DE CAPACITACIÓN 2024	
Capacitación en comunicación asertiva	345
Capacitación en comunicación asertiva MOODLE	605
Capacitación en Manejo de duelo MOODLE	535
Taller de trato respetuoso, cálido y actitud de servicio MOODLE	340

PLAN DE CAPACITACIÓN 2024	
Capacitación en Manejo de paciente agresivo MOODLE	670
Capacitación en Trabajo en equipo	258
Capacitación en manejo de paciente agresivo	244
Capacitación en atributos de la política de humanización.	1.503
Capacitación Humanización en los servicios de urgencias MOODLE	433
Capacitación inteligencia emocional	186
Capacitación en adaptabilidad y manejo del tiempo y priorización de tareas	176
Capacitación empatía y humanización	209
Capacitación liderazgo humanizado	10
Taller de buen trato	38
	5.552

Fuente: Oficina de Calidad – Humanización

De igual forma en la vigencia se realizaron actividades orientadas a:

- Favorecer ambientes físicos humanizados con estrategias de promoción del silencio con la actividad “Silencio, mi dulce compañía” abordando a 71 colaboradores. En cuanto a la sensibilización de privacidad y confidencialidad se sensibilizo a 150 colaboradores
- Se continúan fortaleciendo los atributos de humanización con actividades como socialización de instructivos, como Código LILA y como dar malas noticias, adicionalmente, entrega de turnos humanizadas, socialización de resultados a través de boletines informativos, videos de sensibilización en atributos y ferias de acreditación con un componente lúdico pedagógico, con un total de 4.170 abordajes.
- Promoción de relaciones interpersonales humanizadas con actividades como apoyo en la resolución de conflictos, intervención de quejas por trato deshumanizado a colaboradores, un café con sentido con 326 abordajes.
- En cuanto a los acompañamientos individuales a colaboradores, se realizó escucha humanizada, apoyo emocional, medicina para el alma con la fundación Rene Mey, acompañamiento espiritual con 1.828 abordajes.

En lo que corresponde a las actividades orientadas a usuarios en lo corrido del año 2024 se realizaron las siguientes actividades:

- Para los pacientes hospitalizados se han realizado actividades como la Terapia de la Risa (fundación Dra. Clown), Sala Ronald Mac Donald, hora del cuento, musicoterapia, actividades de terapia ocupacional y acompañamiento emocional con 11.452 usuarios abordados.
- Acompañamientos al final de la vida con actividades como acompañamiento en duelo, charlas familiares en de manejo del duelo y acompañamiento en duelo perinatal con entrega de kit emocionales, con un abordaje de 2.184 Usuarios.
- Se realiza acompañamiento espiritual a los apacientes hospitalizados, desde diferentes credos abordando a 19.488 usuarios
- Se sensibiliza en buen trato y atributos de la política a la población usuaria a través de actividades como gólicas de amor, charlas en sala de los diferentes atributos de la política de humanización, con una participación de 2.666 usuarios.

Adicionalmente durante la vigencia del año en curso, se realizaron actividades que contribuyen al fortalecimiento de la cultura de humanización en la subred, así como el trabajo en conjunto con instituciones como la Secretaria Distrital de Salud, la Fundación Santafé de Bogotá y la OES. Durante el año se realizaron nuevas actividades y estrategias:

Huellitas al final de la vida – Acompañamiento en fin de vida: Se incluye una nueva actividad dentro del acompañamiento en fin de vida, la cual pretende brindar más beneficios para el paciente y su familia, se brinda la oportunidad del ingreso de la mascota para aquellos pacientes que sienten la necesidad de despedirse de ella, se incluye en el código Lila.

Musicoterapia: Con el ánimo de brindar bienestar y disminuir los niveles de estrés de usuarios y colaboradores, se crean links donde pueden encontrar música binaural, de relajación, meditación y ruido blanco que permite tomarse un minuto para respirar y equilibrar estados emocionales.

Decálogo de Humanización “Dame esos 10 para humanizar”: Para la vigencia se crea el decálogo de humanización con los atributos de un trato humanizado, con los cuales se logra materializar el objetivo de la política de humanización.

Convenio AHCP con SDS, FSB y OES – Unidad Renal Simón Bolívar: La subred Norte se compromete con el proyecto liderado por SDS, FSB y OES, el cual pretende fomentar en el sector público de la salud el modelo AHCP, brindando herramientas para el diseño e implementación de un programa centrado en la persona.

Invitación primer encuentro conmemorativo del día Nacional de la Concienciación sobre duelo por pérdida gestacional y perinatal: La Subred Norte tuvo la oportunidad de mostrar la gestión realizada con las familias que han padecido duelo gestacional o perinatal a través de los centros de acompañamiento en fin de vida, realizando actividades como acompañamiento en duelo, seguimiento telefónico, talleres de manejo de duelo y la entrega de las cajas de memoria que cuenta con elementos que permiten a los padres gestionar el duelo de manera adecuada, se llevó a cabo la ponencia “Abordaje hospitalario del duelo perinatal a través de la creación de memorias”

Primer Evento Brazos Vacíos Subred Norte: Se llevó a cabo el primer encuentro de brazos vacíos, en el marco de la ley 2310 -2023, la cual según el Departamento Administrativo de la Función Pública, se expide para llevar un lineamiento en la atención y el cuidado de la salud mental de la mujer y la familia en casos de duelo por pérdida gestacional o perinatal, por tal razón la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, realizó dicha actividad con las usuarias del sistema de salud que sufrieron una pérdida gestacional o perinatal, en este encuentro se brindaron herramientas para sobrellevar la pérdida y encontrar nuevos proyectos de vida, así como la posibilidad de continuar con el proceso de sanación y transformación.

Semana de Humanización “Dame esos 10 para humanizar”: Se lleva a cabo la semana de humanización la cual tiene como objetivo fortalecer el conocimiento de la política de humanización y sus 10 atributos de una manera lúdico pedagógica que le permitió a las unidades construir diferentes actividades que promovieran durante la semana cada uno de los atributos de la política en la atención en los servicios, operativizando la información e involucrando a la comunidad usuaria, para esta actividad de conto con la participación de 530 colaboradores.

Concurso tu eres el protagonista, semana de Humanización “Dame esos 10 para humanizar”: Se lleva a cabo dentro de la semana de humanización el concurso tu eres el protagonista donde las diferentes unidades podían desarrollar diferentes actividades diarias que fortalecieran la apropiación y la adherencia de los 10 atributos de humanización. El ganador del concurso fue el Centro de Servicios Especializados Suba, por su compromiso y creatividad.

Creación mesa técnica implementación ley 2310 – Brazos vacíos: Se continua con las acciones de implementación de la ley de brazos vacíos, creando una mesa de trabajo con diferentes líderes y actores de la ruta, con el ánimo de brindar atención humanizada y de calidad a esta población.

Donaciones: Durante el año 2024 se recibieron, gestionaron, organizaron la entrega de diferentes donaciones para la población usuaria. Elementos como pañales para adulto y niños, desayunos, kits de aseo, material didáctico, material bibliográfico, entrega de regalos en las fiestas decembrinas con un total de 13.147 donaciones para pacientes y familias.

En lo que corresponde a la gestión de quejas por trato deshumanizado, desde el programa de humanización se desarrollan de manera permanente capacitaciones y sensibilizaciones orientadas a desarrollar competencias del ser en los colaboradores, como son: la comunicación asertiva, gestión emocional y buen trato entre otros; en aras de prevenir los comportamientos poco asertivos en los procesos de atención a los usuarios. A los colaboradores que reciben queja por trato deshumanizado se les realiza una intervención individual que consiste en un espacio de escucha en el que se identifican situaciones personales coyunturales que puedan estar afectando el estado emocional de colaborador, se realiza psico orientación si es necesario y contención.

Con el propósito de fortalecer la cultura del trato humanizado y con miras a reducir el riesgo de la reiteración de las quejas; se creó la mesa técnica de humanización, cuyo propósito consiste en estudiar de manera particular estos casos y proponer acciones para la prevención, gestión y manejo según cada caso, durante la vigencia 2024 se han realizado 94 intervenciones por parte de humanización a las quejas recibidas a la fecha.

Tabla 27 . COMPORTAMIENTO DE LAS QUEJAS 2017 – 2024

PORCENTAJE DE QUEJAS VIGENCIAS 2017 - 2024								
PERIODO	AÑO 2017	AÑO 2018	AÑO 2019	AÑO 2020	AÑO 2021	AÑO 2022	AÑO 2023	AÑO 2024
PORCENTAJE	16,4%	10,6%	7,3%	2,1%	4,9%	6,6%	6,6%	4,8%

Fuente: Oficina de Calidad – Humanización

Para el año 2024 la mesa técnica de humanización se modifica como mesa articuladora de casos por trato deshumanizado y se abordan los casos reiterados tanto de quejas de usuarios hacia colaboradores como entre colaboradores, hasta el mes de noviembre del año 2024, se recibieron 596 quejas, en donde se envió comunicado escrito a los colaboradores que presentaban una sola queja y abordaje a quienes contaban con más de una.

SUBPROCESO DE RESPONSABILIDAD SOCIAL

Foro de Responsabilidad Social.

En el mes de febrero 2024 se desarrolló el I Foro Institucional de Responsabilidad Social, en el que se contó con la participación de 133 personas, en este espacio se socializaron diferentes practicas institucionales como:

- Salas Familiares Ronald Mc Donald
- Subred Norte, una apuesta por el desarrollo integral de sus colaboradores y familias
- Estrategia de Releva a Cuidadores
- Implementación de Practicas Sostenibles y Amigables con el Ambiente
- Aportes del Programa de Donación y trasplantes

Al final del evento se aplicó una encuesta de satisfacción en la que el 97% de los participantes lo calificaron como bueno o muy bueno. Igualmente, durante 2024 se ha avanzado en la consolidación estandarizada de plan de trabajo de los 7 ejes de Acreditación, entendiendo que es fundamental visibilizar el quehacer de los ejes de forma articulada y orientada a un cumplimiento de objetivo institucional, por esta misma razón se avanza en la construcción del Manual de Ejes de acreditación que dará cuenta de este ejercicio como parte del fortalecimiento del SUA.

Fortalezas del Proceso

- Fortalecimiento de la estructura de mejoramiento que define y articula los equipos de autoevaluación con los primarios en el proceso de autoevaluación; garantizando un proceso más eficiente y participativo frente a los avances del SUA en la Subred Norte.
- Se fortalecieron las competencias del talento humano relacionadas con el SUA, en los equipos de mejoramiento institucional, el equipo de calidad, colaboradores de las USS priorizadas; nivel directivo, junta directiva, asociaciones de usuarios, terceros administrativos alcanzando las metas de apropiación por encima del 80%.

- Durante los 7 ciclos de autoevaluación desarrollados en la Subred Norte a diciembre de 2024, se ha superado el cumplimiento con la meta establecida (90%) en la ejecución de los planes de mejora del SUA.
- Postulación de cuatro unidades de la Subred: Hospital Chapinero, Centros de Salud Tipo II Boyacá y Suba y el Centro de salud Tipo I Española.
- Consolidación de un sistema de información para la mejora institucional a través de la plataforma Almera, que favorece el acceso, la custodia, consulta, monitoreo y seguimiento de la misma.
- Consolidación del Sistema de Información Almera como mecanismo para consulta de información relacionada con: documentos, planes de mejora, auditorias, formulados (asistencias, encuestas, pre y postest), registros de posibles eventos adversos, riesgos (institucionales, corrupción y clínicos), indicadores, reconocimientos, paquetes instruccionales, informes de acreditación.
- Identificación y gestión de 31 riesgos clínicos transversales a todos los procesos misionales de la Subred Norte, IAAS, Reactivo vigilancia, Seguridad Paciente, Tecnovigilancia, Farmacovigilancia.
- Fortalecimiento de la cultura de autocontrol en la gestión de acciones de mejora, que logra un cumplimiento del indicador del 96%, superando el estándar institucional del 90%.
- Estandarización, parametrización y sistematización de herramientas de auditoría, como parte de la mejora institucional en la motorización de resultados, articulado con el gobierno clínico y el autocontrol, permitiendo contar con un repositorio de la información, desde la cual se facilita su tabulación y análisis.
- Actualización de la metodología de paciente trazador incluyendo un enfoque cualitativo como herramienta que permite conocer la medición objetiva de la realidad de la atención, identificando puntos críticos durante toda la estancia del paciente para generar oportunidades de mejora

Retos 2025

- Acreditar las Unidades de: Hospital Chapinero, Centros de salud Tipo II Boyacá Real y Suba, y el Centro de Salud Española.
- Continuar con el fortalecimiento de las competencias del talento humano relacionadas con el SUA en la subred con énfasis en las USS priorizadas.
- Continuar con la socialización de la cultura de reporte, alimentación y consulta del sistema de Información Almera para las labores diarias de todos los colaboradores de la Subred Norte.
- Fortalecer controles que permitan realizar de forma oportuna el seguimiento de autocontrol en el módulo de planes de mejora de la herramienta Almera.
- Fortalecer la divulgación, implementación y seguimiento a los 31 riesgos clínicos transversales a todos los procesos misionales de la Subred Norte, IAAS, Reactivo vigilancia, Seguridad Paciente, Tecnovigilancia, Farmacovigilancia.
- Continuar con el seguimiento a la implementación de las guías de práctica clínica adoptadas teniendo en cuenta el perfil de morbilidad y las próximas sedes priorizadas, acorde con los formatos de tamización y ES-GC-F-132 Plantilla documento final de implementación de GPC.

1.4. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO.

La Oficina de Gestión de Conocimiento, desempeña un papel fundamental en el contexto del macroproceso de direccionamiento estratégico de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE. Este proceso se articula a través de tres subprocesos clave: **Docencia, Investigación e Innovación**. A lo largo del presente informe, se abordarán los logros y desempeño de la oficina durante el año 2024, así como los desafíos enfrentados en un entorno en constante evolución. Uno de los principales retos que se ha identificado es la urgente necesidad de disminuir la fuga de conocimiento, un fenómeno que puede comprometer la eficacia y sostenibilidad de las iniciativas de salud. Este informe ofrece una visión clara de las estrategias implementadas para fortalecer el capital intelectual de nuestra institución, garantizando así una atención óptima y actualizada para nuestra población.

SUBPROCESO DOCENCIA:

A través del Subproceso de Docencia, se da seguimiento a las actividades del Convenio Docencia Servicio entre las instituciones educativas y la Subred Norte, con el fin de formar talento humano en programas académicos de salud. Esto se logra mediante la planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de diversas actividades de enseñanza-aprendizaje, creando entornos efectivos donde los estudiantes desarrollan habilidades, conocimientos y actitudes relevantes, aplicándolos en la atención a usuarios. Actualmente, la Subred Norte cuenta con 10 convenios activos con Instituciones de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano y 17 con Instituciones de Educación superior.

Tabla 28 Convenios Instituciones Educativas para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Instituciones Educativas para el Trabajo y el Desarrollo Humano	Fecha de Inicio del Convenio
Cruz roja	9 de septiembre de 2021
CEFAP	1 de septiembre de 2019
INFORTEC	1 de septiembre de 2019
Escuela San Pedro Claver	1 de agosto de 2019
MEDISED	1 de diciembre de 2020
INSCAP	15 de julio de 2021
ESAF	1 de octubre de 2019
FUNCA	1 de septiembre de 2019
Campo Alto	1 de septiembre de 2019
SENA	6 de marzo de 2023

Fuente: Oficina de Gestión del Conocimiento, Convenios vigentes y activos con IETDH.

Tabla 29 Convenios Instituciones de Educación Superior Subred Norte.

Instituciones de Educación Superior	Fecha de Inicio del Convenio	Resolución Acreditación Alta Calidad
Fundación Universitaria San Martín	1 de agosto de 2020	
Universidad Antonio Nariño	1 de agosto de 2019	004141 del 22 de abril de 2019 por 4 años
Universidad de los Andes	1 de enero de 2021	582 del 9 de enero de 2015 por 10 años
Fundación Universitaria del Área Andina	1 de agosto de 2019	013718 del 27 de julio de 2021 por 4 años
Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A.	1 de diciembre de 2020	17390 del 27 de diciembre de 2019 por 4 años
Fundación Universitaria Juan N. Corpas	1 de abril de 2021	018142 del 27 de septiembre de 2021 por 6 años
Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud	11 de junio de 2021	13601 del 9 de diciembre de 2019 por 4 años
Universidad del Rosario	22 de abril de 2021	013599 del 9 de diciembre de 2019 por 8 años
Universidad Manuela Beltrán	1 de diciembre de 2020	017412 del 27 de diciembre de 2019 por 4 años
Corporación Universitaria Rafael Núñez	25 de noviembre de 2022	
Universidad del Bosque	1 de abril de 2021	13172 del 17 julio 2020 por 6 años
Universidad del Sinú	15 de marzo de 2021	
Corporación Universitaria Iberoamericana	1 de agosto de 2019	
Universidad de la Sabana	30 de abril de 2021	6166 del 31 marzo de 2017 por 8 años
Universidad Nacional de Colombia	30 de junio de 2022	15859 del 25 agosto 2021 por 10 años
Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca	12 de diciembre de 2022	00021 del 11 de enero de 2023 por 6 años
Universidad San Buenaventura	13 de febrero de 2023	10706 del 25 de mayo de 2017 por 6 años

Fuente: Oficina de Gestión del Conocimiento, Convenios con instituciones de educación superior.

Dando cumplimiento a la Ley Nacional de Residentes (Ley 1917 de 2018), la Subred Norte es escenario base de 8 programas de especialización médico-quirúrgica, en los hospitales Simón Bolívar, Fray Bartolomé de las Casas y Engativá Calle 80. Las especialidades en la cuales se forman los residentes se indican a continuación:

Tabla 30 Escenario base de programas de especialización médico-quirúrgica

Programa	Escenario base
Anestesiología	Hospital Simón Bolívar
Cirugía General	Hospital Simón Bolívar
Dermatología	Hospital Simón Bolívar
Ginecología y Obstetricia	Hospital de Engativá
	Hospital Simón Bolívar
Oftalmología	Hospital Simón Bolívar
	Hospital de Engativá
Ortopedia y Traumatología	Hospital Simón Bolívar
Urología	Hospital Simón Bolívar
Psiquiatría	Hospital Fray Bartolomé

Oficina de Gestión de Conocimiento, Programas de Especialización base en la Subred Norte.

Logros destacados del subproceso docencia 2024:

- En 2024, se actualizó la capacidad académica instalada para la docencia en cada unidad, lo que permitió que la Subred Norte mantuviera un 93% de su capacidad académica gracias a los convenios de docencia-servicio activos.
- Autoevaluación de los escenarios de práctica en el Hospital Simón Bolívar y el Hospital Centro de Servicios Especializados Suba (primer ciclo), así como en el Hospital Engativá Calle 80 (cuarto ciclo), para los servicios con estudiantes en formación.
- Estandarización de procedimientos e implementación de herramientas digitales (formularios institucionales) para optimizar la gestión de actividades en el Subproceso de Docencia durante las prácticas formativas, como inducción, carnetización, asignación de casilleros y alimentación.
- Creación e implementación del formato institucional para la evaluación de estudiantes del nivel internado del programa de Medicina que rotan por la Unidades de la Subred Norte, **ES-DI-F-47 Evaluación estudiantes internos**.
- Se superó la meta mínima de 4.0 para el indicador de la Política de Gestión del Conocimiento, logrando una satisfacción de 4.2 en el primer semestre y 4.4 en el segundo semestre del año 2024 para los estudiantes que rotan por la Subred Norte.

La Subred Norte supervisa los convenios de Docencia Servicio a través de comités trimestrales con las instituciones educativas, habiendo cumplido al 100% con los programados para 2024. Esto permite verificar el cumplimiento de los planes de práctica formativa de los programas educativos, así como las condiciones de bienestar de estudiantes y docentes, y el seguimiento de los aspectos jurídicos, administrativos y académicos de los convenios.

Logros de los comités Docencia Servicio durante el año 2024:

- Fortalecimiento del comité como un espacio para la expresión y la percepción de los aspectos académicos, administrativos y de bienestar por parte de docentes y estudiantes.
- Seguimiento a la contraprestación de los convenios docencia servicio conciliados con las universidades y al proceso de cobro de dichos recursos.
- Articular con las instituciones educativas el seguimiento a los estudiantes que manifiestan problemas relacionados con el reporte a situaciones de maltrato mediante la implementación y socialización de la estrategia Transferir sin Transgredir en los comités Docencia Servicio.
- Posicionamiento de la Subred Norte como escenario de práctica a través de la presentación en los comités, de los resultados de la encuesta de satisfacción de las prácticas formativas.
- Incremento de la participación de los estudiantes en los proyectos de investigación de la Subred Norte, a través de la difusión de las líneas de investigación y de la ruta para presentar proyectos, en los comités docencia servicio.

- Implementación de tableros de control para el seguimiento de los datos relacionados con los convenios Docencia Servicio (Rotaciones de estudiantes, Encuesta de satisfacción, Docentes, reporte de situaciones de maltrato).
- Implementación durante el segundo semestre del año 2024 de la estrategia Transferir sin Transgredir, con un total de 16 reportes, para las Unidades Simón Bolívar con 10 casos para un total de 63% y Engativá con 6 casos con un 37%, permitiendo generar seguimiento y gestión.

Oportunidades de Mejora identificadas para el subproceso Docencia:

Utilizar la tecnología para transformar las actividades operativas que permita la optimización de tiempos y mejore la calidad de los datos.

Mejorar el seguimiento a la divulgación de los anexos técnicos por parte de las Instituciones Educativas y en los servicios para los Estudiantes y Docentes que realizan prácticas formativas.

Fortalecer el proceso de inducción específica a los estudiantes en los servicios donde realizan práctica formativa.

Optimizar la gestión para adquirir suficiente equipo de cómputo que satisfaga la demanda tecnológica de docentes y estudiantes en las unidades de la Subred Norte, así como de los profesionales del Subproceso de Docencia.

En el segundo semestre de 2024, dentro del subproceso de Docencia, se estableció la línea de acción “Bienestar en prácticas formativas”. Desde agosto de 2024, se designó un responsable para gestionar las actividades de bienestar, con el fin de atender las necesidades del talento humano en formación, relacionadas con el bienestar durante la rotación, como dormitorios, zonas de alimentación, áreas de esparcimiento al aire libre y las condiciones necesarias para el bienestar.

El objetivo fue reducir el estrés y la ansiedad, mejorar el bienestar emocional y mental, aumentar la motivación y la concentración, desarrollar habilidades de autocuidado y autorregulación, promover una cultura de salud y bienestar, mejorar el desempeño académico y laboral, y aumentar la productividad y eficiencia. Además, se busca reducir el ausentismo y la rotación, mejorar la calidad de la formación y el trabajo, elevar la imagen institucional, incrementar la satisfacción y lealtad, y fomentar una cultura organizacional saludable.

Logros destacados en la línea de Bienestar:

- Estrategia para fortalecimiento de la Salud mental y el bienestar, “*Transferir sin transgredir*” Identificación y gestión a casos de presunto maltrato durante la práctica formativa.
- Diseño, aprobación y socialización de “Lista de chequeo de condiciones de bienestar relación docencia servicio”.

- Definición de necesidades de lencería para cuartos de descanso de las unidades Simón Bolívar, CSE Suba y Engativá Calle 80.
- Definición de necesidades para área de consumo de alimentos de las unidades Simón Bolívar, CSE Suba y Engativá Calle 80.
- Mejoramiento de la infraestructura en cuartos de descanso.

Oportunidades para mejorar en Bienestar:

- **Articulación de Procesos:** Para mejorar la respuesta a las necesidades de los estudiantes mediante una mejor articulación con otros procesos. Fomentar la colaboración interdependencias podría optimizar los recursos y la atención a las demandas de los estudiantes en práctica formativa.
- **Adecuación de Espacios de Bienestar:** Se identifica la oportunidad de mejorar los espacios físicos dedicados al bienestar de los estudiantes en práctica formativa, especialmente en la creación de áreas de descanso. Desarrollar e implementar espacios que promuevan el descanso y la relajación podría contribuir a un ambiente más saludable y productivo para los estudiantes.
- **Desarrollo de Áreas Académicas:** Hay una oportunidad para abordar la insuficiencia de espacios físicos destinados a las actividades académicas relacionadas con la práctica formativa. La expansión o reconfiguración de estos espacios podría satisfacer mejor la demanda actual, permitiendo un desarrollo más efectivo de las actividades académicas y prácticas.

SUBPROCESO INVESTIGACIÓN

El área estratégica encargada de direccionar la investigación en la Subred Norte es el Centro de Investigación de la Subred Norte (CISNORTE), esta es la unidad de gestión de la Oficina de Gestión del Conocimiento, creada mediante Resolución 628 de 2020, que tiene a su cargo establecer, gestionar y monitorear la Política de Gestión del Conocimiento e Innovación en su componente de investigación, y administrar todos los estudios que se desarrollen en la institución, teniendo en cuenta sus políticas de calidad, ética y seguridad del paciente.

Adicionalmente, CISNORTE, promueve y fortalece la investigación en la Subred Norte, genera conocimiento para mantener y mejorar las condiciones de salud en el Distrito Capital, Colombia y otros países, mediante el liderazgo, el impacto de sus publicaciones, la calidad y oportunidad de la información que entrega a los tomadores de decisiones y la difusión de resultados para la rendición pública de cuentas.

Por otra parte, como ya se mencionó el Centro de Investigación de la Subred Norte CISNORTE, contribuye al cumplimiento de la política de Gestión del Conocimiento e Innovación, la cual tiene como objetivo el *“Promover la gestión del conocimiento, la investigación, la innovación y la formación de talento humano en salud para contribuir a la gestión eficiente de la organización, al mejoramiento de la prestación de servicios*

integrales de salud y a la satisfacción de los grupos de valor de la Subred Norte” específicamente en los siguientes indicadores:

Cobertura de actividades de investigación formativa y Mantener la producción de nuevo conocimiento y apropiación social del conocimiento.

Logros alcanzados en el subproceso de Investigación.

Semillero de Investigación: Durante el primer semestre de 2024 nace el Semillero de investigación de la subred Norte **Eleuteria**, el cual se encuentra orientado a la realización de acciones que propendan a transformaciones sociales, actitudinales, en los procesos, en el bienestar y en la salud, desde una perspectiva de participación, y empoderamiento de los integrantes semilla para dar respuesta a las necesidades de las distintas unidades, capacitarse, innovar e integrarse por el bien común, para materializar dicha proyección, el objetivo general del semillero es “Fortalecer las capacidades científicas de los profesionales y estudiantes pertenecientes a las distintas unidades que hacen parte de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, mediante la implementación de estrategias de formación para la investigación e investigación formativa para buscar soluciones a necesidades, cuestionamientos y diferentes problemáticas de salud a partir de la CTI”.

Es así, que en el 2024 se realizan con la primera cohorte las siguientes actividades.

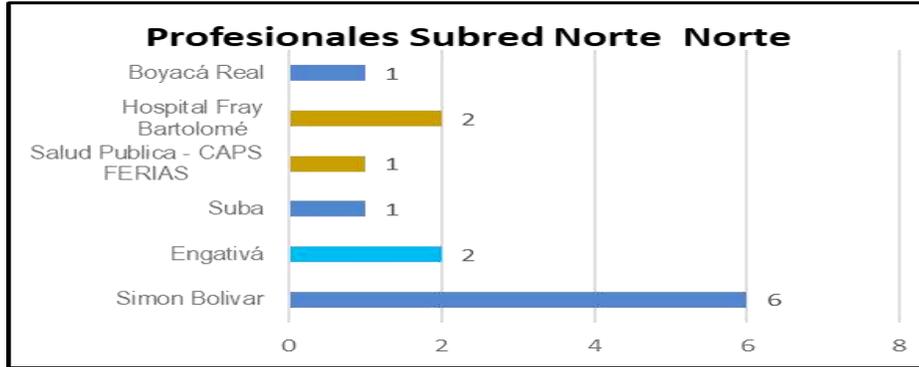
Tabla 31 Actividades de la cohorte, Subred Norte ESE,2024

Sesión	Contenidos
1	<ol style="list-style-type: none"> ¿Qué es la investigación Científica? Estructura de un protocolo de investigación. Delimitación y Planteamiento del problema Diseños Epidemiológicos en investigación Cualitativa y Cuantitativa
2	<ol style="list-style-type: none"> Normas nacionales e Internacionales en Investigación. Aspectos Éticos en Investigación Comité de Ética en Investigación.
3	<ol style="list-style-type: none"> Propiedad intelectual y derechos de autor.
4	<ol style="list-style-type: none"> Estadística básica y Software estadístico. Búsqueda de Literatura Científica Referenciación bibliográfica. Redacción básica de artículos científicos

Fuente: Autoría propia subproceso Investigación 2024

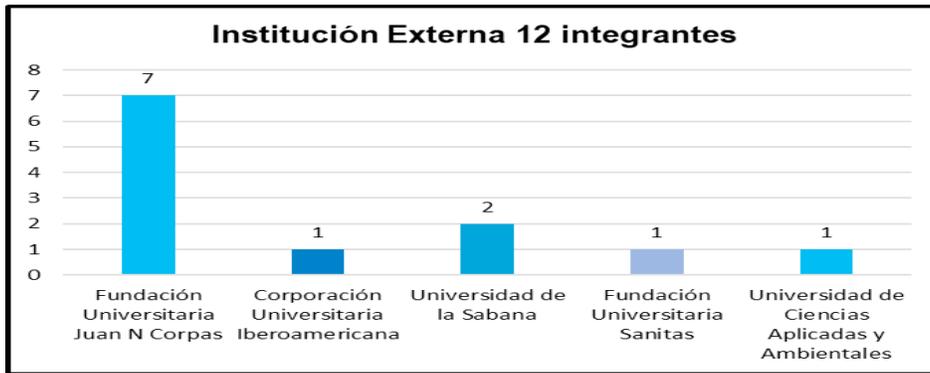
En esta primera cohorte se contó con un grupo de 25 integrantes caracterizados de la siguiente manera, en la primera grafica se identifican el número de participantes por unidad y en la segunda se ubican participantes de instituciones externas.

Gráfica 7 Número de participantes por unidad



Fuente. Autoría propia subproceso Investigación 2024

Gráfica 8 Número de participantes de instituciones externas.



Fuente. Autoría propia subproceso Investigación 2024

Internado de profundización en Investigación: Una estrategia para fortalecer la formación en investigación es la vinculación de estudiantes a actividades de investigación a través de su electiva en el anexo técnico, donde pueden elegir el componente investigativo. Desde CISNORTE, se acompaña a los estudiantes ubicándolos con tutores adecuados, alineados a sus intereses y líneas de investigación. Además, se establece un plan de trabajo que incluye actividades de formación y producción científica. En la gráfica continua se destaca esta participación y las líneas de interés de los estudiantes.

Estrategias de Apropiación social del conocimiento y divulgación pública de la ciencia: En este eje se aborda la planificación e implementación de estrategias para la apropiación social del conocimiento y la divulgación de la ciencia. En 2024, se realizaron talleres sobre el modelo Minciencias, como el de CvLac el 8 de mayo, con 24 participantes, donde se destacó la importancia del Curriculum Vitae para Latinoamérica y el Caribe y el registro de productos. También se llevó a cabo el taller “Convocatoria 957” el 24 de octubre, que reunió a 14 participantes y comparó las últimas convocatorias de medición de grupos, fomentando el registro de la producción científica.

El evento más relevante sobre la apropiación del conocimiento en la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E fue el I CONGRESO DE DOCENCIA, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN, realizado el 11 de septiembre. Con el lema “Salvando vidas y tejido cerebral, salvamos tejido social”, reunió a aproximadamente 190 participantes y presentó los avances en CTel+I de la Subred Norte, según las líneas de investigación de Minciencias.

Eje Investigación Formativa y Docencia – Servicios: Este eje abarca la planificación, promoción y ejecución de proyectos de investigación relacionados con la enseñanza y aprendizaje en salud, integrando actividades de inducción, acompañamiento metodológico y seguimiento en la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. En 2024 se revisaron 36 propuestas de investigación y se capacitó a 253 actores del ecosistema científico, incluidos 132 estudiantes. Además, se divulgaron directrices a 399 colaboradores y se detalla el acumulado de proyectos aprobados por el Comité de Ética de Investigación.

Eje Investigación científica: Convocatorias secretaria Distrital de Salud – ATENEA, Durante el 2024 se realizó acompañamiento y seguimiento al proyecto “Factores asociados a los conocimientos, percepciones y prácticas frente a la atención de urgencias relacionadas con el accidente cerebrovascular en Bogotá, 2023”, el cual fue cofinanciado a partir del contrato de ciencia y tecnología de financiamiento de recuperación contingente. ATENEA-296 -2023 suscrito entre la Agencia distrital para la educación superior, la ciencia y la tecnología-ATENEA y la Subred integrada de servicios de salud norte E.S.E en el marco de la convocatoria “Cooperación en la Red Pública Distrital de Investigación e Innovación en Salud para la gestión y ejecución de proyectos de investigación en eventos de interés de salud de la ciudad”.

Tabla 32 Acumulado de proyectos a diciembre 26 de 2024

Acumulado de proyectos a Diciembre 26 de 2024							
Año	No Proyectos Evaluados	No Proyectos aprobados en curso	No Proyectos Finalizados	No Proyectos con Estudiantes	Proyectos de extensión social	Estudios de caso	Iniciativas innovadoras
2020	37	0	22	24	0	5	6
2021	42	2	28	25	0	10	5
2022	31	6	17	21	0	2	1
2023	28	17	2	19	0	8	3
2024	17	13	12	13	1	3	6
Acumulado	155	38	81	102	1	28	21

Fuente: Autoría propia subproceso Investigación 2024

Ruta de Investigación:

Imagen 3 Ruta de Investigación e Innovación.



Fuente: Oficina de Gestión del Conocimiento

En el marco de este proyecto, se realizó el acompañamiento y se gestionó la adquisición de cuatro (4) Tablets requeridas para el levantamiento de información relacionada con la percepción que tienen los usuarios que asisten a los servicios de salud de la subred sobre el Accidente y la licencia de Software estadístico SPSS Statistics por un año, el cual se ubica a través de la plataforma IBM; este software es necesario para realizar la fase de análisis de datos emergentes de la implementación de entrevistas realizadas en el proyecto mencionado.

Por otra parte, desde CISNORTE se realizó acompañamiento en la formulación de proyectos de investigación para aplicar a la convocatoria “Investigación para la toma de decisiones en salud mental en Bogotá”, gestionada por la secretaria Distrital de Salud a través de Agencia Distrital para la Educación Superior, la Ciencia y la Tecnología ATENEA, para dicha participación la subred norte presentó los siguientes proyectos:

- “Aplicativo de inteligencia artificial para la evaluación del impacto en la adherencia de la ruta integral de atención en salud mental como estrategia favorecedora del modelo de atención integral territorial MAITE en usuarios del régimen subsidiado que asisten a las subredes integradas de servicios de salud norte y sur entre el 2021 y 2024”

- “Barreras y facilitadores para la implementación de políticas en salud mental en población migrante con dos patologías neurológicas en dos redes hospitalarias públicas de Bogotá 2023-2024”.

Siendo el numero dos (2), el proyecto beneficiado con recursos de cofinanciación, los cuales serán recibidos en el año 2025 para el desarrollo de la investigación mencionada.

- ✓ **Participación Convocatoria 957 de Minciencias:** El 6 de diciembre finalizó la convocatoria para el Reconocimiento y Medición de Grupos de Investigación de 2024. La participación de la Subred Norte era vital para evitar el desconocimiento de su trabajo ante MinCiencias. Por ello, CISNORTE actualizó los CVLAC de sus investigadores y vinculó la producción científica en GRUPLAC. Este proceso culminó con la formalización de 106 productos en MinCiencias y el registro de más productos en diversas categorías. A continuación, se presenta un comparativo de la producción científica.

Gráfica 9 Comparativo GrupLac 2024



Fuente: Oficina de Gestión del Conocimiento

Participación en Redes: CISNORTE, consciente de la importancia de fortalecer redes de investigación para mejorar proyectos y el intercambio de conocimiento, sigue desarrollándose. La Subred está conectada a dos redes, incluida la Red Pública Distrital de Investigación e Innovación en Salud, lo que facilita la participación en convocatorias de financiamiento con la Agencia Distrital para la Educación Superior, Ciencia y Tecnología, ATENEA.

La Subred está conectada a la red de Neurovirus Emergentes de las Américas NEAS, en colaboración con Jhon Hopkins University.

Oportunidades de mejora identificadas en el subproceso de Investigación:

- ✓ Implementar estrategias tecnológicas para el análisis de datos y mejorar la comunicación con actores del ecosistema interesados en formación y proyectos de investigación.
- ✓ Contar con un equipo interdisciplinario que apoye el análisis de proyectos de investigación en la Subred Norte, brindando acompañamiento a investigadores y semilleristas.
- ✓ Estimular a los actores del ecosistema científico de la Subred Norte E.S.E a proponer iniciativas de investigación, innovación y extensión social.
- ✓ Fomentar que investigadores impulsen iniciativas formativas en investigación con estudiantes de las distintas unidades de la Subred Norte E.S.E.

Comité de Ética en Investigación:

El Comité de Ética en Investigación (CEI) fue conformado mediante Resolución 0281 de 2017, la cual se modifica y ajusta por la Resolución 788 de 2022, que deroga la resolución 756 de 2020. Dicha modificación se da con el propósito de cumplir los lineamientos para la certificación en Buenas Prácticas Clínicas (Res. 2378 del INVIMA).

El CEI cuenta con 11 integrantes principales y 1 miembro suplente- representante de la comunidad-nombrados mediante resolución 0688 de 2023. El 19 de julio de 2024 se produce el reemplazo de 2 integrantes, 1 principal y 1 suplente mediante resolución 0599 de 2024. En la última sesión del CEI se revoca el cargo a la representante de la comunidad suplente debido al incumplimiento de funciones.

Su objetivo es evaluar y aprobar investigaciones antes de iniciarlas, considerando aspectos éticos, metodológicos y de viabilidad para proteger los derechos de los participantes. También se realiza seguimiento a proyectos aprobados, especialmente los que implican riesgos altos.

El plan de acción del CEI para el año 2024 estableció como objetivos específicos la evaluación de los proyectos de investigación que pretenden realizarse en la Subred Norte ESE y el fortalecimiento de capacidades, competencias y conocimientos de sus integrantes.

- **Realizar una sesión mensual para la evaluación y reevaluación de proyectos de investigación sometidos al CEI:** Durante el año 2024 se desarrolla una sesión mensual de acuerdo con el cronograma anual establecido, para un total de 12 sesiones. En todas las sesiones se logra un cumplimiento mayor al quórum reglamentario. Todos los integrantes del CEI cumplen con sus funciones y

participan de forma comprometida en la evaluación y reevaluación de proyectos asignados.

-
- **Evaluar y reevaluar el 100% de los proyectos que le sean asignados a los miembros del CEI, con oportunidad y presentarlos en la reunión mensual de evaluación:** Durante el año 2024 se evalúan un total de 17 proyectos, de los cuales 1 no fue aprobado (línea materno perinatal) y los demás requirieron proceso de enmienda.

Tabla 33 Proyectos Evaluados CEI 2024

	EVALUADOS	REVALUADOS	APROBADOS	EN ENMIENDA	FINALIZADOS
TOTAL	17	23	16	23	15

Fuente: Oficina de Gestión del Conocimiento

Proyectos Finalizados: Durante el año 2024 se realizó la entrega de 15 trabajos finales de los cuales se recibió el documento final con conclusiones y resultados en las líneas de Neuroepidemiología (2), Infectología (4), Nefrología (1), Oftalmología (2), Seguridad y Salud en el trabajo (1), Odontología pediátrica (1), Seguridad del paciente (1), Materno Perinatal (2) y Neonatología (1). Durante el año 2024 no se recibieron ensayos clínicos para evaluación por parte del CEI.

Realizar seguimiento a los proyectos en curso.

En el año 2024 se realiza un total de 74 seguimientos a proyectos de investigación, de los cuales 39 proyectos hacen uso de consentimiento informado. Todos los proyectos aprobados cuentan con un acta de inicio en la cual se registran las fechas de seguimiento, de acuerdo a la duración del estudio. Todos los proyectos tienen al menos 1 seguimiento al año. En ninguno de los proyectos sujetos a seguimiento, ni en los proyectos en curso se presentan eventos adversos.

Oportunidades de Mejora identificadas para el CEI:

- ✓ Fortalecer la gestión el otorgamiento del tiempo y las alianzas para la capacitación de los integrantes del CEI.
- ✓ Fortalecer la gestión el otorgamiento de tiempo para realizar los seguimientos a proyectos de investigación activos.
- ✓ La obtención de la certificación en Buenas Prácticas Clínicas del INVIMA permite el desarrollo de ensayos clínicos en la institución, pero a la fecha no se ha logrado iniciar ningún estudio de este tipo. Es importante considerar que, dado el caso, se requerirá la asignación de tiempo específico en cumplimiento de los procesos que se derivarán de la evaluación, aprobación y seguimiento de estudios clínicos, los cuales requerirán de un acompañamiento y seguimiento minucioso.

SUBPROCESO INNOVACIÓN

Para el año 2024, la innovación en la Subred Norte se ha consolidado como un eje transformador en la prestación de servicios de salud, adoptando como principio rector el modelo de innovación abierta. Este enfoque permite la construcción de un ecosistema colaborativo que articula a Universidades, Empresas Tecnológicas, Entidades gubernamentales y otros actores estratégicos, generando de esta forma sinergias que potencian la capacidad de respuesta ante los desafíos estructurales y operativos del sector salud. Gracias a este modelo, se han optimizado los recursos disponibles, tanto tangibles como intangibles, maximizando su impacto en la implementación de soluciones adaptativas que promueven la sostenibilidad y la calidad en los servicios de atención en salud.

Como parte de esta estrategia, durante el 2024 se establecieron tres sub componentes fundamentales que orientan la ejecución y sostenibilidad de las acciones innovadoras: la Innovación Pública, centrada en la modernización de los procesos asistenciales y administrativos, teniendo en cuenta las dinámicas solicitadas por entidades gubernamentales; la Innovación Institucional, que busca la transformación de las estructuras organizativas mediante la incorporación de la analítica de datos, los sistemas interoperables y tecnologías como la inteligencia artificial; y la Transferencia de Conocimiento, un componente clave que fomenta el intercambio de experiencias, el desarrollo de capacidades y la adopción de buenas prácticas a través de redes de colaboración interinstitucional.

Estos subcomponentes permitieron la consolidación de alianzas estratégicas con entidades como: la Secretaría de Educación del Distrito, el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, BEXTECHNOLOGY S.A.S., Universidad Nacional y AIMEDIC. Estas colaboraciones, han sido fundamentales para la gestión de recursos financieros, el impulso de la investigación aplicada y la implementación de innovaciones en áreas clave como la salud digital y el uso de tecnologías emergentes para la mejora de la calidad y accesibilidad de los servicios.

Logros identificados en el subproceso de Innovación:

Innovación Pública: En el marco de las dinámicas innovadoras institucionales promovidas por la Subred Norte, se han logrado implementar iniciativas clave que contribuyen al fortalecimiento y posicionamiento del ecosistema de innovación en salud con entidades gubernamentales.

Una de las iniciativas más relevantes es la participación en la convocatoria “Reto de innovación pública: Co-creando con la Veeduría Distrital,” programada para septiembre. En esta convocatoria, que recibió la postulación de 37 propuestas provenientes de diversas entidades distritales, la Subred Norte presentó la iniciativa "Transferir sin

Transgredir", seleccionada entre las cinco con mayor puntaje. Esta propuesta innovadora ha sido incluida en la oferta de LABCapital, asegurando su respaldo mediante el componente de Co-creación a lo largo del año 2025. Este logro refleja el compromiso de la Subred con la implementación de soluciones innovadoras que respeten los principios en la transferencia de conocimiento.

Otra Iniciativa, es el posicionamiento de la Oficina de Gestión del Conocimiento de la Subred Norte como un referente en innovación dentro del sector salud. A través de un espacio de socialización para mes de diciembre, ante la Secretaría Distrital de Salud, en la cual se presentaron avances significativos en materia de la Oficina de Gestión del Conocimiento. Este evento, incluyó la exposición de temas como: Políticas Institucionales del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS), las generalidades de la Mesa de Gestión del Conocimiento e Innovación, y las iniciativas innovadoras "Transferir sin Transgredir" y el Mapa del Conocimiento con IA.

Innovación Institucional: En este subcomponente de innovación para el año 2024, se continúa avanzando en la articulación de actores clave del ecosistema de innovación institucional y en la actualización del procedimiento de innovación. Estas acciones buscan fortalecer la capacidad de la Subred Norte para documentar, estructurar y operacionalizar iniciativas innovadoras internas que respondan a las necesidades del sistema de salud. Entre los avances destacados se encuentran:

Espacios para la articulación de actores del ecosistema de innovación institucional

Mesa de Gestión de Conocimiento e Innovación: Durante el año, se llevaron a cabo siete sesiones operativas de la Mesa, con la participación de gestores provenientes de diversas áreas como Desarrollo Institucional, Gestión de Comunicaciones, Gestión de Calidad, Participación Social, Subgerencia de Servicios de Salud, Gestión Jurídica, TIC, y más. Este espacio ha cumplido el 100% del plan de acción propuesto, el cual incluyó:

- La elaboración de lineamientos relacionados con el reconocimiento de propiedad intelectual y derechos de autor.
- La socialización de las necesidades de conocimiento identificadas.
- La generación de una línea base de productos de conocimiento e innovación existentes.
- La identificación y priorización de necesidades tecnológicas.
- La promoción de estrategias de comunicación institucional.
- La socialización de repositorios accesibles y herramientas de analítica institucional.
- Uno de los logros más relevantes ha sido el desarrollo de un documento de lineamientos de propiedad intelectual y derechos de autor. Este incluye un marco legal, objetivos específicos, roles de los actores institucionales y una propuesta para la creación de una Mesa de Propiedad Intelectual y Derechos de Autor. Este documento será formalizado en 2025 y se espera que fortalezca la gestión de innovación y conocimiento en la institución.

Laboratorio de Innovación: En junio de 2024, se inició la implementación del Laboratorio de Innovación, bajo una modalidad itinerante. Este espacio ha contado con la participación de actores internos, como el área de hospitalización, y externos, como la Universidad Nacional. Su principal proyecto ha sido la operativización de la iniciativa innovadora Tablero de Control "Vital Confianza", que tiene como objetivo optimizar la capacidad instalada en la Subred Norte, específicamente en la Unidad Prestadora de Servicios de Salud Engativá.

Procedimiento de Innovación - Documentación de las Iniciativas Innovadoras Internas:

Para el año 2024 se continúa desarrollando el procedimiento de innovación, a través de revisar técnicamente sus elementos y características bases, para lograr así desplegar un ejercicio que permita monitorear y hacer seguimiento a las diferentes iniciativas que se han venido generando al interior de la institución. Por ello, se determina adoptar y adaptar de entidades como la Cámara de Comercio, Ministerio de Ciencia Tecnología e Innovación y de la Guía para el análisis de la innovación en hospitales, de la Fundación Cotec de Madrid; elementos que permitan la construcción del proceso de innovación, como lo son: componentes del proceso, fuentes y tipos de innovación, que se describen a continuación

La institución ha venido desarrollando acciones como el reconocimiento, caracterización y seguimiento de iniciativas activas y nuevas. Esta acción consiste en realizar la identificación de cada una de las iniciativas innovadoras institucionales activas y nuevas que logra construir los diferentes actores que componen el ecosistema de innovación y poder caracterizarlas estableciendo de ellas las fuentes y tipos de innovación I, II, III, IV y V a través de los formatos 1 y 2 de innovación que permiten la caracterización ; así mismo, se desarrolla acciones de seguimiento a las mismas, con el fin de brindar a los actores herramientas que le permitan la ejecución de la iniciativa de forma exitosa.

La sistematización permitió identificar un total de 22 iniciativas, innovadoras que se evidencian en la tabla anterior, las cuales están clasificadas según la fuente de innovación y el tipo de innovación, con los siguientes hallazgos : en relación a la fuente de innovación, el 86% (19 iniciativas) provienen de una fuente de innovación interna, lo que refleja la capacidad la institución para generar soluciones innovadoras adaptadas a sus necesidades específicas y el 13% (3 iniciativas) tienen una fuente de innovación mixta, resultado de la colaboración entre actores internos y externos del ecosistema de innovación.

En relación con los tipos de innovación encontramos resultados como: innovación tipo I - innovación en planificación y políticas sanitarias que representa el 27% (6 iniciativas), innovación tipo II - innovaciones organizativas y clínicas constituye el 31% (7 iniciativas), innovación tipo IV: generación, desarrollo y transferencia de tecnologías comprende el 27% (6 iniciativas) e innovación tipo V- innovación social corresponde al 13% (3 iniciativas).

Tabla 34 Número de Iniciativas Innovadoras por Fuente de Innovación

AÑO	2024		
TIPO DE FUENTE	INTERNA	MIXTA	EXTERNA
TOTAL ANUAL	4	3	0
ANUAL	7		

Fuente de innovación

La tabla presentada detalla el origen de las 7 iniciativas innovadoras desarrolladas durante el año 2024, categorizándolas según su tipo de fuente: interna, mixta y externa. Este análisis destaca el papel estratégico de las alianzas interinstitucionales con entidades clave como la Secretaría de Educación del Distrito, el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, BEXTECHNOLOGY S.A.S., la Universidad Nacional y AIMEDIC, en la promoción de una cultura de innovación colaborativa.

La distribución de iniciativas por fuente de innovación se establece: fuente interna con 4 iniciativas, siendo este el mayor número, situación, que evidencia la capacidad institucional para generar soluciones innovadoras desde dentro, aprovechando recursos propios; fuente mixta con 3 iniciativas destacando así la importancia de las alianzas estratégicas para potenciar la innovación. La colaboración con actores externos, como la Universidad Nacional y BEXTECHNOLOGY S.A.S, ha permitido la combinación de conocimientos institucionales con expertos técnico-académico y soluciones tecnológicas avanzadas.

Proyectos como el desarrollo de plataformas de inteligencia artificial para la toma de decisiones clínicas o el uso de herramientas TIC para mejorar la experiencia del usuario.

En el análisis de las iniciativas de innovación desarrolladas durante el año 2024, que se presenta en la anterior gráfica, se observa que el 57% (4 iniciativas) corresponden a fuentes internas de innovación, mientras que el 43% (3 iniciativas) se atribuyen a fuentes mixtas, es decir, aquellas que combinan recursos y conocimientos internos con alianzas externas. No se registraron iniciativas provenientes exclusivamente de fuentes externas, lo que resalta la importancia del fortalecimiento de capacidades internas y colaborativas dentro del ecosistema de innovación institucional.

En el análisis de las iniciativas de innovación desarrolladas durante el año 2024, se observa que el 14% (1 iniciativa) pertenecen al tipo de innovación en planificación y políticas sanitarias (Tipo I), el 29% (2 iniciativas) pertenecen al tipo de innovaciones organizativas y clínicas (Tipo II), el 29% (2 iniciativas) pertenecen al tipo de innovación generación, desarrollo y transferencia de tecnologías (Tipo IV), y el 29% (2 iniciativas) pertenecen al tipo de innovación Social (Tipo V).El análisis muestra que las innovaciones organizativas, tecnológicas y sociales tienen un peso significativo en las iniciativas actuales, lo cual es positivo para fortalecer la calidad, el impacto social y la eficiencia del servicio de salud.

El desglose de las iniciativas de innovación en salud según los diferentes tipos refleja una distribución que destaca áreas de fortalecimiento y oportunidades de mejora en el contexto institucional. Lo anterior debido a que como se muestra en la anterior grafica los tipos de innovación IV Y V para el año 2024, muestran un incremento en relación con años anteriores; lo que permite demostrar que a nivel institucional, se cuenta con una innovación institucional caracterizada por: un compromiso por actuar como un hospital emprendedor integrando nuevas tecnologías y orientar sus acciones hacia la creación de soluciones que involucran a la comunidad como actor activo.

Transferencia de Conocimiento: En el segundo semestre de 2024, se continúa con el desarrollo de la propuesta formativa Diplomado en Caumatología, programa que tuvo su origen en el área de quemados del Hospital Simón Bolívar en años anteriores. Diplomado que se enmarca en la necesidad de fortalecer competencias específicas en el manejo integral de pacientes con lesiones por quemaduras, integrando avances clínicos y protocolos interdisciplinarios en el tema.

Tabla 35 Iniciativas relacionadas durante el año 2024.

No Iniciativa	Nombre Iniciativa	Fuente de Innovación	Tipo de Innovación
SNCSINNO-16	Modelo Integral de Atención en Salud - Enfoque Diferencial	Interna	1. Innovación en planificación y políticas sanitarias
SNCSINNO-17	"Más allá de las cicatrices: apoyo integral a Niños en el pabellón de Quemados"	Mixta	2. Innovaciones organizativas y clínicas
SNCSINNO-18	"Appremia" Herramienta Tecnológica Para La Atención En Urgencias Del ACV: Impacto De Su Implementación En La Subred Integrada De Servicios De Salud Norte E.S.E. 2024-2025"	Mixta	2. Innovaciones organizativas y clínicas (Investigación)
SNCSINNO-19	Tablero de Control "Vital Confianza" Capacidad instalada en la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte, E.S.E., Unidad Prestadora de Servicios de Salud Engativá.	Interna	4. Generación desarrollo y transferencia de tecnologías.
SNCSINNO-20	Mapa del Conocimiento IA	Interna	4. Generación desarrollo y transferencia de tecnologías.
SNCSINNO-21	Transferir sin Transgredir	Interna	5. Innovación Social
SNCSINNO-22	Optimización de la gestión del Call Center mediante un Sistema de Inteligencia Artificial	Mixta	5. Innovación Social

Fuente: Banco

Iniciativas Innovación 2020- 2024

HOSPITAL UNIVERSITARIO

Cumplidas las actividades de los planes de trabajo elaborados para las vigencias 2021, 2022, 2023 y 2024, se finaliza el convenio 001-2021 en el mes de febrero de 2024, con la entrega de informe final y del Documento Maestro de postulación para Hospital Universitario de la Subred Norte versión 3. Posteriormente en el mes de marzo de 2024, el equipo directivo de la Subred Norte decide continuar con el proceso de alistamiento, gestión, preparación y seguimiento a las condiciones de calidad para certificación de hospitales universitarios, emitiendo la Resolución 0335 de 2024, "Por la cual se crea y reglamenta el Comité de Gestión Hospital Universitario en Salud de la Subred integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E", con el objetivo de "Monitorear el cumplimiento de los requisitos de preparación para la certificación progresiva de los escenarios de práctica formativa como hospitales universitarios".

De tal manera y con el propósito de ampliar las posibilidades de certificación de hospital universitario en la Subred, se realiza un análisis global del cumplimiento de requisitos y condiciones de calidad a tres unidades de la Subred Norte (Hospital Simón Bolívar, Hospital Centro de servicios especializados Suba y Hospital Engativá Calle 80) para orientar la propuesta de postulación de uno de los anteriores como Hospital Universitario, actualizando el plan de trabajo vigencia 2024.

Para el segundo semestre del año 2024, se realizó la presentación de avances y seguimiento del plan de trabajo aprobado por la gerencia saliente, al nuevo equipo directivo de la Subred Norte. A este respecto, la gerencia define y decide implementar el plan de trabajo y realizar el respectivo seguimiento de manera transversal, avanzando simultáneamente en el cumplimiento de requisitos y condiciones de calidad, en tres escenarios de práctica de la Subred Norte (Hospital Simón Bolívar, Hospital Engativá Calle 80 y Hospital Centro de servicios especializados Suba) y no solo al Hospital Centro de servicios especializados Suba, como se había postulado en el primer semestre del año.

Se actualizó la resolución del comité, mediante la Resolución 0712 de 2024 *“Por la cual se revoca en un marco de eficiencia administrativa, la resolución 0335 de 2024 por la cual se reglamentó el Comité de Gestión Hospital Universitario en Salud de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.; y se crea uno nuevo”*, con el objetivo de *“Monitorear el cumplimiento de los requisitos de preparación para la certificación progresiva de los escenarios de práctica formativa como Hospitales Universitarios”*.

Las sesiones de los comités de Gestión para Hospital Universitario fueron realizadas según programación, quedando explícitos en las actas de los comités los avances, compromisos, ejecución, desarrollo, conclusiones, proposiciones y varios, las cuales fueron avaladas y firmadas por gerencia, y reposan en Almera.

Se realizaron ajustes al plan de trabajo para ser llevado a cabo transversalmente en las unidades mencionadas, desarrollando las acciones programadas, presentando avances y cumplimiento de actividades de los componentes Docencia e Investigación, con tres reportes de seguimiento ante el Comité de Gestión Hospital Universitario, como se describe en la tabla relacionada a continuación:

Tabla 36 Cumplimiento de actividades Plan de acción Comité Hospital Universitario vigencia 2024

Objetivos Específicos	Primer seguimiento Junio 28 de 2024		Segundo seguimiento Septiembre 27 de 2024	Tercer seguimiento Diciembre 23 de 2024		
	Avance	Actividad	Avance	Actividad	Avance	Actividad
Describir el avance de las acciones enmarcadas en el Plan de trabajo	50%	1 sesión realizada/ 2 sesiones	100%	2 sesiones realizadas/ 2 sesiones programadas	100%	1 sesión realizada/ 1 sesión programada

Hospital Universitario vigencia 2024		programadas				
Realizar seguimiento a los avances en la relación Docencia-Servicio	100%	3 actividades programadas/ 3 ejecutadas	100%	4 actividades programadas/ 4 ejecutadas	100%	5 actividades programadas/ 5 ejecutadas
Realizar seguimiento a los avances en investigación	100%	2 actividades programadas/ 2 ejecutadas	100%	3 actividades programadas/ 3 ejecutadas	100%	3 actividades programadas/ 3 ejecutadas

Fuente: Oficina de Gestión del Conocimiento

LOGROS DESTACADOS EN EL PROCESO DE GESTIÓN PARA HOSPITAL UNIVERSITARIO:

- ✓ Certificación por parte de la Subred Norte E.S.E. a 127 profesionales, por contar con experiencia superior a tres años apoyando labores de docencia al interior de los servicios de los escenarios de práctica:
 - Hospital Simón Bolívar: 68
 - Hospital Engativá Calle 80: 31
 - Hospital Centro de servicios especializados Suba: 26
 - Hospital de Chapinero: 2
- ✓ Realización de la autoevaluación de los escenarios de práctica del Hospital Simón Bolívar y Hospital Centro de servicios especializados Suba (Primer ciclo de Autoevaluación), Hospital Engativá Calle 80 (Cuarto ciclo de Autoevaluación) a los servicios que cuentan con estudiantes en formación.
- ✓ **Plan de desarrollo docente**, Culminación especialización en Docencia universitaria de un profesional del Hospital Simón Bolívar, mediante cofinanciación de la Subred Norte.
- ✓ Actualización censo docente Subred Norte 2024: 226 profesionales corte noviembre 2024.
- ✓ Censo de interés a profesionales de la Subred para estudios de especialización en docencia universitaria 2025: 90 personas interesadas.
- ✓ Estandarización procedimientos docencia en las tres unidades transversalmente: Inducción, Carnetización, Asignación de casilleros, Alimentación

DIFICULTADES:

Limitación de los diferentes procesos Institucionales para el cumplimiento del primer requisito para la certificación como Hospital Universitario bajo los lineamientos vigentes de la Resolución 3409 de 2012, el cual hace referencia a “Estar habilitado y acreditado, de acuerdo con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad”. La oportunidad en la respuesta a las necesidades depende de la articulación con otros procesos.

OPORTUNIDADES DE MEJORA IDENTIFICADAS PARA EL DESARROLLO DE HOSPITAL UNIVERSITARIO:

- ✓ Fortalecer el despliegue de la ejecución de las actividades de los componentes Docencia- Servicio e investigación según Resolución 3409 de 2012, en las unidades de la Subred Norte que son escenario de práctica.
- ✓ Facilitar la continuidad de los procesos de mejoramiento en lo referente a docencia e investigación de tal forma que las unidades avancen en el cumplimiento de condiciones de calidad y puedan postularse como hospital universitario una vez habilitadas y acreditadas.
- ✓ Gestionar y promover el Aumento de la cobertura de profesionales cursando especialización en docencia universitaria según plan de desarrollo docente.

1.5. PARTICIPACION SOCIAL Y ATENCIÓN AL USUARIO

La Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano (OPCSC), tiene por objetivo promover la atención integral de los usuarios y sus familias, mejorando el acceso y la continuidad de la atención, promoviendo ambientes humanizados, fortaleciendo la participación social en salud, el control social y la exigibilidad del derecho con el fin de impactar en la satisfacción de los usuarios y las familias que solicitan servicios en la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte.

La OPCSC cuenta con cinco subprocesos: Participación Comunitaria, Servicio al Ciudadano, Gestión de la Voz del Usuario, Gestión Social Integral y Mejorando la Experiencia, Central de Asignación de citas y Ruta de la Salud.

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Política de participación ciudadana en la gestión pública

La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte, en el marco de la implementación de la Política de Participación Social en Salud, formuló un plan de acción con 620 actividades que se desarrollaron durante el año 2024. De estas, 307 actividades se ejecutaron de manera transversal y 313 se llevaron a cabo en colaboración con las organizaciones sociales en salud, según el área de influencia, logrando un cumplimiento del 100% del plan durante la vigencia.

Al cierre de la vigencia 2024, la Subred Norte tiene registrados 332 ciudadanos que forman parte de nuestros cuatro tipos de organizaciones, distribuidas en las seis localidades del área de influencia.

Imagen 4 Organizaciones de Participación.



Fuente; Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al ciudadano.

El Plan de la Política abarca acciones dirigidas a diversos tipos de población y grupos de interés. Además, estas acciones están formuladas para cada uno de los cinco ejes estratégicos de la siguiente manera:

Fortalecimiento Institucional

Las acciones desarrolladas en este eje se centraron en el fortalecimiento de las capacidades de los funcionarios y colaboradores.

Para el equipo profesional Participación Comunitaria, se brindó capacitación en:

- Enfoque Diferencial
- Capacitación veedurías en Control y Vigilancia Participación Social en salud.
- Lineamientos Plan de Intervenciones Colectivas PIC 2024-2025 en el marco de Participación Social en Salud. Mesa de trabajo Modelo MAS Bienestar. 12 de noviembre 2024.
- Planeación de la gestión territorial MAS Bienestar y Cierre de actividades.

Además, en el proceso de inducción y reinducción, se cuenta con el módulo de la Política de Participación, alcanzando una cobertura de 97% (1.200) de los colaboradores que ingresaron nuevos durante la vigencia.

Empoderamiento de la Ciudadanía

Para el cumplimiento de este eje, se proyectaron 379 actividades de las cuales se cumplieron el 100%. Se llevaron a cabo cinco capacitaciones en temas como: Proceso de la Reforma al Modelo de Salud en Colombia, Reinducción en quehacer de la instancia, Política de Participación Social en Salud, Salud Mental - Cuidado Bienestar Emocional, Planeación participativa, conforme a la evaluación de necesidades, además, se apoyó en la organización y desarrollo de nueve ventos en colaboración con la Secretaría Distrital de Salud.

Cultura de la Salud

En articulación con Gestión del Riesgo, se realizaron 32 jornadas orientadas a promover la salud, abordando temas como: Salud Mental, Hábitos de Vida Saludable, Corresponsabilidad en Salud del La Familia y mi entorno. Además, se llevaron a cabo 18 jornadas barriales, lideradas por los Copacos, con el objetivo de acercar la oferta de servicios a la comunidad a través de la unidad móvil.

Control Social

Se cumplió al 100% el Plan de Capacitación dirigido a los veedores, abordando temas como: Estrategia Institucional de Rendición de Cuentas, Resolución 2063 de 2017, Ley 1712 de 2014, Ruta del Control Social, Mecanismos Jurídicos para la Participación, Contratación Pública, Ley 1751 de 2015. Asimismo, se brindó preparación previa a la ciudadanía para la audiencia de rendición de cuentas. Se proporcionaron 168 asistencias técnicas a las 14

veedurías ciudadanas, así como acompañamiento en las mesas de seguimiento e iniciativas impulsadas por los veedores en el desarrollo de sus funciones. Cabe destacar que la veeduría del Plan de Intervenciones Colectivas recibió el Diploma de Reconocimiento por el compromiso, esfuerzo, y dedicación, otorgado por la Secretaría de Salud.

Gestión y Garantía en Salud con Participación

En esta línea de trabajo se lograron los cuatro encuentros de Dialogo con la Ciudadanía. La gerencia y el equipo directivo lideraron seis espacios de escucha y concertación de acciones para el mejoramiento de los servicios, de esta forma la ciudadanía ha visto la materialización de la incidencia.

SERVICIO AL CIUDADANO

Satisfacción del Usuario.

La medición de la satisfacción del usuario se lleva a cabo siguiendo los lineamientos establecidos en el Instructivo para la medición de la satisfacción de usuarios frente a la prestación de servicios de salud (ES-PA-I-08). Este enfoque permite identificar áreas de mejora, analizar los resultados y ejecutar planes de acción orientados a optimizar la experiencia de los usuarios con los servicios ofrecidos por la Subred. Durante el año 2024, se aplicaron mensualmente un total de 1.625 encuestas, distribuidas de la siguiente manera: 785 en consulta externa, 403 en hospitalización y 437 en urgencias. Del total, el 20% se realizaron de manera presencial y el 80% de forma no presencial.

Proporción de satisfacción global de los usuarios 2024

Durante el año 2024, se realizaron un total de 19.400 encuestas de satisfacción, con el fin de evaluar la experiencia de los usuarios en los distintos servicios ofrecidos, aumentando en un 34% la muestra del año 2023 con 14.400. De este total, 18.838 encuestados manifestaron estar satisfechos con los servicios recibidos, lo que representa un destacado porcentaje de cumplimiento del 97,8% aumentando en un 1.6% el nivel de satisfacción comparado con la vigencia 2023. Este resultado refleja una alta aceptación y aprobación de los servicios brindados, evidenciando el esfuerzo continuo de la institución por mantener un nivel elevado de calidad en la atención y satisfacer las expectativas de los usuarios.

Tabla 37 Comparativo resultados satisfacción global Subred Norte.

VIGENCIA	USUARIOS ENCUESTADOS	USUARIOS SATISFECHOS	SATISFACCION
2024	19.400	18.838	97,8%
2023	14.400	13.858	96,2%

Fuente: Resultados encuesta 2023-2024

La siguiente tabla muestra el análisis del nivel de satisfacción de los usuarios en cada una de las unidades que conforman la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte durante el año 2024.

Tabla 38. Porcentaje de satisfacción por Unidad 2024.

UNIDAD	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	2024%
HOSPITAL CHAPINERO	98%	98%	97%	96%	97%
CENTRO DE SALUD SAN LUIS	100%	100%	100%	100%	100%
HOSPITAL ENGATIVÁ	97%	95%	96%	96%	96%
CENTRO DE SALUD ESPAÑOLA	98%	100%	98%	95%	98%
CENTRO DE SALUD GARCES NAVAS	96%	67%	100%	100%	91%
CENTRO DE SALUD QUIRIGUA	100%	93%	100%	100%	98%
CENTRO DE SALUD BACHUE	100%	100%	100%	100%	100%
CENTRO DE SALUD ALAMOS	100%	100%	100%	100%	100%
CENTRO DE SALUD BOYACA REAL	99%	99%	97%	98%	98%
CENTRO DE SALUD BELLAVISTA	100%	53%	100%	100%	88%
CENTRO DE SALUD EMAUS	96%	99%	97%	98%	98%
UBA M ENGATIVA	0%	0%	100%	93%	98%
HOSPITAL SIMONBOLIVAR	93%	96%	97%	99%	96%
CENTRO DE SALUD VERBENAL	100%	100%	98%	99%	99%
CENTRO DE SALUD USAQUEN	100%	100%	100%	100%	100%
CENTRO DE SALUD ORQUIDEAS	100%	93%	93%	100%	97%
CENTRO DE SALUD CODITO	100%	100%	100%	100%	100%
CENTRO DE SALUD SAN CRISTOBAL	97%	100%	97%	95%	97%
CENTRO DE SALUD SANTA CECILIA	100%	100%	100%	100%	100%
CENTRO DE SALUD BUENAVISTA	100%	100%	100%	100%	100%
HOSPITAL SUBA CSE	97%	96%	98%	96%	97%
HOSPITAL FRAY BARTOLOME	99%	96%	96%	94%	98%
CENTRO DE SALUD PRADO VERANIEGO	100%	100%	89%	94%	94%
CENTRO DE SALUD SUBA	99%	100%	99%	99%	99%
CENTRO DE SALUD RINCON	100%	100%	92%	98%	98%
CENTRO DE SALUD GAITANA	99%	99%	96%	98%	98%
TOTAL ENCUESTADOS	96,90%	97%	97%	98%	97%

Fuente: Resultados encuesta 2023-2024

La información presentada refleja el desempeño en satisfacción de los usuarios en las unidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte durante el año 2024. No obstante, para aquellas unidades que no alcanzaron el estándar del 96%, se han implementado acciones correctivas con el objetivo de mejorar estos resultados y cumplir con la meta establecida.

Derechos y deberes en salud

La socialización de los derechos y deberes en salud es una acción transversal al desempeño de todos los servidores y colaboradores de la Subred Norte, Durante el último trimestre del 2024, se realizó la actualización de la redacción de los derechos; su promoción a usuarios y sus familias, así como a colaboradores, se lleva a cabo haciendo

uso de diferentes estrategias como: Divulgar un derecho y un deber por mes, publicación en medios digitales y físicas en las unidades, impresión del derecho y deber del mes en ordenes médicas, reportes de exámenes, respuesta a peticiones, reproducción de los derechos y deberes desde el canal telefónico, socialización desde la atención individual en consulta y atención de los diferentes profesionales.

A continuación, se detallan los resultados obtenidos de la socialización de los derechos y deberes a los usuarios en cada una de las unidades y líneas de acción durante 2024.

Tabla 39 . Derechos y deberes Subred Norte

UNIDAD	I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre	Total, año
USS CHAPINERO	4.970	5.468	5.891	5.466	21.795
USS ENGATIVA	5.252	6.459	5.850	4.898	22.459
GARCES NAVAS	1.738	2.576	3.757	4.259	12.330
BOYACA REAL	1.520	1.341	2.384	0	5.245
EMAUS	3.185	4.259	4.040	4.784	16.268
BACHUE	0	396	434	0	830
QUIRIGUA	0	113	122	0	235
ESPAÑOLA	3.422	2.520	3.031	2.960	11.933
BELLA VISTA	0	138	96	0	234
USS SIMÓN BOLÍVAR	12.630	22.127	34.720	21.642	91.119
SAN CRISTOBAL	4.398	11.493	1.478	0	17.369
VERBENAL	2.945	5.683	6.043	1.855	16.526
FRAY	5.823	3.993	3.365	4.029	17.210
USS SUBA	5.011	1.918	3.862	3.721	14.512
GAITANA	7.282	5.108	2.683	1.487	16.560
CENTRO DE SALUD SUBA	4.781	8.349	1.401	3.213	17.744
RINCON	4.099	2.624	1.625	1.843	10.191
GESTION DE LA VOZ DEL USUARIO	1.448	1.457	1.609	0	4.514
GESTIÓN SOCIAL INTEGRAL	12.130	12.352	12.336	6.214	43.032
PARTICIPACION COMUNITARIA	1.013	985	1.032	1.036	4.066
TOTAL	104.956	101.122	95.767	67.407	369.252

Fuente: Servicio al ciudadano

De igual manera, para el 2024 se logró abordar un total de 1,789 colaboradores.

Sistema de información “Cuéntanos Bogotá”

En el año 2024 se realizaron 1.255.392 registro, lo que facilitó la identificación del perfil de la población que accede a los servicios, los tipos de orientación proporcionada, así como las principales barreras de acceso y los grupos más afectados. En el consolidado anual de la Subred Norte, se observa que el 78% (974.776) de los registros corresponden a orientaciones grupales, mientras que el 17% (213.837) se refiere a capacitaciones grupales. El tercer trimestre fue el periodo con mayor número de registros, alcanzando

los 448.387, seguido por el segundo trimestre con 426.643 registros. Sin embargo, se presenta una disminución notable en los registros durante el cuarto trimestre.

Imagen 5 Registros Si, cuántanos Bogotá consolidado 2024

	REGISTRO EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN CUÉNTANOS BOGOTÁ									
	TRIMESTRAL 2024									
	I T		II T		III T		IV T		AÑO	
No	I T %	No	II T %	No	III T %	No	IV T %	No	A %	
Atenciones individuales orientación	12.630	3	19.043	4	17.685	4	1	0	49.359	4
Atenciones individuales problemas de acceso	3.463	1	5.270	1	4.928	1	0	0	13.661	1
Capacitaciones grupales	57.241	15	86.641	20	67.540	15	2.415	74	213.837	17
Gestión y seguimiento	0	0	0	0	1.991	0	0	0	1.991	0
Orientaciones grupales	303.284	80	314.750	74	355.881	79	861	26	974.776	78
Orientaciones telefónicas	467	0	939	0	362	0	0	0	1.768	0
Orientaciones web	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(f) Total	377.085	100	426.643	100	448.387	100	3.277		1.255.391	100

Fuente: Archivo Oficina Base de datos Si Cuéntanos Bogotá 2.024

Fuente: Base de datos Si Cuéntanos Bogotá 2024

Problemas de acceso

Las problemáticas de acceso registrados en el aplicativo Si, cuántanos permite evidenciar los aspectos a mejorar de manera integral en la Subred para que los usuarios puedan acceder a los servicios de salud.

Tabla 40 Problemas de acceso identificados consolidado 2024

PROBLEMA DE ACCESO	AÑO	
	No	%
No oportunidad de servicios	9.925	74%
Carencia de recursos económicos	592	4%
Dificultad accesibilidad administrativa	1.528	11%
Inconsistencia en el sistema de información aseguramiento	656	5%
No suministros medicamentos	18	0%
Problemas recursos económicos	749	6%
Atención deshumanizada	0	0%
Incumplimiento Portabilidad Nacional	2	0%
Negación Servicios	20	0%
TOTAL	13.490	100%

Fuente: Base de datos Si Cuéntanos Bogotá 2024

MEJORANDO LA EXPERIENCIA DEL SERVICIO



Mejorando la comunicación:

Tiene por objetivo, Fortalecer y optimizar los procesos de información y comunicación entre la Subred y la ciudadanía.

Palabras con Vos – Espacios de Reflexión con Funcionarios:

Durante este año se priorizan los Círculos de recuperación de la palabra con el Equipo de Servicio al Ciudadano, aportando al fortalecimiento de competencias en lo relacionado con habilidades blandas. Se trabajaron temáticas tales como respeto, humano soy yo, inteligencia emocional y resolución de conflictos. También se realizan Círculos con el equipo de servicios generales, agendamiento y laboratorio.

Tabla 41 Palabras con Vos – Espacios de Reflexión con Funcionarios 2024

AÑO	No. Círculos	NO. ASISTENTES
2024	67	586

Fuente: Informes Palabras con Vos

- **Palabras con Vos – Espacios de Reflexión con Usuarios:**

Durante el año 2024, se fortalecieron estos espacios con usuarios, con el fin de recordar el respeto hacia los funcionarios de salud y de esta manera disminuir los reportes de comportamiento inapropiado por parte de usuarios. Se han priorizado las Unidades grandes, las Unidades de donde se reciben mayor número de reportes de comportamiento inapropiado de usuarios y unidades priorizadas para Acreditación. Esta actividad da respuesta al Estándar 98 de Acreditación, siendo una de las actividades que desarrolla la oficina para prevenir y controlar el comportamiento agresivo y abusivo en la Subred.

Tabla 42. Palabras con Vos – Espacios de Reflexión Usuarios 2024

AÑO	No. Círculos	NO. ASISTENTES
2024	133	3292

Fuente: Informes Palabras con Vos

- **Palabras con Vos – Hilo de Voz. Espacios con usuarios Hospitalizados y de Hospital Día de Salud Mental Adultos, Adolescentes y Niños. Unidad Fray**
Actividades en torno a la literatura con el fin de disminución de la ansiedad de los pacientes hospitalizados en la unidad de Fray.

Tabla 43 Hilo de Voz. Niños, Niñas Adolescentes Hospitalizados 2024

SERVICIO	No. Círculos	NO. ASISTENTES
Niños, Niñas Adolescentes Hospitalizados	33	267
Adultos Hospitalizados	49	1309
Hospital Día Adultos	16	454

Fuente: Informes Palabras con Vos.

- **Palabras con Vos - Huerta Literaria.**

Dirigido a niños y niñas en código blanco, con enfermedades huérfanas, enfermedades terminales, y niños que continúan su formación en el Aula Hospitalaria, busca crear a través de la literatura, un espacio de comunicación, reconocimiento y descubrimiento de los sentimientos

Tabla 44 Palabras con Vos - Huerta Literaria 2024

AÑO	No. Círculos	NO. ASISTENTES
2024	17	290

Fuente: Informes Palabras con Vos.

Promoviendo un trato cálido.

Mejorar la experiencia del servicio mediante el fomento de un trato cálido por parte de los colaboradores hacia los usuarios y de los usuarios hacia los colaboradores.

- **Reporte de Comportamiento Inapropiado**

Busca identificar los usuarios que han presentado comportamiento inadecuado durante la atención, con el fin de realizar el trámite respectivo con las EPS. Así mismo, durante el año 2024, se realizó la actualización Instructivo para prevenir y controlar el comportamiento agresivo y abusivo, con el fin de prevenir y controlar el comportamiento agresivo y abusivo en la Subred. Durante el año se recibieron 289 reportes los cuales el 100% fueron gestionados

Comunicación con enfoque diferencial

La Subred ha integrado una serie de acciones específicas para garantizar que los servicios de salud sean accesibles y adecuados a las particularidades de cada grupo poblacional.

- **Página Web:** En el mes de octubre se llevó a cabo la traducción de varios ítems a la Lengua de Señas Colombiana, correspondientes a la información disponible en la página web de la Subred Norte E.S.E. Este trabajo tuvo como objetivo garantizar la accesibilidad de la información para las personas con discapacidad auditiva, promoviendo así la inclusión y facilitando el acceso a la información.

- **Acompañamiento personas Sordas:** Durante el año se realizaron 23 acompañamientos mediante conexión virtual a consultas y durante el periodo de hospitalización a usuarios sordos.
- **Eventos:** Se realizó el apoyo a la Subred de interprete de lengua de Señas en el evento Distrital de Socialización de la Política Pública de Discapacidad, con el fin de apoyar la mediación comunicativa entre los asistentes al espacio.
- **Taller de acercamiento a la lengua de señas colombianas (LSC) y aspectos generales de la persona sorda:** Con este taller se busca minimizar las barreras comunicativas a la que se ven enfrentadas las personas sordas que acuden a la Subred Norte, dando cumplimiento a la atención con Enfoque Diferencial.

El taller se llevó a cabo con los colaboradores de la subred Norte en dos sesiones, con un total de 48 participantes.

Mejorando el acceso

Busca simplificar trámites para asegurar la calidad, oportunidad, accesibilidad y confianza en los servicios institucionales prestados.

- **Talleres Pedagógicos por incumplimiento de Citas**

Realizar sensibilización a los usuarios por medio de actividad pedagógica sobre el adecuado uso de los servicios (cancelación y cumplimiento de citas) con el fin de que se recuerden deberes y se fomente la cultura de la cancelación oportuna de citas que no se puedan cumplir, para el año 2024 un total de 25.958 usuarios realizaron este taller.

- **Aulas Hospitalarias**

Busca acompañar el Programa de Aulas Hospitalarias de la Secretaría de Educación, el cual brindar apoyo lúdico, pedagógico y escolar desde la educación formal a niños hospitalizados o que por tener diversas patologías no pueden asistir al aula regular.

GESTIÓN DE LA VOZ DEL USUARIO

El subproceso de Gestión e la Voz del Usuario se encarga de la recepción, trámite y respuesta de las manifestaciones ciudadanas de los usuarios de nuestros servicios, con el fin tanto de generar respuestas oportunas y de fondo, como de ser una fuente de información que permita contribuir a la toma de decisiones gerenciales orientadas al mejoramiento continuo y a la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios y sus familias. La Subred Norte E.S.E., durante el año 2024, recibió 13.904 peticiones, de las cuales se gestionaron el 97% (13.466). Las 438 peticiones restantes (3%) corresponden a manifestaciones que se trasladaron a otras entidades del Distrito por competencia, a cierres por no competencia de la entidad, cierres por desistimiento expreso o por no petición.

Tabla 45 Total peticiones recibidas en el periodo

Peticiones recibidas	I trimestre	II trimestre	III trimestre	IV trimestre	Total general
2023	2530	2858	3124	2565	11077
2024	3011	3424	3733	3736	13904

Fuente: Bases de datos Oficina Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano – SDGPC Bogotá Te Escucha – corte 13/01/2025

Tabla 46. Total peticiones gestionadas en el periodo

Peticiones gestionadas	I trimestre	II trimestre	III trimestre	IV trimestre	Total general
2023	2458	2730	2986	2447	10621
2024	2887	3329	3646	3604	13466

Fuente: Bases de datos Oficina Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano – SDGPC Bogotá Te Escucha – corte 13/01/2025

La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte, con el fin de facilitar el acercamiento del usuario con la entidad, ha dispuesto varios canales para la recepción de solicitudes y peticiones ciudadanas. De acuerdo con la distribución, los tres principales canales con mayor participación para el 2024 son los buzones con un 32,5%, seguidos por la Web con un 31,1% y del e-mail con un 17,13%.

Tabla 47 Total peticiones gestionadas según canales de atención

CANAL DE ATENCIÓN	I TRIM 2024	II TRIM 2024	III TRIM 2024	IV TRIM 2024	TOTAL 2024	% PARTIC	TOTAL 2023	VARIACION
BUZON	955	990	1196	1237	4378	32,50%	4242	3,2%
WEB	893	1051	1190	1056	4190	31,10%	2794	50,0%
E-MAIL	429	603	580	695	2307	17,13%	1333	73,1%
TELEFONO	410	487	433	395	1725	12,81%	1402	23,0%
PRESENCIAL	146	126	143	132	547	4,06%	578	-5,4%
ESCRITO	50	66	64	85	265	1,97%	258	2,7%
REDES SOCIALES	9	4	40	3	56	0,42%	14	300,0%
APP-APLICACION MOVIL	0	1	0	0	1	0,01%	0	100,0%
VIDEOLLAMADA	0	1	0	1	2	0,01%	0	200,0%
Total general	2892	3329	3646	3604	13471	100%	10621	27%

Fuente: Bases de datos Oficina Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano – SDGPC Bogotá Te Escucha – corte 13/01/2025

Las tipologías con mayor participación en el 2024 son los derechos de petición de interés particular con el 60.40%, los reclamos con un 20.44%, las felicitaciones con un 7.41%, los derechos de petición de interés general con un 5.95% y las quejas con un 4.74%.

Tabla 48 Total peticiones gestionadas según tipología

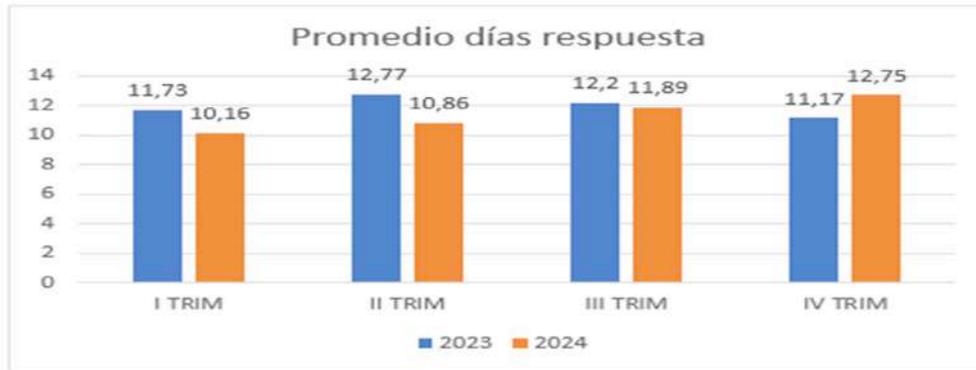
TIPO DE PETICIÓN	I TRIM 2024	II TRIM 2024	III TRIM 2024	IV TRIM 2024	TOTAL 2024	% PARTIC	TOTAL 2023	VARIACION
DERECHO DE PETICION DE INTERES PARTICULAR	1791	2169	2238	1938	8136	60,40%	5738	41,8%
RECLAMO	552	533	638	1031	2754	20,44%	2627	4,8%
FELICITACION	188	244	322	244	998	7,41%	699	42,8%
DERECHO DE PETICION DE INTERES GENERAL	157	207	238	199	801	5,95%	745	7,5%
QUEJA	162	139	176	162	639	4,74%	708	-9,7%
DENUNCIA POR ACTOS DE CORRUPCION	12	20	9	7	48	0,36%	49	-2,0%
SOLICITUD DE COPIA	14	14	16	6	50	0,37%	39	28,2%
SUGERENCIA	6	3	8	14	31	0,23%	7	342,9%
CONSULTA	9	0	1	2	12	0,09%	4	200,0%
SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACION	1	0	0	1	2	0,01%	5	-60,0%
Total general	2892	3329	3646	3604	13471	100%	10621	27%

Fuente: Bases de datos Oficina Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano – SDGPC Bogotá Te Escucha – corte 13/01/2025

Las tipologías con mayor incremento frente al 2023 son: Sugerencia 342.9% (24 peticiones), Consulta 200% (8 peticiones), Felicitaciones 42.8% (299 peticiones) y Derechos de petición de interés particular 41.8% (2398 peticiones).

Las tipologías que presentan reducción son: Solicitud de acceso a la información -60.0% (3 peticiones), Quejas -9.7% (69 peticiones) y Denuncias por actos de corrupción -2.0% (1 petición). Teniendo en cuenta la sumatoria de días transcurridos entre la radicación de la petición y la respuesta a la misma y el número total de peticiones recibidas en el periodo, se observa una reducción en los primeros tres trimestres de 2024 frente a 2023, a excepción del cuarto trimestre que presentó un aumento de 1.58 días en el promedio de la oportunidad en las respuestas.

Gráfica 10. Promedio oportunidad en la respuesta de las peticiones



Fuente: Bases de datos Oficina Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano – SDGPC Bogotá Te Escucha – corte 13/01/2025

GESTIÓN SOCIAL INTEGRAL

El Subproceso de Gestión Social Integral tiene como objetivo abordar los factores individuales, familiares y comunitarios que afectan a los pacientes de hospitalización y urgencias de la Subred Norte. A través de acciones intra e interinstitucionales, busca promover la restitución de autonomía, la inclusión social y la corresponsabilidad. El equipo, compuesto por profesionales de Trabajo Social y técnicos en los servicios de urgencias, brinda cobertura los 7 días de la semana. Además, responde remotamente a las necesidades en otras unidades, como Chapinero, Emaús y Gaitana, logrando reducir los tiempos de egreso, mejorar la percepción del usuario y detectar situaciones que puedan generar estancias prolongadas.

En 2024, se desarrollaron acciones dentro de las líneas de intervención, observando mejoras respecto al año anterior.

Tabla 49 Resultados Actividades Gestión Social Integral

ACTIVIDAD	2024	2023	VARIACION AÑO 2024
Promoción Derechos y Deberes	45769	42400	8%
Interconsultas Trabajo Social	16716	16579	1%
Mobilización Redes de Apoyo y Recursos	15182	18806	-19%
Habitante de Calle	540	579	-7%
Evoluciones Historia Clínica	13476	17189	-22%
Trámites Menor Edad	3348	2421	38%
Traslado de pacientes	2277	1364	67%
Apoyo Establecer Pagador	41483	36753	13%
Informes Sociales	2649	2950	-10%
Migración Colombia	2351	2595	-9%

Fuente: Bases gestión diaria 2024, base recién nacidos 2024 y correo electrónico Gestión Social

Aseguramiento

Durante 2024, se dio respuesta al 77.2% de los usuarios sin afiliación que solicitaron servicios de urgencias, realizando 2,721 estudios sociales y 12,218 afiliaciones de oficio de usuarios nacionales o legalizados, en cumplimiento del Decreto 616 de 2022 y el

instructivo institucional de afiliación. El 22.8% restante no pudo ser afiliado debido a factores como mora en el régimen contributivo, falta de solicitud de encuesta Sisbén, no actualización de datos ante EPS(S) o problemas con empleadores, como no afiliación a ARL o no pago de aportes.

Respecto al aseguramiento de los nacidos en la Subred, se cubrió al 98% de los niños nacidos en 2024, mientras que el 2% restante no pudo ser afiliado por negación de los progenitores o inconsistencias en el aseguramiento de estos.

Tabla 50 Reporte de gestión de aseguramiento 2024

DEFINICION ASEGURAMIENTO	DEFINIDOS	REPORTADOS Y CAPTADOS EN EL SERVICIO	PORCENTAJE
Estudio Social de Caso	2721	19345	77,2%
Afiliación de Oficio	12218		
Afiliación Recién Nacidos	1460	1493	98%

Fuente: Bases gestión diaria 2024, base recién nacidos 2024 y correo electrónico Gestión Social

Abandono Social

En 2024, se gestionaron un total de 89 pacientes en condición de abandono social, comenzando el año con 26 pacientes de años anteriores (2018-2023) que esperaban asignación de cupo por parte de la Secretaría de Integración Social. Durante el año, ingresaron 63 nuevos casos, principalmente en el 2° y 3° trimestre. Se realizaron acciones como la identificación de pacientes NN y el trámite de documentos para aquellos sin identidad. El 73% de los pacientes fueron egresados: ocho fallecieron, seis se fueron con red de apoyo, cinco solicitaron salida voluntaria y 47 fueron ubicados en hogares de protección.

Tabla 51. Comportamiento de gestión de abandono social Subred

AÑO	I TRIMESTRE			II TRIMESTRE			III TRIMESTRE			IV TRIMESTRE			TOTAL 2024		
	TM	EM	IM	TM	EM	IM	TM	EM	IM	TM	EM	IM	TM	TE	TI
2018	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0
2020	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0
2021	4	0	0	4	2	0	2	0	0	2	1	0	0	3	0
2022	4	1	0	3	1	0	3	2	0	1	0	0	0	4	0
2023	26	10	10	18	3	2	17	8	2	9	2	0	26	23	14
2024	7	1	7	26	6	19	35	14	20	31	12	3	0	33	49
TOTAL	43	12	17	53	12	21	59	26	22	43	15	3	26	65	63

Fuente: Base de gestión abandono 2024

TM: Total mes / EM: Egreso mes / IM: Ingreso mes

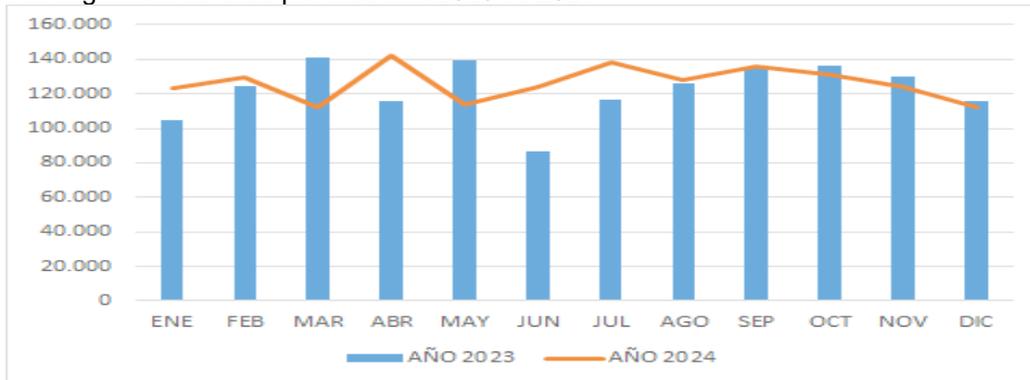
CENTRAL DE ASIGNACIÓN DE CITAS

Asignación de citas

Durante el último trimestre del año 2024, la Subred Implantó la Central de Asignación la cual mediante la modalidad presencial, canal telefónico y agendamiento web, logrando asignar 1.514.898 citas de servicios ambulatorios, aumentando un 4% respecto al año anterior 2023 (1.470.874) a continuación, se observa el comportamiento mensual de la asignación de citas, Subred Norte.

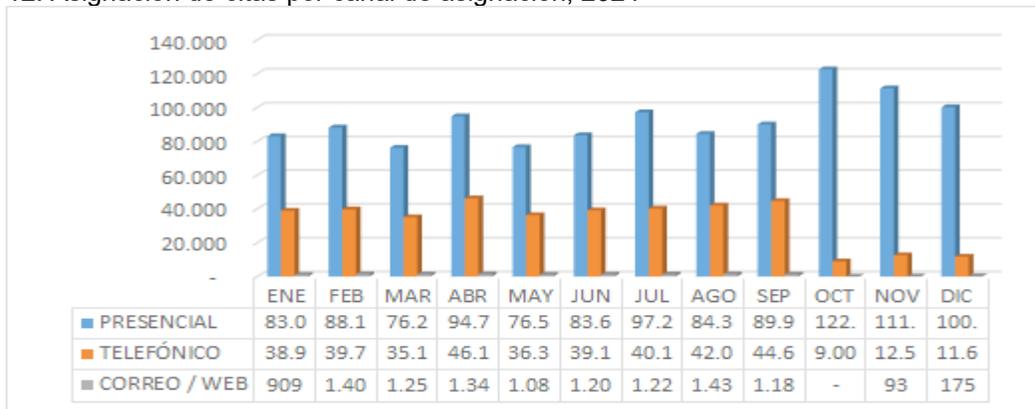
Por canales de asignación el más utilizado durante el año 2024 fue el presencial con 1.108.031 agendamientos con el 73%, en segundo lugar, vía telefónica con 395.550 agendamientos y una participación del 26%, en tercer lugar, se agendaron 11.317 citas que ingresaron por correo electrónico y pagina web la cual se activó en el último del año.

Gráfica 11. Asignación de citas por mes año 2023 vs 2024



Fuente: Reporte de datos Dinámica 2024

Gráfica 12. Asignación de citas por canal de asignación, 2024



Fuente: Reporte de datos Dinámica 2024

Del total de agendamiento, la asistencia de los usuarios a sus citas fue del 77% (1.164.661), 205.253 usuarios incumplieron su cita el cual representa un 14% y la cancelación de las citas fue del 10% correspondiente a 144.984 citas canceladas.

A finales de 2024, la Subred Norte implementó varias estrategias para mejorar la experiencia del usuario en la asignación de citas. Desde el 1 de octubre, se lanzó un Call Center operado internamente, con 16 puestos de trabajo y un software especializado, con planes de ampliar la capacidad. Además, se habilitó un canal de asignación de citas vía web (gestioncitas.subrednorte.gov.co), inicialmente para usuarios de base de datos por capitación (Capital Salud, Sanitas Coosalud), permitiendo la programación de citas de medicina general, laboratorio e imagenología.

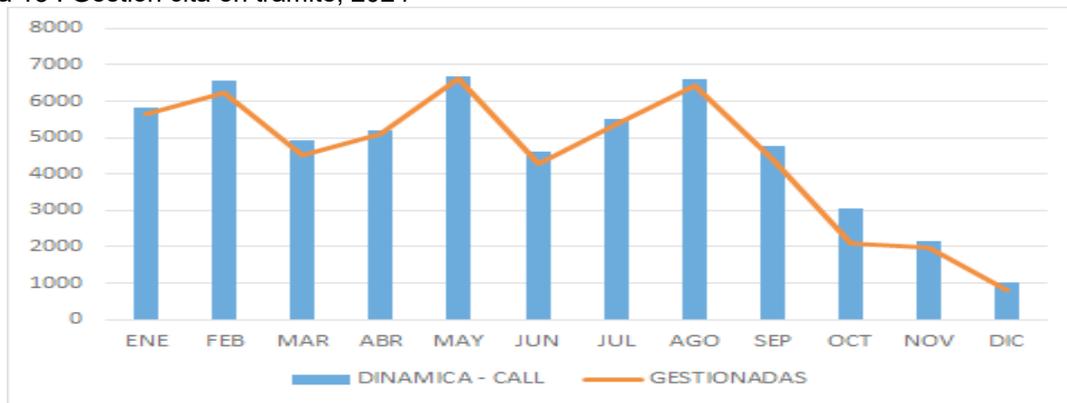
Para mejorar la satisfacción del usuario, desde diciembre de 2024 se probaron dos canales adicionales: el IVR (Respuesta de Voz Interactiva), que también aplica a usuarios por capitación, y el CHAT BOT a través de WhatsApp, ambos disponibles para agendar citas. Se espera que estos canales operen plenamente en el primer trimestre de 2025.

Además, se ajustaron los procesos internos de asignación para que las EAPB puedan hacer seguimiento en tiempo real a sus solicitudes de citas.

Cita en trámite

Cuando por motivos de apertura de agendas, novedades por parte de los especialistas no hay disponibilidad de citas, se ingresa al usuario en una lista de “cita en trámite” se gestiona la apertura de la agenda requerida en esta lista y se realiza los agendamientos de los usuarios, el promedio de respuesta a estas citas es de 94%.

Gráfica 13 . Gestión cita en trámite, 2024



Fuente: Reporte de datos Dinámica 2024, informes call center tercerizado (ene – sep 2024)

Durante el último trimestre estas son las consultas y procedimientos más requeridos que se tramitaron acorde con la disponibilidad de agenda.

Tabla 52. Relación consultas y procedimientos más requeridos por los usuarios 2024

No	CONSULTA	ACTIVIDAD	Total
1	HEMATOLOGIA	HEMATOLOGIA 30 MIN	586
2	GASTROENTEROLOGIA	GASTRO-ADULTO 20 MIN	224

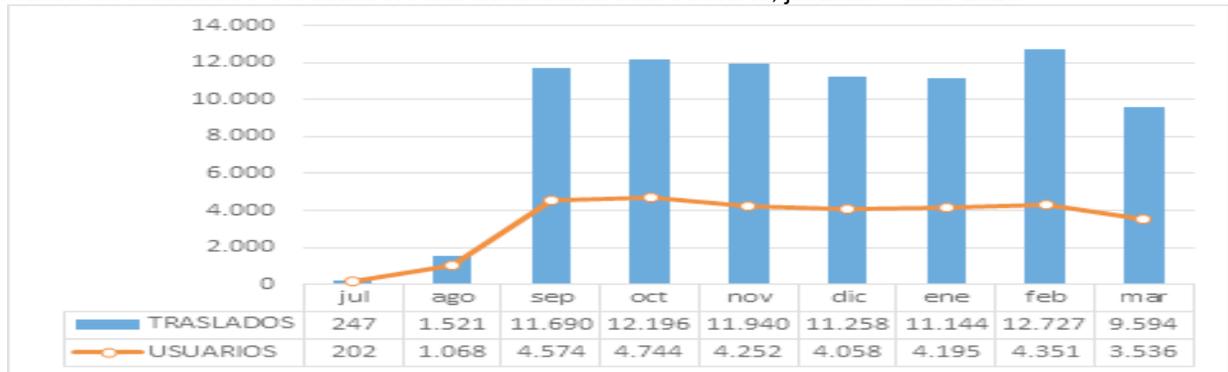
3	ORTOPEDIA Y TRAUMAT	ORTOPEDIA	213
4	CIRUGIA VASCULAR PERIFE	CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA	199
5	OFTALMOLOGIA	RETINA Y OFTAL	205
6	ENDOCRINOLOGIA	ENDOCRINOLOGIA 30MIN	80
No	IMÁGENES	ACTIVIDAD	Total
1	CARDIOLOGIA	ELECTROCARDIOGRAMA ADULTO	124
2	CARDIOLOGIA	ECO TRANSTORAXICO	47
3	CARDIOLOGIA	ELECTROCARDIOGRAMA ADULTO 15MIN	47
No	PROCEDIMIENTOS	ACTIVIDAD	Total
1	GASTROENTEROLOGIA	PROCEDIMIENTOS EVDA 20 MIN	223
2	MEDICINA FISICA Y REHABIL	PROCEDIMIENTOS FISIATRIA ELECTRO DX	186
3	AUDIOLOGIA	CONSULTA AUDIOLOGIA 20 MIN	59
4	CARDIOLOGIA	PROCEDIMIENTO HOLTER 20 MIN	58

Fuente: Reporte de datos Dinámica cita en trámite 2024

RUTA DE LA SALUD

El programa “Ruta de la Salud”, desarrollado mediante un convenio de interadministrativo con la Secretaría Distrital de Salud (Convenio 014 de 2023), comenzó el 29 de junio de 2023 y finalizó el 29 de marzo de 2024. Durante este periodo, se realizaron 82,317 traslados, beneficiando a 30,980 personas. A continuación, se presenta el comportamiento mensual de los traslados y usuarios durante este tiempo.

Gráfica 14 Traslados v/s Usuarios. Ruta de la Salud Subred Norte, jul/2023 – mar/2024

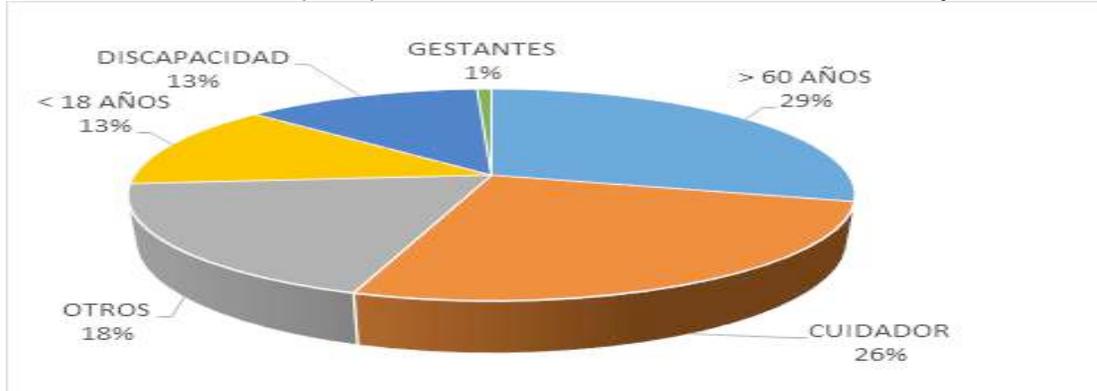


Fuente: Base de datos ruta de la salud 2023-2024

La producción de traslados en julio y agosto de 2023 comenzó con usuarios de programas especiales, ya que durante estos meses operaron los 4 vehículos institucionales mientras se conseguían los vehículos tercerizados. En agosto de 2023, se realizó la inspección de los vehículos tercerizados y la contratación de personal, iniciando la operación con 8 vehículos el 22 de agosto. Para septiembre, se contaba con 14 vehículos, estabilizando el promedio mensual de traslados en 11,507, beneficiando a 4,244 usuarios.

El segundo trimestre (octubre-diciembre 2023) fue el periodo más estable en términos de traslados, con un total de 34,394 traslados que beneficiaron a 13,054 personas.

Gráfica 15 Traslado Usuarios, por Tipo de Población, Ruta de la Salud Subred Norte jul/23–mar/24



Fuente: Base de datos ruta de la salud 2023-2024

En el tercer trimestre, enero registró una leve disminución debido al inicio del año, las festividades y las vacaciones, lo que ocasionó que muchos usuarios no priorizaran sus citas y tratamientos médicos. Esto resultó en un acumulado de traslados en febrero, mes en el que se realizaron la mayor cantidad de traslados durante la vigencia del convenio. Sin embargo, marzo presentó una disminución, debido a los días festivos de Semana Santa y la finalización del convenio Ruta de la Salud el 27 de marzo.

La población más beneficiada por el programa ha sido la de mayores de 60 años (29%), debido a dificultades de movilidad y falta de apoyo familiar para asistir a citas médicas; el 26% fueron cuidadores, principalmente madres de recién nacidos (Plan Canguro) y cuidadores de adultos mayores; el 18% corresponde a adultos de 19 a 59 años con comorbilidades que les impiden trasladarse por sus propios medios; el 13% fueron menores de 18 años, incluidos los usuarios del programa Plan Choque y algunos pacientes de hospitalización diurna en salud mental; otro 13% fueron personas con discapacidad, como usuarios de silla de ruedas, muletas o problemas de salud mental y finalmente, el 1% correspondió a gestantes de alto riesgo, que se trasladan para sus controles y tratamientos médicos.

MESA DE RELACIONAMIENTO

En el marco del Modelo Distrital de Relacionamiento Integral con la Ciudadanía, la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio a la Ciudadanía trabajó de manera colaborativa con la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional durante 2024 para crear una mesa técnica de apoyo bajo la Resolución 0851 de 2024. El objetivo fue fortalecer el relacionamiento con la ciudadanía, según lo dispuesto en el decreto 542 de 2023 – Alcaldía Mayor de Bogotá, definiendo aspectos clave como el propósito, integrantes, funciones, frecuencia de reuniones y mecanismos de seguimiento. Este esfuerzo

mejorará la interacción y comunicación entre la ciudadanía y la institución, promoviendo un enfoque integral y eficaz. El seguimiento a la implementación del modelo forma parte de la agenda del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, para su evaluación, aprobación e inclusión, otorgando así formalidad y prioridad a nivel institucional.

MEJORAMIENTO CONTINUO.

La oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano acoge y ejecuta los diferentes mecanismos de evaluación y mejora dentro de sus líneas de atención, de tal manera que permitan mejorar los procesos al interior y mejorar la calidad de la atención brindada a la población, usuarios y su familia. Para el año 2024, la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano, en el conto con 24 planes de mejora de los cuales el 50% (12) corresponden a auditorias, el 29% (acreditación), el 13 % (3) de riesgos y controles y el 2% (2) otras solicitudes de soporte, los cuales generaron 73 acciones de mejora para dar cumplimiento a los planes. Por fecha de finalización del cumplimiento de las acciones de los diferentes planes de mejora, para el mes de diciembre el 77% (56) de las acciones deben estar cumplidas, el 23% (17) en el mes de enero

LOGROS:

- ✓ Cumplimiento del 100% del plan de acción de la Política de Participación Social en Salud para la vigencia 2024, con un total de 620 acciones proyectadas.

Gráfica 16 - Actividades por planes de mejora

2024 - ACTIVIDADES POR PLANES DE MEJORA				
CLASIFICACIÓN	No planes		No actividades	
	No	%	No	%
ACREDITACIÓN	7	29	30	41
AUDITORIA	12	50	38	52
OTROS	2	8	2	3
RIESGOS Y CONTROLES	3	13	3	4
Total	24	100	73	100

Fuente: OPCSC-Subred Norte

- ✓ Incremento del 1,6% en la satisfacción del usuario, pasando de 96,8% en 2023 a 97,8% en 2024.
- ✓ Ejecución del primer taller de lengua de señas dirigido a los colaboradores, con el fin de mejorar la atención con enfoque diferencial.
- ✓ Aumento del 42% en las felicitaciones recibidas, pasando de 699 en 2023 a 998 en 2024, lo que refleja la calidad de la atención brindada a los usuarios.
- ✓ Reducción del 9,7% en los reclamos en comparación con 2023, pasando de 708 a 639 en 2024, evidenciando un impacto positivo en la atención humanizada.

- ✓ Gestión y reubicación del 73% (66) de pacientes en condición de abandono, de los cuales 47 fueron ubicados en hogares de protección y fundaciones, y 6 fueron devueltos a su red de apoyo cercana.
- ✓ Implementación de la Central de Asignación de Citas de la Subred.

OPORTUNIDADES DE MEJORA:

- Fortalecer la participación social en el marco del adecuado ejercicio de derechos y deberes en salud.
- Reforzar la apropiación de los derechos y deberes en salud tanto por parte del cliente interno como externo.
- Articular estrategias que permitan reducir el porcentaje de quejas y reclamos en la Subred.
- Mejorar la efectividad de los canales de acceso para la asignación de citas en la Subred.

DIFICULTADES:

- Rotación de personal en la OPCSC, lo que dificulta la apropiación y continuidad de los procesos y procedimientos del área.
- Limitada capacidad de oferta de especialidades a nivel nacional, lo que afecta la oportunidad de atención debido al alto volumen de demanda.
- Baja capacidad de respuesta del canal telefónico de asignación de citas frente al incremento de la demanda.

RETOS:

- Empoderar a la ciudadanía sobre el ejercicio de la participación social como derecho.
- Disminuir el número de reclamos relacionados con la oportunidad de la atención.

2. MACROPROCESO MISIONAL.

2.1. GESTIÓN AMBULATORIA

Capacidad instalada - Infraestructura: La Dirección de Servicios Ambulatorios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, para la prestación de los servicios ofertados a cierre de la vigencia 2024, contó con un total de 281 consultorios, 14 salas de procedimientos y 61 unidades odontológicas, de acuerdo con los registros del REPS, distribuidos de la siguiente manera:

Tabla 53. Infraestructura física a diciembre de 2024

SEDES	CONSULTORIOS AMBULATORIO	CONSULTORIOS ODONTOLOGIA	UNIDADES ODONTOLOGICAS	TOTAL CONSULTORIOS
HOSPITAL CHAPINERO	23	1	5	24
CENTRO DE SALUD TIPO 1 SAN LUIS	2	1	1	3
HOSPITAL ENGATIVA CALLE 80	29	1	4	30
HOSPITAL EMAUS	10	2	3	12
CENTRO DE SALUD TIPO 2 GARCES NAVAS	5	1	3	6
CENTRO DE SALUD TIPO 2 BOYACA REAL	7	1	2	8
CENTRO DE SALUD TIPO 2 BACHUE	4	1	2	5
CENTRO DE SALUD TIPO 2 QUIRIGUA	5	1	2	6
CENTRO DE SALUD TIPO 1 BELLAVISTA	4	1	2	5
CENTRO DE SALUD TIPO 1 ALAMOS	4	1	2	5
CENTRO DE SALUD TIPO 1 ESPAÑOLA	7	1	2	8
HOSPITAL SIMON BOLIVAR	31	3	3	34
CENTRO DE SALUD TIPO 2 VERBENAL	17	1	3	18
CENTRO DE SALUD TIPO 2 SAN CRISTOBAL	8	2	2	10
CENTRO DE SALUD TIPO 2 USAQUEN	7			7
CENTRO DE SALUD TIPO 1 SANTA CECILIA	2	1	1	3
CENTRO DE SALUD TIPO 1 CODITO	5	2	2	7
CENTRO DE SALUD TIPO 1 BUENA VISTA	2	1	1	3
CENTRO DE SALUD TIPO 1 ORQUIDEAS	5	1	4	6
HOSPITAL CSE SUBA	18			18
HOSPITAL FRAY BARTOLOME DE LAS CASAS	21	1	2	22
CENTRO DE SALUD TIPO 2 SUBA	16	2	5	18
CENTRO DE SALUD TIPO 2 GAITANA	9	1	4	10
CENTRO DE SALUD TIPO 2 RINCON	5	1	3	6
CENTRO DE SALUD TIPO 2 PRADO VERANIEGO	6	1	3	7
TOTAL	252	29	61	281

Fuente: Dirección de servicios ambulatorios diciembre 2024

De acuerdo con la Resolución No.3100/2019 (Sistema Único de Habilitación), se verifican los servicios habilitados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) y se cruzan con los servicios actualmente ofertados y prestados, desde el proceso de gestión ambulatoria, contando con 56 servicios habilitados y ofertados efectivamente.

Resultados de producción

Tabla 54 **Producción Servicios Consulta Externa 2022 – 2024.** PRODUCCION DE SERVICIOS CONSULTA EXTERNA 2023-2024

	2023	2024
TOTAL PRODUCCION	858.899	913.672

Fuente: Gestión de la información Subred Norte

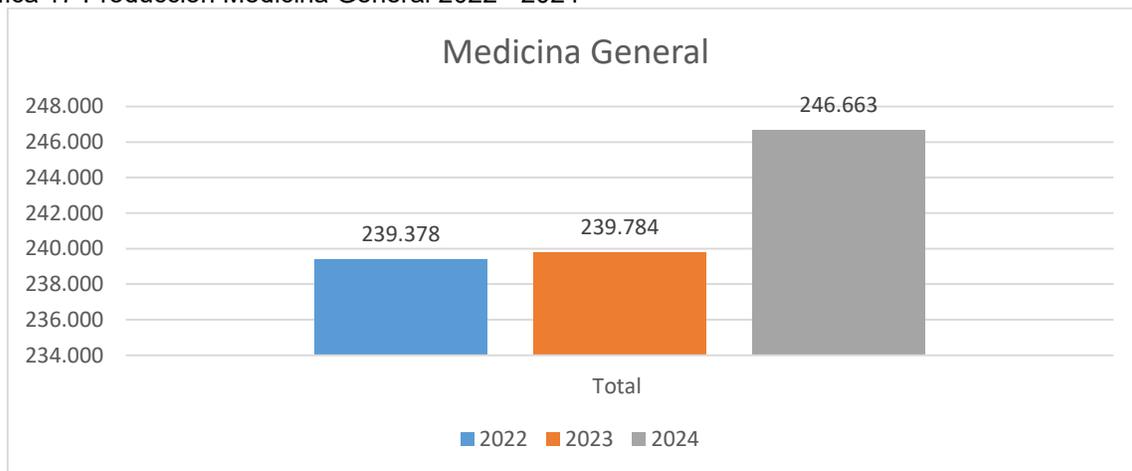
En la vigencia 2024 se alcanzó un incremento de 6,4% (n=54.773) en la producción de servicios ambulatorios comparado con 2023. A partir de los resultados obtenidos en el año 2023, se generaron nuevas estrategias para fortalecer la prestación de servicios acorde a la demanda, a continuación, se presenta los resultados por servicio.

Medicina General

En el año 2024 se realizó un total de 246.663 consultas de medicina general, alcanzando un incremento de 3% (n=6.879) con relación a 2023, este resultado se da principalmente a expensas del aumento en la consulta de PyD en el marco del fortalecimiento de la RIA de PMS en los cursos de vida de infancia y adultez.

Del total de las atenciones de medicina general realizadas en 2024; el 70,2% (n=173.263) corresponde a consulta resolutive, el 27,8% (n=68.676) a consulta de PyD y el 1,9% (n=4.724) restante a consulta prioritaria.

Gráfica 17 Producción Medicina General 2022 - 2024



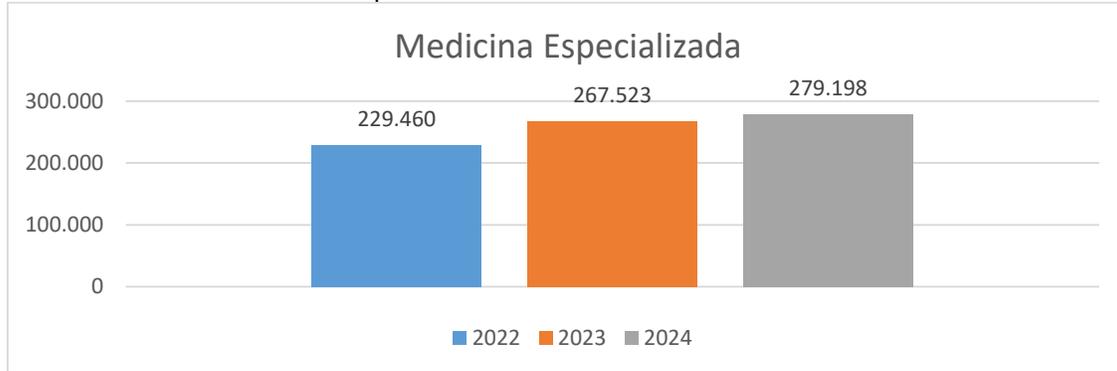
Fuente: Gestión de la información Subred Norte

Los centros de atención con mayor producción en el año 2024 fueron Centro de Salud Tipo II Suba con un aporte de 10,7%, Centro de Salud Tipo II Verbenal:10,6% y Hospital Chapinero: 8%.

Medicina Especializada

En el año 2024 con un total de 279.198 consultas de medicina especializada realizadas se alcanzó un incremento de 4,4% (n=11.675) con relación a la vigencia 2023.

Gráfica 18. Producción Medicina Especializada 2022 - 2024



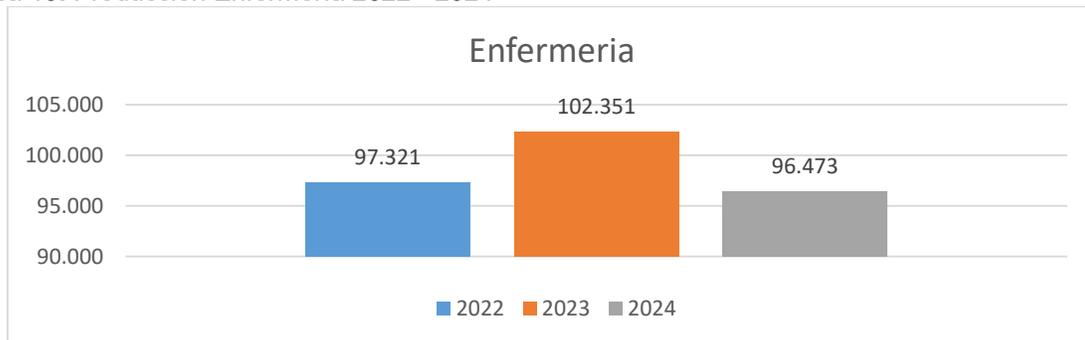
Fuente: Gestión de la información Subred Norte

En el año 2024, las 5 especialidades que mayor demanda tuvieron fueron: Psiquiatría cuyo aporte al total de la producción de medicina especializada represento el 14%, seguido de Pediatría con el 12,1%, Medicina Interna con el 9,5%, Medicina Familiar 8,2% y Oftalmología 6,9%; las unidades de atención que mayor aporte registran en el 2024, son: Hospital Simón Bolívar con el 25,7% (n=71.805); Hospital Fray Bartolomé con el 14,9% (n=41.734) y Hospital Engativá con el 14,9% (n=41.524).

Enfermería

En el año 2024 se realizaron 96.473 consultas de enfermería, disminuyendo en 5.7% (n=5.878) el resultado en comparación con el año 2023 (n=102.351); este comportamiento está relacionado con la disminución en la oferta del talento humano para este servicio.

Gráfica 19. Producción Enfermería 2022 - 2024



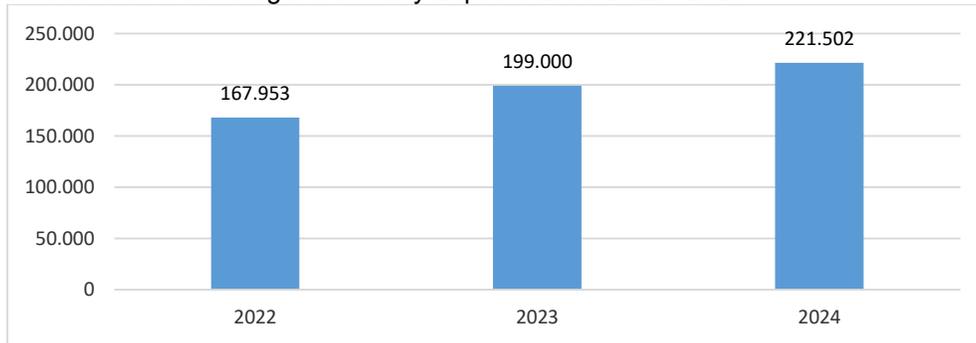
Fuente: Gestión de la información Subred Norte

Los centros de atención con mayor producción en el año 2024, fueron Hospital Engativá con el 11,6% (n=11.200); Centro de Salud Tipo II Suba: 8,7% (n=8.413) y Centro de Salud Tipo II San Cristóbal con el 6,8% (n=6.599).

Producción Odontología

En el año 2024 se realizaron 221.502 consultas de odontología general y especializada, aumentando en 11,3% (n=22.502) el resultado de 2023 y aumentando el 31,9% (n=53.549) respecto a 2022. En 2024 se fortalece el proceso de minería de datos para la generación del reporte de producción.

Gráfica 20. Producción Odontología General y Especializada 2022 - 2024



Fuente: Gestión de la información Subred Norte

Los centros de atención con mayor producción en el año 2024, fueron: Hospital Chapinero: 11,1% (n=24.630); Centro de Salud Tipo II Suba: 10,9% (n=24.251) y Centro de Salud Tipo II Gaitana: 7,7% (n=17.109).

Indicadores de Oportunidad

Tabla 55 Indicadores de Oportunidad 2022 a 2024

SERVICIO	ESTÁNDAR	AÑO	PROMEDIO
MEDICINA GENERAL	3 días	2022	2,1
		2023	2,5
		2024	2,2
GINECOOBSTETRICIA	5 días	2022	3,4
		2023	4,5
		2024	4,2
ODONTOLOGÍA GENERAL	3 días	2022	1,7
		2023	2,9
		2024	2,5
PEDIATRÍA	5 días	2022	3,2
		2023	3,9
		2024	2,9
ENFERMERÍA	3 días	2022	2,1
		2023	2,2
		2024	1,7

Fuente: Gestión de la información Subred Norte

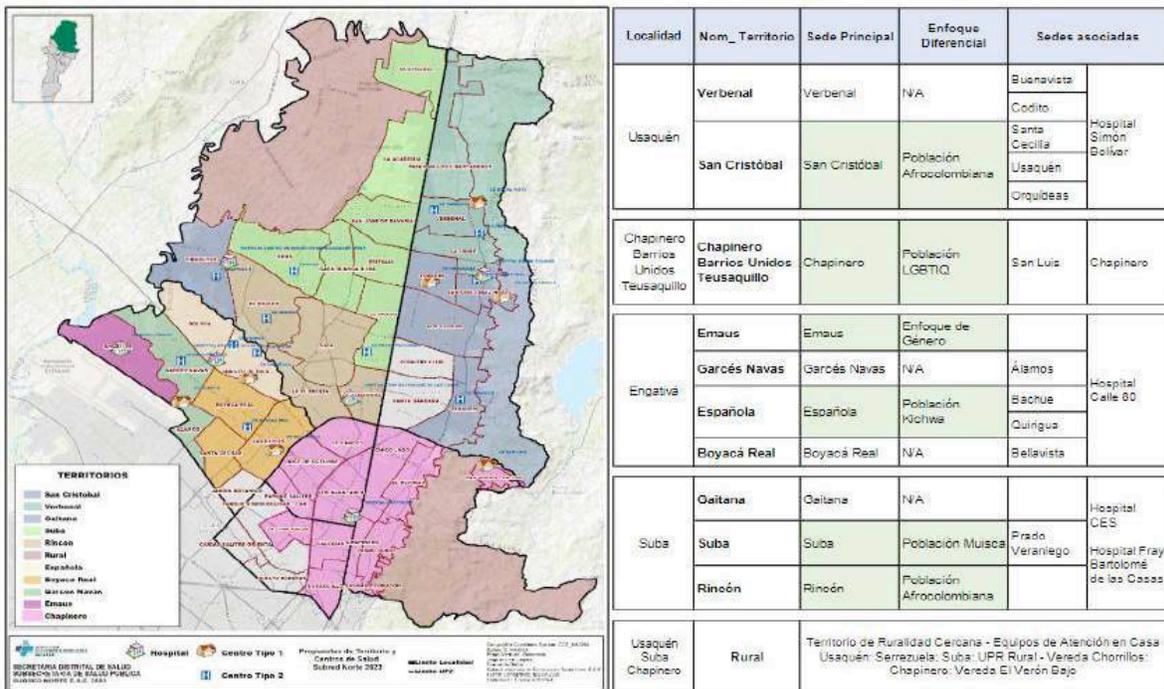
El comportamiento observado en la tabla anterior permite evidenciar el cumplimiento de estándares de oportunidad durante las 3 últimas vigencias para servicios y especialidades básicas, resultado relacionado con los ajustes efectuados a la oferta de servicios de acuerdo a la demanda.

Resultados implementación Enfoque diferencial

En el marco del Modelo Integral de Atención en Salud de la Subred Norte, la prestación de los servicios de salud parte de la caracterización poblacional, lectura de necesidades y realidades en los territorios de influencia, características geográficas y de poblamiento, en este sentido y como resultado del acercamiento y trabajo articulado con lideresas, líderes y Gobernadores de los pueblos y poblaciones identificados ha permitido profundizar en la lectura de realidades de cada pueblo o población y así mismo realizar la territorialización del modelo diferencial.

Gráfica 21 Mapa territorialización del Modelo de Atención en Salud

Mapa 1. Territorialización del Modelo de Atención en Salud



Fuente: Elaboración Propia, Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E

Con base en lo anterior en dichas localidades se han priorizado centros de salud para la atención de las poblaciones diferenciales identificadas quedando distribuidos así:

Tabla 56 Centros de atención población diferencial

LOCALIDAD	CENTRO DE SALUD / HOSPITAL	PUEBLO / POBLACIÓN
Chapinero	Chapinero	LGBTIQ+
Engativá	Española	Indígena – Kichwa
Suba	Rincón	Afrocolombiana
Usaquén	Verbenal	Discapacidad
Suba	Suba	Indígena - Muisca
Engativá	Emaús	Género Mujer

Fuente: Elaboración propia, Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

A continuación, se presentan los resultados relacionados con el proceso de atención a población diferencial:

Clínica de Género – USS Chapinero

En las localidades de Chapinero y Teusaquillo se han identificado zonas con historia de esparcimiento y residencia de población de los sectores LGTBQ+, quienes han manifestado situaciones de discriminación en la atención, relacionadas con el desconocimiento de las identidades y orientaciones sexuales diversas.

Tabla 57 Atenciones población LGTBQ+ POBLACIÓN LGTBQ+

Indicador	2023	2024
Personas atendidas		90
Numero de Atenciones	372	1.486

Fuente: Gestión información Subred Norte

La atención diferencial para población diferencial LGTBQ+ inicio en el mes de julio de 2023 alcanzando una cobertura de 129 personas y 196 actividades desarrolladas relacionadas con Ruta de promoción y mantenimiento de la salud según Resolución 3280 de 2018 y atenciones resolutivas de medicina general y especializada según las necesidades identificadas.

La clínica abre sus puertas a finales del mes de diciembre de 2023, en el Hospital Chapinero, se prestaron atenciones de ginecología endocrinología, psiquiatría, psicología con una cobertura de 90 atenciones y 1.486 en 2024

Pueblo Indígena Kichwa - USS Española

En la localidad de Engativá se encuentra ubicado el Cabildo indígena Kichwa, pueblo originario del Ecuador que migro a Colombia en los años 40 para la comercialización de productos textiles, reporta 125 familias que da un equivalente a 700 comuneros, de los cuales el 80% de la población hace parte del régimen subsidiado.

Tabla 58. Atenciones población indígena Kichwa POBLACION INDIGENA KICHWA

Indicador	2023	2024
Personas atendidas		332
Atenciones realizadas	330	810

Fuente: Gestión información Subred Norte

La atención diferencial al pueblo Kichwa se da inicio en el mes de junio de 2023, alcanzando con corte al mes de diciembre 330 atenciones dentro de las cuales se encuentran las acciones definidas en Ruta de promoción y mantenimiento de la salud según resolución 3280 de 2018 y atenciones resolutivas de medicina general y especializada según las necesidades identificadas. En 2024 se atendieron 332 personas y se realizó un total de 810 atenciones para los diferentes servicios requeridos por la población.

Población Afrocolombiana: USS Rincón y San Cristóbal

Tiene un asentamiento de aproximadamente 16.500 personas en la localidad de Suba que corresponden alrededor del 15% de la población Afro del distrito, de acuerdo a la caracterización realizada por el Entorno Cuidador Hogar, en la unidad de planeación Zonal El Rincón se encuentra la mayor cantidad de residentes con el 63.6% de la población caracterizada.

Por otra parte, en la localidad de Usaquén las acciones desarrolladas en años previos mostraron la residencia de población Afrocolombiana en la parte alta de los cerros orientales de dicha localidad y el reporte comunitario muestra que en la localidad residen aproximadamente 3.103 personas

Tabla 59 . Atenciones población afrocolombiana. POBLACION AFROCOLOMBIANA

SEDE	Indicador	2023	2024
RINCÓN	Personas atendidas		250
	Atenciones realizadas		419
SAN CRISTÓBAL	Personas atendidas		256
	Atenciones realizadas		252
TOTAL	Personas atendidas	185	506
	Atenciones realizadas		671

Fuente: Gestión información Subred Norte

En la población Afro las atenciones se dan inicio en el mes de enero de 2023 alcanzando corte al mes de diciembre de 2023 un total de 185 personas atendidas, dentro de las actividades realizadas se encuentran las acciones definidas en Ruta de promoción y mantenimiento de la salud según resolución 3280 de 2018 y atenciones resolutivas de medicina general y especializada según las necesidades identificada. En 2024 se atendieron 506 personas y se realizó un total de 671 atenciones para los diferentes servicios requeridos por la población.

Población con discapacidad: USS Verbenal

En 2024 se realizó un total de 395 atenciones a 292 personas con discapacidad en la USS Verbenal.

Tabla 60. Atenciones población con discapacidad POBLACION CON DISCAPCIDAD

Indicador	2024
Personas atendidas	292
Atenciones realizadas	395

Fuente: Gestión información Subred Norte

Pueblo Indígena Muisca

En la localidad de Suba se encuentra ubicado el cabildo Muisca, residentes ancestrales del territorio, quienes se encuentra en aproximadamente 10.260 comuneros, de acuerdo

con lo que refiere el gobernador, de los cuales cerca del 70% de la población se encuentra afiliado al régimen subsidiado.

Tabla 61 Atenciones población indígena Muisca POBLACIÓN INDIGENA MUISCA

Indicador	2023	2024
Personas atendidas		567
Atenciones realizadas	749	874

Fuente: Gestión información Subred Norte

Las atenciones de población Indígena Muisca inicia en el mes de marzo de 2023 alcanzando un total de 749 atenciones con corte al mes de diciembre, dentro de las actividades realizadas se encuentran las acciones definidas en Ruta de promoción y mantenimiento de la salud según resolución 3280 de 2018 y atenciones resolutivas de medicina general y especializada según las necesidades identificadas. En 2024 se atendieron 567 personas y se realizó un total de 810 atenciones para los diferentes servicios requeridos por la población.

Género - Mujer

En la unidad de Planeación Zonal de Engativá, de la localidad que lleva el mismo nombre se identificaron 9.443 personas con discapacidad residentes, con mayor proporción en las personas mayores de 29 años. El territorio fue priorizado para la implementación de la estrategia de Manzanas del cuidado definiendo el Hospital de Emaús como la sede ancla, en las que se desarrollan acciones sectoriales e intersectoriales en pro del reconocimiento del trabajo que implica el cuidado el cual es desarrollado en mayor proporción por mujeres.

Tabla 62 Atención integral mujer. ATENCION INTEGRAL MUJER

Indicador	2024
Personas atendidas	11.562
Atenciones realizadas	14.328

Fuente: Gestión información Subred Norte

En 2024 se atendieron 11.562 personas y se realizó un total de 14.328 atenciones para los diferentes servicios requeridos por la población en las diferentes localidades y sedes donde se cuenta con consultorios para atención integral de este grupo poblacional.

De igual manera, es relevante resaltar algunos resultados del proceso así:

- ❖ Certificación de 12 Unidades de servicios de salud como Instituciones Amigas de la mujer y la infancia Integral (Bachué, Álamos norte, Bella Vista, Boyacá Real, Calle 80, Caps Suba, Emaús, española, Garcés Navas, Quirigua, Chapinero y Verbenal).
- ❖ Implementación de la estrategia de atención integral en salud oral de los cero a los mil días, que incluye la atención de la mujer gestante el recién nacido y su núcleo familiar que busca mejorar la salud oral de nuestras familias.

Logros:

- ❖ Disminución de barreras de acceso en los servicios ambulatorios a partir del incremento en la oferta, que para la vigencia 2024 está representada en una variación positiva de 6,4% (n=54.773) comparado con 2023. Todos los servicios presentaron incremento con excepción enfermería.
- ❖ En 2024, se logró fortalecer el fomento de las actividades de PyD, que se ve representado en incremento de 32% (n=16.999) en consulta de valoración integral por médico comparado con la vigencia 2023.
- ❖ Se ha logrado mantener la oportunidad para asignación de citas conforme a los estándares establecidos por la norma.
- ❖ Certificación de 12 Unidades de Servicios de Salud como Instituciones Amigas de la mujer y la infancia Integral en 2024.
- ❖ Mejora de las coberturas en la atención a población diferencial, especialmente LGBTQ+, población Kichwua, población afro y población muisca.

Oportunidades de mejora

- ❖ Replantear las estrategias orientadas a disminuir la inasistencia de usuarios en los servicios de consulta externa.
- ❖ Fortalecer las acciones tendientes a optimizar la capacidad instalada disponible tanto de infraestructura como de talento humano.
- ❖ Avanzar en la implementación del Modelo Más Bienestar en concordancia con el cronograma definido conjuntamente con Secretaría Distrital de Salud.
- ❖ Avanzar en el monitoreo de los tiempos de espera durante el ciclo de atención.

Dificultades:

- ❖ No utilización adecuada de los servicios de salud por parte de algunos usuarios impactando de manera negativa el indicador de inasistencia.
- ❖ Débil corresponsabilidad por parte del usuario en el proceso de adherencia a planes de tratamiento.

2.2. GESTIÓN DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA.

La Subred Norte E.S.E. dispone de servicios de internación hospitalaria con el objetivo de ofertar atención intrahospitalaria donde los usuarios tienen acceso a los servicios de hospitalización a través de atención inicial por urgencias, consulta externa, cirugía o referencia de otras IPS, en seis sedes con una amplia capacidad instalada que da cobertura en las localidades de Suba, Barrios Unidos, Chapinero, Engativá, Teusaquillo y Usaquén de la zona norte de Bogotá; a continuación se presenta la oferta de servicios en las seis (n=6) sedes hospitalarias.

Tabla 63. Oferta de servicios hospitalarios

SEDES HOSPITALARIAS SUBRED NORTE	NIVEL DE COMPLEJIDAD
Hospital Simón Bolívar	Hospitalización y Cirugía Alta Complejidad
Hospital de Suba CSE	Hospitalización y Cirugía Mediana Complejidad
Hospital Engativá Calle 80	Hospitalización y Cirugía Mediana Complejidad
Hospital Chapinero	Hospitalización Baja complejidad
Hospital Fray Bartolomé de las Casas	Hospitalización Mediana Complejidad
Hospital Emaús	Hospitalización Baja complejidad
PORTAFOLIO DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	
HOSPITALIZACIÓN	CIRUGÍA
<ul style="list-style-type: none"> • Atención Institucional de Paciente Crónico • Cuidado Básico Neonatal • Cuidado Intensivo Adultos • Cuidado Intensivo Neonatal • Cuidado Intensivo Pediátrico • Cuidado Intermedio Adultos • Cuidado Intermedio Neonatal • Cuidado Intermedio Pediátrico • General Adultos • General Pediátrica • Hospitalización en Unidad de Salud Mental • Internación Parcial en Hospital • Obstetricia • Psiquiatría o Unidad de Salud Mental • Unidad de Quemados Adultos • Unidad de Quemados Pediátricos 	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía de la Mano • Cirugía Ginecológica • Cirugía Maxilofacial • Cirugía Neurológica • Cirugía Oftalmológica • Cirugía Oral • Cirugía Ortopédica • Cirugía Otorrinolaringología • Cirugía Pediátrica • Cirugía Plástica y Estética • Cirugía Urológica • Cirugía Vasculay Angiológica • Trasplante de Piel y Componentes de la Piel • Trasplante Tejidos Oculares

Fuente: Dirección Servicios Hospitalarios diciembre 2024

Tabla 64. Capacidad Instalada Hospitalización a diciembre 2024

SERVICIO		SIMON BOLIVAR	CSE SUBA	ENGATIVA	FRAY	CHAPINERO	EMAUS	N° CAMAS
CUIDADO INTENSIVO ADULTO	UCI GENERAL	32	6	7	0	0	0	45
	UCI QUEMADOS	18	0	0	0	0	0	18
CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	UCI INTERMEDIOS GENERAL	4	3	3	0	0	0	10
	UCI INTERMEDIO QUEMADOS	22	0	0	0	0	0	22
CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO	UCI PEDIATRICO	11	0	0	0	0	0	11
CUIDADO INTERMEDIO PEDIATRICO	UCI PEDIATRICO QUEMADOS	13	0	0	0	0	0	13
	INTERMEDIO PEDIATRIA	1	0	0	0	0	0	1
CUIDADO NEONATAL	CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	9	6	4	0	0	0	19
	CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	9	4	10	0	0	0	23
	UNIDAD BASICA NEONATAL	16	10	12	0	0	0	38
HOSPITALIZACION	MEDICINA INTERNA	75	0	118	0	28	0	221
	PROGRAMA ESPECIAL	11	0	0	0	0	0	11
	QUIRURGICOS	63	45	0	0	0	0	108
	GINECO-OBSTETRICIA	10	28	23	0	0	0	61
	PEDIATRIA	49	39	0	0	0	0	88
	SALUD MENTAL ADULTO	0	0	0	102	0	0	102
	SALUD MENTAL ADOLESCENTE	0	0	0	16	0	0	16
PACIENTE CRONICO SIN VENTILADOR	HOSPITALIZACION ADULTOS	0	0	0	0	0	17	17
	HOSPITALIZACION ADULTOS	0	0	0	0	0	2	2
TOTAL		343	141	177	118	28	19	826

Fuente: Dirección Servicios Hospitalarios diciembre 2024

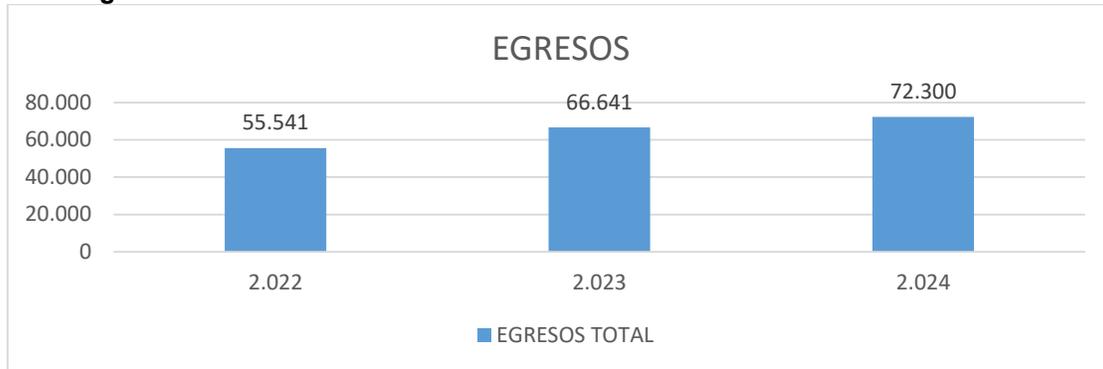
Resultados de producción

Acorde a la reactivación de oferta y demanda de servicios de salud en evento post pandemia; se dinamizaron los servicios incrementando así la producción. A continuación, se presenta la información:

Egresos Hospitalarios.

En el año 2024, se observa un crecimiento sostenido en el número total de egresos hospitalarios, lo que refleja mejoras significativas en la gestión operativa y la capacidad de respuesta de las unidades hospitalarias. Para 2024, los egresos alcanzaron un total de 72.300, lo que equivale a un aumento del 8,49% respecto al año anterior 2023 en donde se registraron 66.641 egresos.

Gráfica 22. Egresos 2022 a 2024



Fuente: Gestión información Subred Norte

En la siguiente grafica se muestra el comportamiento de los egresos hospitalarios mes a mes durante la vigencia 2024:

Gráfica 23 Egresos 2024



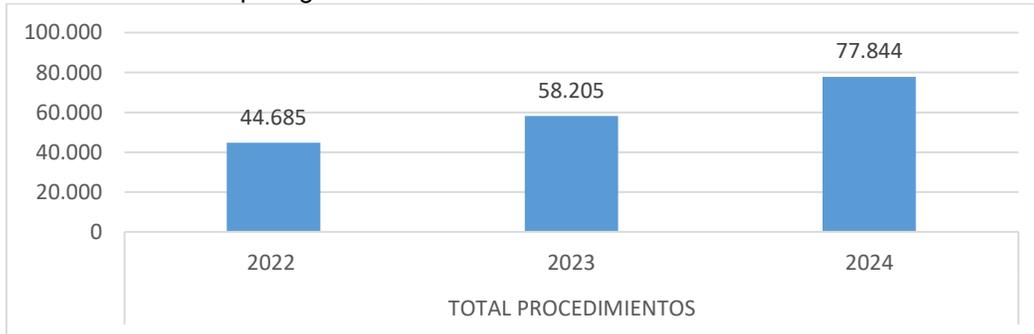
Fuente: Gestión información Subred Norte

Servicios Quirúrgicos

Durante el año 2024, se implementaron diversas estrategias desde la administración, en coordinación con la dirección hospitalaria y el departamento quirúrgico, para mejorar la oportunidad y los indicadores quirúrgicos. Estas acciones no solo permitieron restablecer el servicio de manera eficiente, sino también alcanzar los objetivos de prestar servicios quirúrgicos seguros, oportunos, pertinentes, con un trato humanizado y de alta calidad.

Entre las estrategias destacadas se incluyó el fortalecimiento del sistema de información, lo cual garantizó la presentación de datos confiables que cumplieron con la normatividad y los criterios clave como precisión, oportunidad, relevancia y comprensión. Este enfoque contribuyó a asegurar la calidad de la información ya tomar decisiones basadas en datos sólidos.

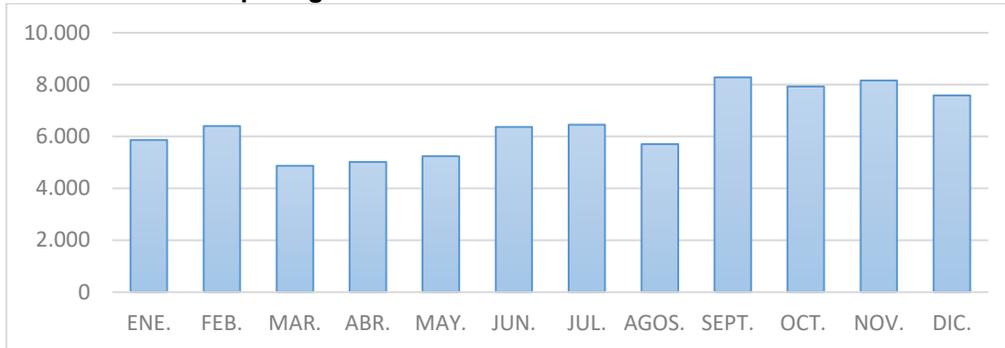
Gráfica 24 Procedimientos quirúrgicos 2023 a 2024



Fuente: Gestión información Subred Norte

La gráfica permite observar el incremento notable durante el año 2024. En este año, se alcanzó un total de 77.844 procedimientos, reflejando un incremento del 33,78% en comparación con el año anterior.

Gráfica 25 Procedimientos quirúrgicos 2024



Fuente: Gestión información Subred Norte

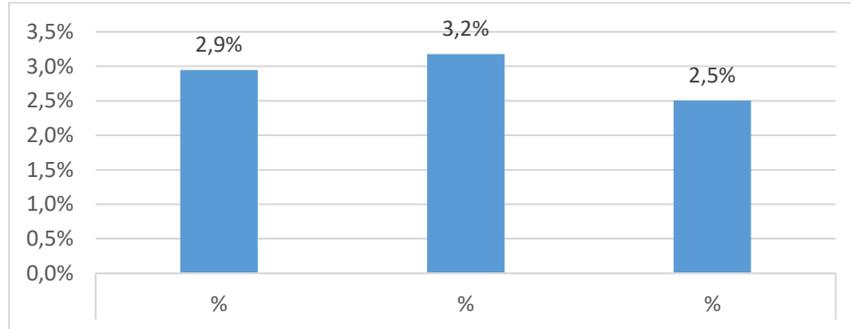
En la gráfica 9 se puede evidenciar la producción mes a mes del año 2024 con un aumento en la cantidad de procedimientos mensuales desde septiembre del año en mención. Estos resultados son un indicador claro de la efectividad de las estrategias implementadas y el compromiso con la mejora continua en la prestación de servicios quirúrgicos.

Cancelación de cirugías

Durante el año 2024, se trabajó de manera consistente para reducir el porcentaje de procedimientos quirúrgicos cancelados, con el objetivo de mantener igual o inferior al 5%. Este esfuerzo reflejó la implementación de estrategias dirigidas a optimizar la planeación

quirúrgica, mejorar la gestión de recursos y fortalecer la coordinación entre las áreas involucradas.

Gráfica 26. CANCELACIÓN año 2022 a 2024



Fuente: Gestión información Subred Norte

En 2023, se programaron 12.146 procedimientos y el porcentaje de cancelación registró un 3,2% debido a diversos retos operativos. Para el año 2024, se observó una mejora significativa, ya que, con un total de 21,862 procedimientos programados, solo 547 fueron cancelados, reduciendo el porcentaje de cancelación a 2.5%.

Profundizando en el análisis de los motivos que generan la cancelación de procedimientos, y en concordancia con lo estipulado en la Resolución 256 de 2016, se presentan a continuación los gráficos que desglosan las causas de cancelación clasificadas como atribuibles y no atribuibles a la institución durante la vigencia 2024. Este enfoque permite identificar con mayor claridad las áreas de mejora y reforzar las estrategias dirigidas a optimizar la programación quirúrgica y la calidad del servicio.

Tabla 65. Cancelación por causa institucional y no institucional año 2024

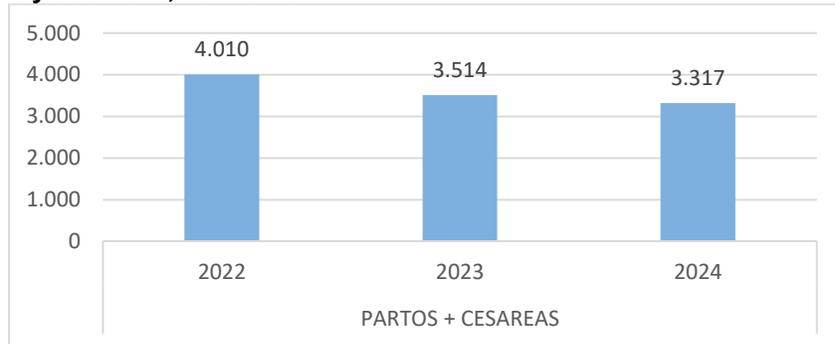
CAUSA 2024	TOTAL
RELACIONADOS CON EL USUARIO	611
MATERIALES E INSUMOS	149
ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO Y GESTIÓN	146
PROCESO DE ATENCIÓN	208
RECURSO HUMANO	10
INFRAESTRUCTURA Y EQUIPOS	63
TOTAL	1187

Fuente: Gestión información Subred Norte

Partos y Cesáreas

Durante el año 2024, se evidencia una disminución en el número de cesáreas y partos atendidos en la Subred, reflejando posibles cambios en la dinámica de la atención obstétrica o en la demanda de estos servicios. En el caso de las cesáreas, se realizaron 1.438 en 2024 (-6% respecto a 2023). Por su parte, los partos registraron una cifra de 1.853 en 2024 (-9% respecto a 2023). Estos datos reflejan la necesidad de profundizar en el análisis de los factores que influyen en esta tendencia, como la posible disminución de la natalidad o cambios en los protocolos de atención.

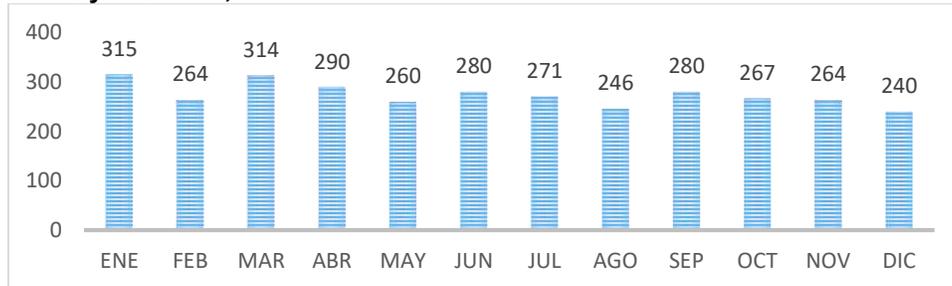
Gráfica 27 Partos y cesáreas, 2022 a 2024



Fuente: Gestión información Subred Norte

En la siguiente grafica se muestra el comportamiento del total de partos y cesáreas atendidas mes a mes durante la vigencia 2024:

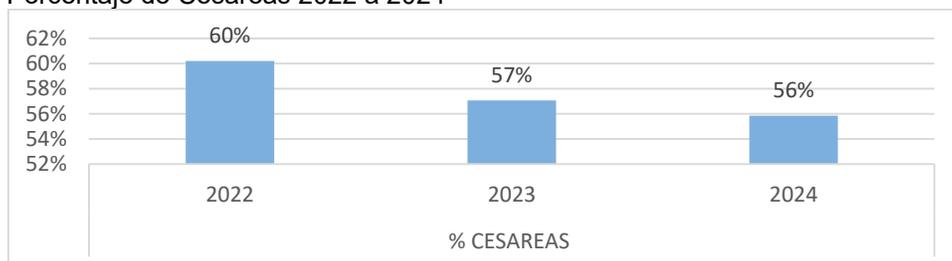
Gráfica 28 Partos y cesáreas, año 2024



Fuente: Gestión información Subred Norte

La tasa de cesáreas se analiza acorde a los criterios de clasificación (Robson) fueron definidos por la OMS como estándar para evaluar las tasas de cesárea, según diez categorías que surgen a partir de cinco características presentes en toda gestante: paridad, comienzo del trabajo de parto (espontáneo, inducido o cesárea antes del comienzo del trabajo de parto); edad gestacional; presentación fetal (cefálica o podálica) y situación transversa; y cantidad de fetos (único o múltiple).

Gráfica 29. Porcentaje de Cesáreas 2022 a 2024



Fuente: Gestión información Subred Norte

Indicadores de eficiencia

Tabla 66 Indicadores de eficiencia hospitalaria 2022 - 2024

INDICADOR	ESTANDAR	Año	PROMEDIO
GIRO CAMA	6	2022	5,9
		2023	6,9
		2024	7,5
PROMEDIO DIA ESTANCIA	6 días	2022	4,6
		2023	4,0
		2024	3,6
PORCENTAJE DE OCUPACION	Ocupación entre el 80% y el 90%	2022	87%
		2023	91%
		2024	89%

Fuente: Gerencia de la información Subred Norte

Los indicadores de eficiencia hospitalaria reflejan los avances logrados en la gestión de los servicios de hospitalización. En 2024, el giro cama alcanzó un promedio de 7,5 días, superando los resultados obtenidos en 2023, evidenciando una mayor rotación y optimización en la utilización de los recursos hospitalarios. De manera similar, el promedio de estancia mostró una mejora significativa, pasando de 4.6 días en 2023 a 3.6 días en 2024, lo que resalta el impacto positivo de las estrategias implementadas para agilizar los procesos de atención y promover una mayor eficiencia en el manejo de los pacientes.

Logros

- ❖ Fortalecimiento y reestructuración programa AMED, mejorando la eficiencia del mismo con el fin de generar nueva venta de servicios.
- ❖ Apertura de 8 salas de cirugía remodeladas HSB.
- ❖ Aumento número de procedimientos quirúrgicos realizados 2024 vs 2023 en un 35%.
- ❖ Disminución del porcentaje de cancelación de cirugía 2024 vs 2023 en un 3,4 %.
- ❖ Inicio de procedimientos quirúrgicos de Clínica de Genero.
- ❖ Incremento de egresos hospitalarios 2024 vs 2023 31.7%.

Dificultades

- ❖ Rotación de talento humano, difícil consecución de enfermeros, auxiliares de enfermería y especialistas.
- ❖ Incremento de lista de espera de cirugías que requieren material de osteosíntesis e insumos de oftalmología.

Oportunidades de mejora

- ❖ Puesta en marcha del servicio de Neurointervencionismo en el HSB.
- ❖ Consecución de equipos biomédicos que apoyan la gestión y fortalecimiento de la gestión quirúrgica con el fin de aumentar la producción de las salas de cirugía.
- ❖ Lograr la ampliación escalonada de camas hospitalarias CSE SUBA para el fortalecimiento de la capacidad hospitalaria.
- ❖ Apertura de servicios de salud mental de hospitalización y hospital día en unidad de Emaús para mejorar la oferta de salud mental en el distrito.

- ❖ Incrementar número de procedimientos quirúrgicos correspondientes a la atención de pacientes de clínica de género.

2.3. GESTIÓN DE URGENCIAS.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., cuenta con seis unidades de urgencias habilitadas y funcionales, prestando servicios de alta, mediana y baja complejidad a todos los usuarios que demandan el servicio, sin ningún tipo de barreras de acceso, con oportunidad, pertinencia, seguridad y humanización. Los servicios de urgencias en la Subred Norte tienen la siguiente distribución geográfica en sus zonas de influencia:

- ❖ Hospital Simón Bolívar: Alta Complejidad en la localidad de Usaquén
- ❖ Hospital Centro de Servicios Especializados Suba: Mediana Complejidad en localidad de Suba
- ❖ Hospital Engativá Calle 80: Mediana Complejidad en la localidad de Engativá
- ❖ Hospital Chapinero: Baja complejidad en la localidad de Barrios Unidos
- ❖ Hospital Emaús: Baja complejidad en la localidad de Engativá
- ❖ Centro de atención tipo 2: Gaitana: Baja complejidad en la localidad de Suba

Así mismo se cuenta con especialidades básicas y supra especialidades para interconsultas, se cuentan con recursos tecnológicos de primera línea, para toma de imágenes diagnósticas y laboratorio clínico básico y especializado, disponibles para todas las unidades, complementado con vehículos de emergencias habilitados para para transporte asistencial básico y de mediana complejidad, para el traslado de pacientes entre las diferentes unidades de la Subred, garantizando así la continuidad e integralidad en la prestación de los servicios. El portafolio de servicios para cierre del año 2024 para urgencias de adultos y pediátricas, se mantuvo habilitado y operativo con la siguiente oferta:

- ❖ Atención de Triage adultos
- ❖ Atención de Triage pediátrico
- ❖ Consulta de urgencias para adulto
- ❖ Consulta de urgencias para pediatría
- ❖ Servicios de observación de adulto
- ❖ Servicios de observación pediatría
- ❖ Salas de enfermedad respiratoria aguda (SALA ERA)
- ❖ Salas de enfermedad diarreica aguda (SALA EDA)
- ❖ Áreas de Reanimación para adultos y pediátricas
- ❖ Transporte asistencial básico (TAB)
- ❖ Transporte asistencial medicalizado (TAM)
- ❖ Programa de Atención Prehospitalaria (APH)
- ❖ Terapia Respiratoria

Capacidad Instalada Infraestructura:

Tabla 67 Capacidad instalada infraestructura de la Dirección de Urgencias diciembre 2024

SERVICIO	HOSPITAL SIMON BOLIVAR	HOSPITAL CSE SUBA	CT II GAITANA	HOSPITAL ENGATIVA	HOSPITAL EMAUS	HOSPITAL CHAPINERO	TOTAL
CONSULTORIO ADULTO	4	3	1	5	3	3	19
CONSULTORIO PEDIATRIA	2	2		1			5
CAMILLAS OBSERVACION ADULTO	54	28	3	25	4	10	124
CAMILLAS OBSERVACION PEDIATRIA	13	14	1	8	1	2	39
SILLAS AMBIENTE DE TRANSICION	18	20		13			51
TOTAL	91	67	5	52	8	15	238

Fuente: Dirección de Urgencias – Habilitación oficina de Calidad, diciembre 2024

Indicadores eficiencia dirección de urgencias.

OPORTUNIDAD TRIAGE II.

Tabla 68 Indicador Oportunidad Triage II 2023 - 2024

Sede	AÑO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
SIMON BOLIVAR	2023	9.2	12.7	28	28.9	28.7	29.1	29.7	17.0	17	19.3	17	19.4	21.3
	2024	17.8	20.9	18	18	21	20.9	20.2	18.9	18.5	20.7	18.3	20.4	19.5
ENGATIVA	2023	23.2	28.8	28.4	29.3	29.5	29.3	29.9	18.6	20	21.7	18.6	20.4	24.8
	2024	22.1	22.7	23.2	23	23	24.1	22.5	22.1	22.3	25.4	23.8	25.1	23.3
CSE SUBA	2023	17.5	24.6	28.6	29.4	29.5	28.4	29.4	13.1	13.6	14.7	13.2	15.3	21.4
	2024	14.2	16.3	17.4	16	15	16	15.5	15.7	18.3	16.9	16.5	17.1	16.3
CHAPINERO	2023	16.6	20.3	22.9	20.5	22.2	22.4	20.7	24.1	26.7	26.4	28.6	31.3	23.6
	2024	32.1	32.4	28.8	33	33	29.5	33.2	30	36.3	28.2	26.5	27.4	30.8
EMAUS	2023	5.7	8.2	10.2	20.1	18.3	21.5	8.5	17.5	19.1	10.2	23.2	14.8	14.8
	2024	16.7	11.5	15.4	15	16	16.1	24.2	17.7	27.7	27.6	17.5	28	19.4
CS TIPO II GAITANA	2023	16.8	11.2	29.2	28.4	29.3	28.4	27.3	20.9	19.3	32.1	29.4	17.1	24.1
	2024	31.3	40.7	35.7	35	38	40.3	23.4	31.7	36.5	40.2	62.2	34.7	37.5
TOTAL SUBRED NORTE	2023	17.4	23.2	27.4	28.1	28.2	28.0	28.7	17.4	18.4	19.8	17.9	19.4	22.8
	2024	19.3	21.2	20.4	20	21	21.2	20.5	20.0	21.3	22.2	21.1	22.1	20.9

Fuente: Gerencia de la información Subred Norte.

Para la vigencia 2024 se presenta cumplimiento del indicador de Oportunidad de Triage II en 20.9 minutos con disminución respecto a la vigencia 2023 (n=22.8 minutos), del 8.3%; así mismo se presenta cumplimiento del indicador respecto a la meta institucional definida en menor o igual a 30 minutos. Se presenta ligera desviación en las unidades de Chapinero y CS tipo Gaitana; ante esta situación la dirección de urgencias continua con el fortalecimiento a los referentes de las unidades en todas las acciones para control de tiempos, a fin de dar cumplimiento a este indicador a través, del monitoreo y acompañamiento en

el servicio directamente a los médicos generales, activando los planes de contingencia, cuando hay mayor afluencia de usuarios, priorizando los pacientes de triage II.

PORCENTAJE OCUPACION EN URGENCIAS

Tabla 69 . Indicador Porcentaje de ocupación Urgencias 2023 - 2024

Sede	AÑO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
SIMON BOLIVAR	2023	49%	59%	90%	99%	71%	67%	65%	103%	111%	103%	106%	102%	86%
	2024	103%	108%	92%	93%	87%	85%	77%	77%	74%	69%	68%	61%	82%
ENGATIVA	2023	77%	124%	93%	93%	73%	107%	22%	172%	171%	157%	172%	157%	118%
	2024	152%	162%	173%	187%	158%	143%	153%	145%	151%	137%	143%	140%	154%
CSE SUBA	2023	90%	96%	102%	106%	128%	194%	53%	184%	192%	186%	192%	172%	141%
	2024	186%	150%	127%	121%	140%	132%	122%	113%	123%	112%	112%	107%	129%
CHAPINERO	2023	82%	96%	74%	73%	66%	69%	22%	120%	129%	109%	117%	123%	90%
	2024	125%	138%	133%	152%	148%	136%	127%	123%	134%	127%	143%	126%	134%
EMAUS	2023	27%	36%	31%	31%	28%	83%	28%	132%	93%	94%	119%	105%	67%
	2024	114%	119%	120%	126%	170%	87%	94%	94%	106%	108%	117%	143%	116%
CS TIPO II GAITANA	2023	72%	52%	47%	43%	69%	247%	45%	122%	139%	78%	64%	70%	87%
	2024	60%	59%	34%	39%	48%	48%	57%	42%	40%	19%	16%	23%	40%
TOTAL SUBRED NORTE	2023	68%	87%	90%	94%	84%	112%	46%	143%	147%	137%	144%	134%	107%
	2024	137%	135%	121%	123%	122%	113%	109%	104%	108%	99%	101%	96%	114%

Fuente: Gestión información Subred Norte

Para la vigencia 2024 se presenta porcentaje de ocupación de urgencias del 114% con aumento respecto a la vigencia 2023 (n=107%) del 6.5%. Este indicador continua en monitoreo conjunto con la oficina de desarrollo institucional a través de gestión de la información para ajustar su estructura y hacer más preciso la medición, calculando este promedio teniendo en cuenta las sumatoria de horas de cama ocupada sobre la sumatoria de horas camas disponible llevando a mayor precisión la ocupación real del servicio; de esta manera, se está trabajando dado a que el resultado está por fuera de la meta institucional pero no es consistente con lo observado en los servicios de Chapinero, Emaús y Simón Bolívar; para esta sede la ocupación del servicio está dada por pacientes con indicación de hospitalización sin poder ser ubicados por no contar con disponibilidad de camas en los diferentes servicios de hospitalización de la Subred Norte.

GIRO CAMA

Tabla 70. Indicador Giro Cama Urgencias 2023 - 2024

Sede	AÑO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
SIMON BOLIVAR	2023	15,2	17	28	29,6	22,1	20,1	20,1	31,9	33,4	31,9	31,9	31,6	26
	2024	32	26	28,4	27,9	27,0	25,4	23,7	23,8	22,3	21,5	20,4	19	24,8
ENGATIVA	2023	23,8	35	28,9	28,0	22,8	32,2	6,7	53,4	51,3	48,6	51,6	48,5	35,9
	2024	47,2	47	53,5	56	49,1	43,0	47,5	44,8	45,2	42,5	43	43,4	46,8
CSE SUBA	2023	26,7	27	31,6	31,8	39,6	58,3	16,3	57,0	57,5	57,8	57,7	53,3	42,9
	2024	57,5	43	39,3	39,4	43,5	39,7	37,9	34,9	37,0	34,6	33,5	33,2	39,5
CHAPINERO	2023	25,4	27	22,8	21,9	20,3	20,7	6,8	37,2	38,8	33,7	35	38,2	27,3
	2024	38,6	40	41,1	45,7	45,8	40,7	39,5	38,3	40,1	39,3	42,8	39	40,9
EMAUS	2023	8,4	10	9,6	9,6	8,6	25,0	8,8	41,0	27,8	29	35,6	32,6	20,5
	2024	35,2	35	37,3	37,8	52,6	26,2	29,2	29,0	31,8	33,6	35,2	44,2	35,6
CS TIPO II GAITANA	2023	22,3	15	14,7	13,0	21,3	74,0	14,0	37,7	41,7	24,3	19,3	21,7	26,6
	2024	18,7	17	10,5	11,8	14,8	14,3	17,8	13,0	12,0	6	4,8	7,3	12,3

Sede	AÑO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
TOTAL SUBRED NORTE	2023	20,9	24	27,9	28,3	26,0	33,6	14,4	44,2	44,2	42,2	43,3	41,5	32,6
	2024	42,4	36	37,4	38	37,9	34,0	33,8	32,3	32,5	30,8	30,4	29,9	34,7

Fuente: Gestión información Subred Norte

El giro cama mide el número de veces que se ocupa una camilla durante un periodo de tiempo en observación urgencias, para la vigencia 2024 se presenta resultado del indicador para giro de cama de 34.5 con aumento de 1.9 veces respecto la vigencia 2023 (5.8%). Se mantiene el trabajo articulado para mejorar la resolutivez de médicos generales, definición oportuna de conductas, pertinencia en solicitud de interconsultas, a través de revistas con los Emergenciólogos, así como el trabajo con la dirección de hospitalización para articular el proceso de asignación de camas y articulación con el programa de atención domiciliaria para búsqueda pacientes para alta temprana y/o hospitalización en casa.

PROMEDIO ESTANCIA

En la vigencia 2024 se presenta promedio estancia de 20.7 horas con cumplimiento del indicador respecto a la meta institucional de menor o igual a 24 horas. De igual forma se presenta disminución importante respecto a la vigencia 2023 (n=34.1 horas) del 39%, lo que indica éxito en las estrategias implementadas para aumentar el giro cama y disminuir el promedio de estancia del paciente en observación de urgencias: fortalecimiento en la implementación de estrategias de trabajo, coordinado por los referentes de urgencias con el grupo de Emergenciólogos, procurando que el tiempo promedio de estancia en el servicio de observación urgencias. disminuya para los casos en los que no se requiere hospitalización, definiendo en las primeras 6 horas de estancia y tengan una conducta para egreso o de hospitalización temprana.

Tabla 71. Indicador Promedio Estancia Urgencias 2023 - 2024

Sede	AÑO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
SIMON BOLIVAR	2023	20.5	26.7	21.4	23.2	21.5	22.0	43.2	25.5	22.6	25.2	22.8	25	25
	2024	23.7	25.1	22.9	24.0	27.5	22.1	17.1	19.6	15.4	16.9	15.9	20.5	20.9
ENGATIVA	2023	43.4	28.4	33.3	44.4	45.0	77.3	70.7	48.9	43.4	38.2	37.3	33.2	45.3
	2024	25.3	24.2	24.3	26.6	22.1	21.1	19.2	18.5	20.8	21.9	23	23.8	22.6
CSE SUBA	2023	45.3	34.1	34.7	47.2	47.7	45.8	47.2	43.1	38.3	34.1	30.2	31.2	39.9
	2024	17.6	22.0	18.8	16.6	17.4	21.1	23.3	22.1	23.1	16.8	15.3	14.7	19.1
CHAPINERO	2023	16.2	17.6	15.2	18.8	16.8	19.6	24.2	18.3	16.3	17	15.6	17.8	17.8
	2024	14.7	25.1	9.6	15.3	8.4	7.0	10.8	13.1	13.5	14.6	10.7	13.2	13.0
EMAUS	2023	17.3	5.8	12.8	20.3	10.8	10.4	6.7	12	10.7	10.6	11	11.7	11.7
	2024	37.2	20.5	36.5	45.0	32.4	28.9	28.1	31.4	36.2	25.1	10.2	35.5	30.6
CS TIPO II GAITANA	2023	24.9	13.9	39.9	29.2	37.1	38.7	59.5	34.7	30.8	29.1	23.2	30.0	32.6
	2024	31.1	25.5	21.0	36.1	17.3	16.6	26.8	16.6	23.6	20.3	14.5	25.2	22.9
TOTAL SUBRED NORTE	2023	35.9	28.7	29.8	37.5	37.9	54.0	41.9	38	33.6	25.6	24.4	21.8	34.1
	2024	24.9	23.5	21.3	22.4	20.8	20.2	20.0	19.7	19.9	18.5	17.7	19.6	20.7

Fuente: Gestión información Subred Norte

Producción de urgencias

Atenciones en Triage.

Tabla 72 Total atenciones en triage 2023 - 2024

SEDE	AÑO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
CSE SUBA	2.023	2.993	3.061	3.125	2.872	3.096	2.906	4.168	6.594	6.313	6.446	6.082	5.695	53.351
	2.024	6.317	6.202	6.582	6.750	7.495	6.907	7.131	6.489	6.707	6.697	6.278	5.904	79.449
CHAPINERO	2.023	1.074	1.171	1.405	1.232	1.287	1.111	1.157	1.755	1.794	1.839	1.748	1.658	17.231
	2.024	1.688	1.671	1.825	1.878	1.944	1.821	1.772	1.611	1.783	1.752	1.668	1.554	20.967
EMAUS	2.023	734	1.046	1.200	987	1.164	1.054	949	894	903	869	751	704	11.255
	2.024	691	750	799	715	817	385	737	811	834	823	734	770	8.866
ENGATIVA	2.023	3.165	3.874	4.566	4.220	4.806	4.268	4.153	6.103	5.872	5.959	5.734	5.305	58.025
	2.024	5.573	5.505	5.715	5.859	5.796	5.433	5.571	5.247	5.457	5.260	5.201	5.123	65.740
SIMON BOLIVAR	2.023	3.025	3.061	2.965	2.910	3.288	2.875	3.231	4.261	4.259	4.092	3.950	3.812	41.729
	2.024	4.036	3.901	4.288	4.203	4.375	4.033	4.025	3.878	3.800	3.891	3.705	3.388	47.523
CS TIPO II GAITANA	2.023	430	429	573	542	647	580	789	1.084	1.209	1.099	1.017	902	9.301
	2.024	1.105	1.098	1.032	1.028	1.163	988	1.099	1.015	987	952	940	973	12.380
TOTAL SUBRED NORTE	2.023	11.421	12.642	13.834	12.763	14.288	12.794	14.447	20.691	20.350	20.304	19.282	18.076	190.892
	2.024	19.410	19.127	20.241	20.433	21.590	19.567	20.335	19.051	19.568	19.375	18.526	17.712	234.935

Fuente: Gestión información Subred Norte

Para la vigencia 2024 se presentaron un total 234.935 atenciones de triage con aumento del 23% (n=190.892) respecto a la vigencia 2023; este aumento en la demanda de los servicios de urgencias corresponde a la intervención de varias EPS y cierre de IPS, lo que genera demanda de los pacientes a los servicios de urgencias de la Subred Norte.

De las 234.935 atenciones en triage presentadas en la vigencia 2024, el 39.2% (triage IV y V) fueron remitidos a atención por consulta externa y consulta prioritaria en los servicios ambulatorios de la Subred Norte y EAPBS, el restante 60.8% fueron valorados en los servicios de consulta de urgencias.

Consulta de Urgencias (adultos y niños).

Tabla 73. Total consultas de urgencias adulto y pediátricas 2023 - 2024

SEDE	AÑO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
CSE SUBA	2.023	3.620	3.942	4.181	3.676	4.107	3.768	4.376	3.828	2.814	2.773	2.630	2.575	42.290
	2.024	2.438	2.472	2.638	2.860	3.043	2.683	2.585	2.453	2.445	2.645	2.551	2.743	31.556
CHAPINERO	2.023	1.074	1.127	1.353	1.185	1.287	1.111	1.157	892	1.001	961	822	808	12.778
	2.024	792	766	841	864	941	785	747	783	799	769	837	903	9.827
EMAUS	2.023	734	1.040	1.194	976	1.164	1.054	949	346	396	365	290	281	8.789
	2.024	265	302	342	334	368	191	263	283	281	244	319	403	3.595
ENGATIVA	2.023	3.237	3.875	4.578	4.242	5.093	4.443	4.231	3.394	3.257	3.243	3.180	2.783	45.556
	2.024	2.589	2.649	2.828	3.002	2.954	2.663	2.849	2.830	2.792	2.798	2.928	3.520	34.402
SIMON BOLIVAR	2.023	3.251	3.288	3.316	3.307	3.821	3.293	3.638	3.342	3.240	2.781	3.034	3.090	39.401
	2.024	2.879	3.085	3.238	4.152	3.494	3.188	3.067	3.067	2.878	3.125	2.974	3.739	38.886
CS TIPO II GAITANA	2.023	430	421	559	534	647	580	789	394	468	409	312	295	5.838
	2.024	312	319	334	289	318	308	299	351	328	271	277	346	3.752
TOTAL	2.023	12.346	13.693	15.181	13.920	16.119	14.249	15.140	12.196	11.176	10.532	10.268	9.832	154.652

SEDE	AÑO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
TOTAL SUBRED NORTE	2.024	9.275	9.593	10.221	11.501	11.118	9.818	9.810	9.767	9.523	9.852	9.886	11.654	122.018

Fuente: Gestión información Subred Norte

Para la vigencia enero a diciembre del 2024 se realizaron un total 122.018 consultas de urgencias con disminución del 21.1% (n=32.634) respecto al mismo periodo 2023.

Consulta Urgencias Obstétricas.

Tabla 74. Total consultas de urgencias obstétricas 2023 - 2024

SEDE	AÑO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
CSE SUBA	2023	849	782	864	869	985	869	781	1062	1045	1027	1018	939	11090
	2024	1001	860	960	1065	1046	990	984	935	883	975	970	1068	11737
ENGATIVA	2023	365	420	509	445	527	489	407	590	576	537	613	505	5983
	2024	515	526	578	640	582	522	622	609	545	618	564	578	6899
SIMON BOLIVAR	2023	282	299	313	259	335	289	282	337	360	340	382	359	3837
	2024	341	394	385	547	399	374	403	408	391	440	381	451	4914
TOTAL SUBRED NORTE	2023	1496	1501	1686	1573	1847	1647	1470	1989	1981	1904	2013	1803	20910
	2024	1857	1780	1923	2252	2027	1886	2009	1952	1819	2033	1915	2097	23550

Fuente: Gestión información Subred Norte

En la vigencia enero a diciembre del 2024 se realizaron un total de 23.550 consultas de urgencias de obstetricia con aumento del 12.6% (= 2640) respecto al mismo periodo 2023.

Egresos de Observación.

Tabla 75 Total egresos de observación 2023 - 2024

SEDE	AÑO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
CSE SUBA	2023	1.123	1.134	1.328	1.334	1.662	2.450	684	2.394	2.414	2.427	2.422	2238	21610
	2024	2.416	2.385	2.435	2.445	2.695	2.464	2.349	2.166	2.291	2.146	2.078	2061	27931
CHAPINERO	2023	330	349	297	285	264	269	89	483	504	438	455	497	4260
	2024	502	480	493	548	549	488	474	459	481	472	514	468	5928
EMAUS	2023	42	51	48	48	43	125	44	205	139	145	178	163	1231
	2024	176	207	224	189	263	131	146	145	159	168	176	221	2205
ENGATIVA	2023	1.049	1.530	1.270	1.234	1.002	1.416	296	2.350	2.257	2.140	2.269	2135	18948
	2024	2.078	2.254	2.194	2.298	2.259	1.980	2.183	2.062	2.079	1.954	1.980	1995	25316
SIMON BOLIVAR	2023	1.002	1.099	1.847	1.951	1.459	1.325	1.329	2.106	2.207	2.106	2.107	2086	20624
	2024	2.112	2.077	2.272	2.230	2.293	2.155	2.017	2.022	1.897	1.831	1.738	1619	24263
CS TIPO II GAITANA	2023	67	44	44	39	64	222	42	113	125	73	58	65	965
	2024	56	69	42	47	59	57	71	52	48	24	19	29	573

SEDE	AÑO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
TOTAL SUBRED NORTE	2023	3.613	4.207	4.834	4.891	4.494	5.807	2.484	7.651	7.646	7.329	7.489	7.184	67.629
	2024	7.340	7.472	7.660	7.757	8.118	7.275	7.240	6.906	6.955	6.595	6.505	6.393	86.216

Fuente: Gestión información Subred Norte

Para la vigencia enero a diciembre 2024 se presentaron 86.216 egresos, con aumento del 27.5% (n=18.587), respecto al mismo periodo 2023, lo que indica la mayor carga de morbilidad en los pacientes que consultaron a los servicios de urgencias de la Subred Norte teniendo que se dejados en observación para resolución del motivo de consulta.

PROGRAMA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA.

En el año 2021 se dio inicio a la ejecución del convenio 2809341 de 2021 vigencia 01 de octubre de 2021. Se realizó prorrogas 1 al convenio 2809341 de 2021 del 1 de noviembre de 2023 al 17 de marzo de 2024, para lo cual se realizó modificadorio 2 al convenio autorizando el uso de recursos no ejecutados por valor de \$3.274.591.320 y se realizó adición 1 de aportes del FFDS por valor de \$1.448.930.720.

Se realizó prorrogas 2 al convenio 2809341 de 2021 del 18 de marzo al 31 de mayo de 2024, mediante modificadorio 3 se autorizó el uso de los recursos no ejecutados al 17 de marzo de 2024 por valor de \$658.932.512 y se realizó adición 2 de aportes del FFDS por valor de \$1.857.980.692.

Se realizó prorrogas 3 al convenio 2809341 de 2021 del 1 de junio al 31 de julio de 2024, mediante modificadorio 4 se autorizó el uso de los recursos no ejecutados al 31 de mayo de 2024 por valor de \$340.907.554 y se realizó adición 3 de aportes del FFDS por valor de \$1.727.788.230.

Se realizó prorrogas 4 al convenio 2809341 de 2021 del 1 de junio al 31 de julio de 2024, mediante modificadorio 5 se autorizó el uso de los recursos proyectados no ejecutados al 30 de julio de 2024 por valor de \$413.739.156

A partir del 13 de agosto de 2024 se dio inicio al convenio 6628214 de 2024 vigencia hasta el 14 de noviembre de 2024.

Se realiza prorrogas 1 al convenio 6628214 de 2024 del 15 al 30 de noviembre de 2024, se autorizó el uso de los recursos proyectados no ejecutados.

Se realiza prorrogas 2 al convenio 6628214 de 2024 del 1 al 06 de diciembre de 2024, se autorizó el uso de los recursos proyectados no ejecutados.

A partir del 7 de diciembre de 2024 se dio inicio al convenio 7119828 de 2024 vigencia hasta el 31 de marzo de 2025.

Tabla 76 Ejecución convenio 2809341 de 2021 a 12 de agosto de 2024

VALOR TOTAL CONVENIO	VALOR EJECUTADO A 12 DE AGOSTO DE 2024	% EJECUCION A 12 DE AGOSTO DE 2024
\$ 29.628.632.067,00	\$ 29.826.526.829,12	100,67%

Fuente: Secretaría Distrital de Salud CRUE, Programa APH del 1 de octubre de 2021 al 12 de agosto de 2024

El valor ejecutado del convenio, corresponde a los honorarios pagados desde el 1 de Octubre del 2021 al 12 de Agosto del 2024 al personal OPS del programa de atención prehospitalaria más los gastos generales certificados por las diferentes áreas, dentro de los que se encuentran medicamentos y dispositivos médicos, seguros, combustible, mantenimiento preventivo y correctivo de vehículos, lavado y desinfección de los mismos, revisión técnico mecánica, mantenimiento de equipos biomédicos, elementos de identificación (uniformes), telefonía celular, aplicación historia clínica, aseo y lavandería.

Dentro de estos gastos se presentó sobre ejecución en el costo de los seguros de los vehículos; en la propuesta operativa radicada en el 2021 el valor de este rubro se presupuestó para 25 meses con vehículos modelos 2010, 2017 y 2018 (por ser los vehículos disponibles a la fecha 2021). En diciembre del 2021 secretaria Distrital de Salud inicio la entrega de los vehículos nuevos cuyas pólizas son más costosas.

Tabla 77 Ejecución convenio 6628214 de 2024 al 06 de diciembre de 2024

VALOR TOTAL CONVENIO	VALOR EJECUTADO 13 DE AGOSTO AL 6 DE DICIEMBRE DE 2024	% EJECUCION AL 06 DE DICIEMBRE DE 2024
\$ 2.860.191.286,00	\$ 2.859.589.934,34	99,98%

Fuente: Secretaría Distrital de Salud CRUE, Programa APH del 13 de agosto al 6 de diciembre de 2024

Tabla 78 Ejecución convenio 7119828 de 2024 al 31 de diciembre de 2024

VALOR TOTAL CONVENIO	VALOR EJECUTADO 7 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024	% EJECUCION AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024
\$ 4.716.875.095,00	\$ 639.409.783,00	13,56%

Fuente: Secretaría Distrital de Salud CRUE, Programa APH del 7 al 31 de diciembre de 2024

Parque automotor

A corte de 30 de diciembre de 2024, la subred norte tiene 29 ambulancias activas en el programa, distribuidas así: 20 básicas y 9 medicalizadas, más 5 ambulancias espejo distribuidas así 3 medicalizadas y 2 básica modelo antiguo y 2 vehículos de apoyo modelos antiguos.

Tabla 79 Parque automotor APH Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

MODELOS	No.	CATEGORIA		FECHA ENTREGA
		TITULAR	ESPEJO / APOYO	
2018	3	29	7	jun-18
2022	4			dic-21

MODELOS	No.	CATEGORIA		FECHA ENTREGA
		TITULAR	ESPEJO / APOYO	
2022	15			feb-22
2022	1			abr-22
2022	3			jun-22
2022	1			jul-22
2022	1			sep-22
2022	4			oct-22
2023	4			nov-22
TOTAL 36				

Fuente: Programa APH diciembre de 2024

Traslados valoraciones y fallidos

En el desarrollo del Programa de Atención Prehospitalaria que coordina la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud de la Secretaría Distrital de Salud y teniendo como base los convenios interadministrativos suscritos entre el Fondo Financiero Distrital de Salud y la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.; a continuación, se relaciona la información de traslados valoraciones y despachos.

Tabla 80 Consolidado Traslados Valoraciones y Despachos Fallidos años 2022 a 2024

Ambulancias TAB – TAM	Año	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Traslados	2022	1.767	1.670	1.858	1.909	2.014	1.762	1.746	1.806	1.833	1.962	1.738	1.864
	2023	1.865	1.745	1.901	1.840	1.977	1.824	1.923	1.901	1.938	1.853	1.784	1.907
	2024	1.856	1.737	1.711	1.836	1.750	1.678	1.573	1.831	1.786	1.853	1738	1.792
Valoraciones	2022	654	456	461	526	525	496	489	517	482	479	484	577
	2023	542	468	515	453	410	382	454	420	432	411	359	432
	2024	452	345	327	340	400	310	370	451	412	432	484	443
Fallidos	2022	1.847	1.881	2.063	2.226	2.354	1.950	2.077	2.406	2.243	2.386	1.835	2.148
	2023	2.029	1.968	2.308	2.057	2.098	1.971	2.178	2.198	2.228	2.286	2.052	2.204
	2024	1.870	1.909	2.031	1.801	2.000	1.675	1.829	2.291	2.276	2.146	1738	2.053
Total	2022	4.268	4.007	4.382	4.661	4.893	4.208	4.312	4.729	4.558	4.827	4.057	4.589
	2023	4.436	4.181	4.724	4.350	4.485	4.177	4.555	4.519	4.598	4.550	4.195	4.543
	2024	4.178	3.991	4.069	3.977	4.150	3.663	3.772	4.573	4.474	4.431	3.960	4.288

Fuente: Base de datos de despachos, atenciones y traslados suministrada por la Subdirección Centro Regulator de Urgencias y Emergencias

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA Y TRASLADOS SECUNDARIOS

Remisiones fuera de la Subred Norte.

Imagen 6 . Remisiones fuera de la Subred Norte

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
REMISIONES DESDE HOSPITALIZACION Y AMBULATORIO	127	119	133	168	176	189	224	219	118	238	237	129	2077
REMISIONES DESDE URGENCIAS	26	32	40	54	67	75	89	76	59	284	352	229	1383
ATENCION PARTO EN NIVEL SUPERIOR	1	0	1	3	0	2	0	0	0	19	28	9	63
TOTAL	154	151	174	225	243	266	313	295	177	541	617	367	3523

Fuente: Oficina de Referencia y Contrarreferencia

En la vigencia 2024 se presentaron un total de 3523 remisiones fuera de la Subred Norte, estas remisiones corresponden a servicios no ofertados dentro de la Subred Norte o no disponibilidad de camas en los servicios hospitalarios ni quirúrgicos. El 58% (2077 remisiones) se presentaron desde los servicios hospitalarios y ambulatorios de las diferentes sedes de la Subred Norte, el 39.2% (1383 remisiones) desde los servicios de urgencias y el 0.6% (63) derivados de los servicios de obstetricia.

TRASLADOS SECUNDARIOS

Corresponden a los traslados realizados entre las sedes de la Subred Norte dentro del trabajo articulado en red con el objeto de garantizar la atención integral del paciente.

Tabla 81 Remisiones entre sedes de la Subred Norte

MES	BASICOS	MEDICALIZADOS	FALLIDOS	TOTAL
ENERO	1503	237	157	1897
FEBRERO	1361	217	222	1800
MARZO	1267	177	132	1576
ABRIL	1350	207	94	1651
MAYO	1255	195	64	1514
JUNIO	1296	210	59	1565
JULIO	1490	264	89	1843
AGOSTO	1263	275	47	1585
SEPTIEMBRE	1229	259	83	1571
OCTUBRE	1416	303	80	1799
NOVIEMBRE	1559	335	57	1951
DICIEMBRE	1570	280	90	1940
TOTAL	16559	2959	1174	20692

Fuente: Oficina de Referencia y Contrarreferencia

En la vigencia 2024 se presentaron un total de 20692 traslados de pacientes entre las diferentes sedes de la Subred Norte. El 80% de los traslados fueron realizados en ambulancias básicas (n=16559), el 14.3% (n=2959) en ambulancias medicalizadas y el 5.7% (n=1174) correspondieron a traslados fallidos.

Oportunidad en los traslados:

Tabla 82 Indicador oportunidad en los traslados

PROMESA DE VALOR	<2 HRS	< 6 HORAS	12 HORAS
MES	URGENCIA VITAL	INTERCONSULTAS	NO URGENTES
ENERO	1:10:00	4:43:00	10:50:00
FEBRERO	1:23:00	3:05:00	10:40:00
MARZO	0:59:00	4:45:00	12:50:00
ABRIL	1:05:00	4:47:00	11:35:00
MAYO	0:53:00	4:53:00	10:39:00
JUNIO	0:57:00	4:49:00	11:45:00
JULIO	0:52:00	5:47:00	11:39:00
AGOSTO	0:57:00	5:37:00	11:20:00
SEPTIEMBRE	0:59:00	5:49:00	11:29:00
OCTUBRE	0:58:00	5:32:00	11:39:00
NOVIEMBRE	1:14:00	5:58:00	15:38:00
DICIEMBRE	1:35:00	7:00:00	18:00:00
PROMEDIO	1:05:00	5:13:00	12:20:00

Fuente: Oficina de Referencia y Contrarreferencia

Para la vigencia 2024 se evidencia cumplimiento a las promesas de valor definidas institucionalmente: urgencias vitales con un promedio de 1:05 horas (promesa de valor menor a 2 horas), respuesta a interconsultas entre sedes 5:13 horas (promesa de valor menor a 6 horas). Se presenta ligera desviación para los traslados no urgentes con promedio de 12:20 minutos (promesa de valor 12 horas).

Logros:

- ❖ Cumplimiento de los tiempos de atención definidos para los indicadores de oportunidad de triage II y oportunidad de triage III dentro de las metas institucionales.
- ❖ Mejora importante en el indicador de promedio estancia respecto a la vigencia 2023 (aumento del 39%).
- ❖ Fortalecimiento de la infraestructura física para el servicio de urgencias pediatría en el Hospital Engativa.
- ❖ Reconocimiento por parte la Organización Mundial de ACV (World Stroke Organization) al servicio de traslados secundarios de la Subred Norte en categoría diamante por cumplimiento y oportunidad de traslado de pacientes con código ACV entre las diferentes sedes de la Subred Norte.
- ❖ Cumplimiento a las promesas de valor establecidos para los traslados de urgencia vital e interconsulta.
- ❖ Cumplimiento al 100% de los indicadores definidos en el plan operativo anual.
- ❖ Compromiso por parte de los profesionales de urgencias en la atención prioritaria de pacientes víctimas de violencia sexual.

Oportunidades de mejora:

- ❖ Mejorar contratación del talento humano para dar cumplimiento al convenio.

- ❖ Disminuir los tiempos no operativos del programa de atención prehospitalaria y aumentar la productividad del mismo.
- ❖ Colocar GPS en cada móvil para seguimiento en tiempo real.
- ❖ Dar cumplimiento a los procesos de seguimiento establecidos dentro de la resolución 0459 de 2012 (5 Momentos 15 días, 30 días, 3 meses, 6 meses y 12 meses), por parte de la dirección de Gestión del riesgo, por tanto, este indicador debe ser manejado en su totalidad por Gestión del Riesgo.
- ❖ Aumentar la cobertura en la adherencia a lavado de manos en los servicios de urgencias de la Subred Norte.
- ❖ Mejorar el cumplimiento al diligenciamiento correcto de la historia clínica en urgencias.
- ❖ Mejorar el indicador de oportunidad manejo específico de infarto agudo de miocardio.

Dificultades:

- ❖ Diferentes convenios en el período, con desmonte progresivo de carros.
- ❖ Dificultades para la selección del talento humano relacionadas con poca oferta de talento humano para cubrir las necesidades de los servicios.
- ❖ Demora de la frecuencia para direccionar vehículos por parte del CRUE.

2.4. GESTIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS.

La Dirección de Servicios Complementarios cuenta como propósito el de Prestar servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, para contribuir con los demás procesos misionales en el diagnóstico y manejo del estado salud - enfermedad, facilitando la toma de decisiones, el desarrollo del plan de manejo clínico del paciente y la oferta de servicios con criterios de calidad y seguridad. Durante el 2024 se realizó el reconocimiento a la capacidad instalada de los servicios a cargo, orientándose la gestión al cumplimiento de los objetivos institucionales, mediante el seguimiento de los indicadores y riesgos asistenciales, así como el seguimiento al riesgo administrativo y Plan Operativo Anual, implementando el control en la plataforma institucional ALMERA. Dentro de la Dirección de Complementarios se cuenta con acciones claras que aportan a la implementación de estándares de Acreditación en Salud, articuladas desde las mesas de mejoramiento de Imágenes Diagnosticas y de Laboratorio Clínico.

SUBPROCESO DE LABORATORIO CLÍNICO

Descripción:

Durante la vigencia 2024, el Servicio de Laboratorio Clínico y Gestión Pretransfusional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E cumplió con los planes institucionales y estratégicos establecidos, alcanzando los indicadores de desempeño asignados. Se ejecutaron con éxito diversos programas y proyectos enfocados en la mejora de la calidad en los procesos de diagnóstico y manejo pretransfusional. Se garantizó la atención oportuna y segura de los pacientes mediante la optimización de los tiempos de respuesta en los análisis y en la gestión de sangre y hemoderivados. Además, se realizaron capacitaciones continuas al personal, se implementaron tecnologías para la mejora de los procesos y se mantuvo un enfoque en la seguridad del paciente y la eficiencia operativa, logrando resultados positivos en la satisfacción de usuarios y la efectividad en la gestión de recursos.

Puntos de atención

El laboratorio clínico cuenta con 4 servicios de laboratorio clínico de procesamiento de muestras, ubicados en los Hospitales Simón Bolívar, Centro de Servicios Especializados, Engativá y Chapinero. Así mismo, dispone de puntos de toma de muestras en los 4 hospitales mencionados y en las sedes de los Centros de Salud San Luis, Suba, Rincón, Fray, Gaitana, Codito, San Cristóbal, Verbenal, Garcés Navas Boyacá Real y Emaús.

Talento humano

A continuación, la relación de los perfiles profesionales, técnicos y auxiliares disponibles en el servicio, con corte al 31 de diciembre de 2024.

Tabla 83 Talento Humano Dirección Complementarios – Laboratorio Clínico

PERFIL	OPS	PLANTA
Auxiliar Administrativo		1

PERFIL	OPS	PLANTA
Auxiliar Área De La Salud		7
Auxiliar De La Salud - Auxiliar De Laboratorio Clínico	28	3
Profesional Especializado II	1	
Profesional Especializado V	1	
Profesional Universitario Área Salud-Bacteriólogo	39	24
TOTAL	69	35

Fuente: Control del Proceso y Subproceso

Indicador:

El servicio cuenta con indicadores de gestión, a continuación, el indicador de oportunidad de disponibilidad del resultado.

Tabla 84 . Oportunidad del Resultado por Servicio 2024

SERVICIO	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Promedio
Consulta Externa Meta 1440 Minutos	898	1168	1568	1686	1728	1638	1794	1986	1992	1974	1380	1098	1576
Urgencias Meta 60 Minutos	54,75	56,3	54,6	58	57,4	53,3	56,5	60	58	58	52	52	56
Hospitalización Meta 90 Minutos	64,75	66,3	68,8	75,3	75,5	70,5	78,5	86	86	87	77	64	75

Fuente: Control Subproceso

Se cumple la meta establecida en la vigencia para hospitalización y urgencias. En ambulatorio se adelantaron acciones de tipo administrativo que permitieron abordar dificultades con la disponibilidad y oportunidad de reactivos e insumos, lo cual permitió en el último trimestre del año el cumplimiento de la meta.

Así mismo se lleva a cabo seguimiento al indicador de oportunidad en la entrega de hemocomponentes en la Subred Norte, cumpliéndose en la vigencia la meta establecida del despacho en <de 60 minutos.

Logros:

Los logros alcanzados durante la vigencia 2024 en el Servicio de Laboratorio Clínico y Gestión Pretransfusional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte son los siguientes:

- Cambio en el sistema de información: Se implementó un nuevo sistema de información más accesible, basado en una plataforma web, lo que facilitó el acceso y la gestión de los resultados de los pacientes de manera más ágil y eficiente para todo el personal involucrado.
- Disminución de los tiempos de oportunidad: Se logró reducir significativamente los tiempos de respuesta en la atención al paciente y en la entrega de resultados en consulta externa pasando de 30 horas de oportunidad a 18 horas, optimizando los procesos internos y mejorando la eficiencia en la atención.
- Implementación del agendamiento de citas de laboratorio: Se implementó un sistema de agendamiento de citas, lo que permitió un mejor aprovechamiento de la capacidad instalada del laboratorio. Esto resultó en una atención más organizada, personalizada

y humanizada. Se obtuvo un 92,72% de citas cumplidas, lo que contribuyó a una mayor eficiencia en la programación y atención de los pacientes.

- Cambio de proveedor de insumos: Se realizó un cambio estratégico de proveedor de insumos, lo que permitió cubrir de manera más eficiente las necesidades del laboratorio, asegurando la disponibilidad continua de materiales y productos necesarios para la atención de los pacientes.
- Fortalecimiento y articulación del programa institucional de Reactivovigilancia y programa POCT (pruebas realizadas en punto de atención al paciente) se logró capacitar en diferentes temas relacionados con recepción técnica, uso, validación, almacenamiento de reactivos de diagnóstico invitro utilizados en las diferentes unidades y servicios incluidos las salas de partos, UCI, urgencias con el uso de pruebas rápidas para la determinación de VIH/SIFILIS DUO, gases arteriales
- Implementación exitosa de estándares AABB en el servicio de gestión pretransfusional.

Como parte del proceso de mejora continua y en cumplimiento con los estándares de la Asociación Americana de Bancos de Sangre (AABB), hemos implementado un sistema de gestión transfusional robusto que garantiza la calidad, seguridad y trazabilidad en todo el ciclo transfusional.

A continuación, los logros específicos desde la implementación de los estándares AABB:

- Cumplimiento de estándares internacionales: Se logró la certificación conforme a los requisitos de la AABB, demostrando la alineación de los procesos con las mejores prácticas globales en las transfusiones.
- Fortalecimiento del control de calidad: Implementamos protocolos de validación y monitoreo en todas las etapas, desde la donación hasta la transfusión, asegurando la integridad de los componentes sanguíneos.
- Trazabilidad completa: Desarrollamos un sistema digital que permite el seguimiento de cada unidad de sangre, mejorando la seguridad del paciente y minimizando riesgos asociados.
- Capacitación del personal: Formamos al equipo en los principios y procedimientos requeridos por la AABB, fomentando una cultura organizacional centrada en la calidad y seguridad.
- Auditorías internas exitosas: Conducimos auditorías regulares que evidenciaron el cumplimiento y la mejora continua de los procesos transfusionales.

Esta implementación ha elevado la confianza de los profesionales de la salud en la seguridad transfusional, optimizando la eficiencia operativa y posicionando a nuestra institución como un referente en la gestión pretransfusional acreditados bajo los estándares AABB.

Oportunidades de mejora:

Las oportunidades de mejora identificadas durante la vigencia 2024 en el Servicio de Laboratorio Clínico y Gestión Pretransfusional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte son las siguientes:

- Mejorar los mecanismos de asignación de citas: Aunque se alcanzó un alto nivel de cumplimiento en el agendamiento de citas, se puede optimizar aún más el proceso con nuevas estrategias de agendamiento, garantizando una distribución equitativa y eficiente de los tiempos disponibles, así como una mejor gestión de las citas canceladas o no presentadas.
- Mejorar la medición de tiempos de oportunidad: Es necesario perfeccionar el proceso de medición de los tiempos de oportunidad para urgencias y hospitalización, desde el ordenamiento de los exámenes hasta el reporte de resultados.
- Contribuir más proactivamente con el reporte de sucesos de seguridad del paciente: Fortalecer la cultura de seguridad del paciente en el laboratorio clínico, promoviendo una mayor participación del personal en la identificación, reporte y seguimiento de eventos adversos. Establecer protocolos claros y accesibles para la notificación de sucesos contribuirá a mejorar los estándares de seguridad.
- Fortalecer la capacitación y actualización continua del personal: Aunque se ha realizado capacitación constante, es importante continuar con la formación en nuevas tecnologías, protocolos y mejores prácticas, particularmente en áreas de análisis especializados y en la gestión de emergencias médicas, para mejorar la capacidad de respuesta ante situaciones críticas.

Dificultades:

Las dificultades enfrentadas durante la vigencia 2024 en el Servicio de Laboratorio Clínico y Gestión Pretransfusional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte fueron las siguientes:

- Mal ordenamiento de exámenes: El mal ordenamiento de los exámenes ha generado retrasos y confusión en la ejecución de las pruebas. Además, esta situación impide la interoperabilidad entre el sistema de información del laboratorio y el institucional, ya que los ingresos deben realizarse manualmente, lo que no permite una migración automática de los resultados a la historia clínica del paciente.
- Alta rotación del talento humano en los laboratorios por el tipo de contratación.

SUBPROCESO DE PATOLOGÍA

Descripción:

Durante la gestión realizada durante la vigencia 2024 enero a diciembre, se dio cumplimiento a los planes institucionales, a los planes de mejora instaurados, los indicadores se mantuvieron dentro de las metas establecidas, la entrega de fallecidos se realizó dentro de los protocolos y de acuerdo a los manuales y documentos de la Subred.

Puntos de atención

El laboratorio de patología ubica su centro de procesamiento de muestras en el Hospital Simón Bolívar. Se dispone del servicio de morgue en las sedes de los Hospitales Centro de Servicios Especializados, Engativá, Chapinero y Simón Bolívar.

Talento humano

A continuación, la relación de los perfiles profesionales, técnicos y auxiliares disponibles en el servicio, con corte al 31 de diciembre de 2024.

Tabla 85 Talento Humano Dirección Complementarios – Patología

PERFIL	OPS	PLANTA
Auxiliar De La Salud - Auxiliar De Patología	2	
Auxiliar De Servicios Asistenciales - Transcriptor	1	
Profesional Especializado Área De La Salud-Médico Especialista En Dermatopatología	1	
Profesional Especializado Área De La Salud-Médico Especialista En Patología	4	
Técnico Área De La Salud		1
Técnico Área Salud – Citohistotecnólogo		1
Técnico En Patología	1	
Tecnólogo - Citohistotecnólogo	1	
TOTAL	10	2

Fuente: Control Subproceso

Indicador

El servicio cuenta con indicadores de gestión, a continuación, el indicador de oportunidad de disponibilidad del resultado, donde se evidencia que se cumple la meta establecida en la vigencia.

Tabla 86. Oportunidad del Resultado 2024

SERVICIO	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Promedio
Resultado de patología Meta >= 80%	87	85	85	85	88	89	85	85	85	85	85	85	85.75

Fuente: Control Subproceso

Logros:

- ❖ Se mantuvo la entrega de fallecidos dentro de los protocolos y de acuerdo a los manuales y documentos de la Subred.
- ❖ Organización de las cadenas de custodia se organizaron y se logró el acercamiento con la Fiscalía General de la Nación para el inicio de la depuración de evidencias.
- ❖ Cumplimiento del indicador de oportunidad de resultado.

Oportunidades de mejora:

- ❖ Con la nueva contratación de insumos, se logró realizar una adecuada gestión del gasto para mantener insumos en todo momento y así garantizar la prestación del servicio ininterrumpido.
- ❖ Capacitar al personal en comunicación asertiva para disminuir quejas por parte de los pacientes.
- ❖ Se logro mejorar los tiempos de respuesta en las de lecturas de patologías de piel.

SUBPROCESO DE SERVICIO FARMACÉUTICO

Descripción:

Desde el servicio farmacéutico, se realizó el suministro de medicamentos y dispositivos médicos desde los servicios farmacéuticos hospitalarios y ambulatorios con el fin de hacerle una dispensación en forma adecuada, segura y oportuna a los Pacientes y Usuarios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. Se actualizó documentación y realizaron capacitaciones continuas al personal y se obtuvo concepto favorable en la visita de inspección para el manejo de medicamentos de control especial, realizada por la secretaria Distrital de Salud.

Puntos de atención

Las farmacias ambulatorias prestan sus servicios en las sedes de los Hospitales Chapinero, Engativá, Emaús, Fray y en los Centros de Salud Gaitana, Suba, San Cristóbal y Verbenal

Las farmacias hospitalarias se encuentran ubicadas en las sedes de los Hospitales Chapinero, Engativá, Centro de Servicios Especializados y Simón Bolívar; sedes en las que se abordan los servicios de urgencias y salas de cirugía.

Talento humano

A continuación, la relación de los perfiles profesionales, técnicos y auxiliares disponibles en el servicio, con corte al 31 de diciembre de 2024.

Tabla 87. Talento Humano Dirección Complementarios – Servicio Farmacéutico

PERFIL	OPS	PLANTA
Auxiliar Administrativo		1
Auxiliar Administrativo VIII (Mensajero Con Moto)	3	
Auxiliar Área De La Salud		7
Auxiliar De La Salud - Auxiliar De Farmacia	48	
Auxiliar De La Salud Auxiliar De Enfermería Con Moto	1	
Auxiliar De Servicios Asistenciales - Transcriptor	4	
Profesional Administrativo III	1	
Profesional Especializado		2
Profesional Especializado I	1	
Profesional Especializado II	1	
Profesional Universitario Área De La Salud - Químicos Farmacéutico	8	
Secretario		2
Técnico Administrativo II	2	
Técnico Operativo Administrativo		1
Tecnólogo Regente De Farmacia	16	
TOTAL	13	85

Fuente: Control Subproceso

Indicadores

Se obtuvo un promedio en la Capacidad entrega fórmulas ambulatorias de 92% y una Oportunidad de entrega de fórmulas ambulatorias menor a 48 horas del 92%.

Tabla 88. Capacidad entrega fórmulas y oportunidad de entrega 2024

Servicio Farmacéutico	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic	Promedio
Capacidad entrega fórmulas ambulatorias	99%	97%	94%	98%	98%	92%	91%	85%	79%	89%	91%	94%	92%
Oportunidad entrega de fórmulas ambulatorias menor a 48 horas	99%	97%	94%	98%	98%	92%	91%	85%	79%	88%	90%	94%	92%

Fuente: Control Subproceso

Se continua con el seguimiento al sistema de información, en el módulo de inventarios para que se puedan generar correctamente las prescripciones de medicamentos.

Logros:

- Fortalecimiento del sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias en las sedes del Hospital de Simón Bolívar, Hospital de Suba, Hospital de Engativá y Hospital de Chapinero, contribuyendo a la seguridad de paciente debido a que se entregan las dosis exactas mediante adecuación de los medicamentos desde su presentación original. Para el año 2024, se entregaron al servicio de hospitalización 40.733 dosis unitarias de medicamentos adecuados.

Tabla 89. Número de dosis unitarias de medicamentos adecuadas 2024

Servicio Farmacéutico	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic	Promedio
Número de dosis unitarias de medicamentos adecuadas	2.263	2.377	3.004	2.681	4.408	4.547	4.102	2.388	2.904	2.836	3.367	5.856	40.733

Fuente: Control Subproceso

- Incremento en la notificación de sucesos de seguridad en 2023 1149 reportes, 2024 (2153 reportes) con un incremento de 83%.
- Incremento significativo en la captación de sucesos mediante búsqueda activa. En 2023 se registraron 304 sucesos de seguridad, mientras que en 2024 la cifra aumentó a 577, lo que refleja un crecimiento del 90%.
- Incremento en el porcentaje de cumplimiento de las farmacias durante las rondas de farmacovigilancia aplicadas al servicio farmacéutico que en el 2023 fue del 89% y aumento en el 2024 al 95%
- Durante el año 2024, se ha realizado por parte del químico farmacéutico seguimiento a la medicación que tienen los pacientes hospitalizados en los servicios de pediatría en el Hospital Simón Bolívar, Hospital Engativá, Hospital de Suba CSE, y Hospital de Chapinero, como resultado de ese seguimiento se deja nota en la historia clínica. En este seguimiento se verifican si los medicamentos formulados al paciente presentan interacciones medicamentosas mayores, identificando que para el año 2024, de las 2.170 formulas revisadas por los químicos farmacéuticos, 524 presentan este tipo de interacciones, es decir un 24%.

Tabla 90. Número de fórmulas devueltas con interacción 2024

Servicio Farmacéutico	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
Numero De Formulas Medicas Devueltas Con Interacción Medicamentosa	34	39	54	63	53	57	34	33	26	42	44	45	524
Total De Formulas Revisadas Por Química Farmacéutica	96	170	166	282	253	254	180	137	191	163	143	135	2.170
Porcentaje De Formulas Medicas Devueltas Con Interacción Medicamentosa	35%	23%	33%	22%	21%	22%	19%	24%	14%	26%	31%	33%	24%

Fuente: Control Subproceso

Las interacciones mayores entre los medicamentos, son presentados por el químico farmacéutico al médico tratante para su evaluación y definición, si cambia el medicamento o de acuerdo a una relación beneficio riesgo, se mantienen los medicamentos que presentan la interacción, obteniéndose que para un total de 524 formulas identificadas con interacción medicamentosa mayor, 159 son aceptadas por el médico tratante para cambio.

Tabla 91 Porcentaje de intervenciones farmacéuticas aceptadas por médico 2024

	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
Formulas Medicas Ajustadas Por El Medico Una Vez Fueron Reportadas	0	0	15	18	23	19	21	13	0	5	24	21	159
Total De Formulas Con Interacciones Medicamentosas Reportadas Al Servicio	34	39	54	63	53	57	34	33	26	42	44	45	524
Porcentaje De Intervenciones Farmacéuticas Aceptadas Por Medico	0%	0%	28%	29%	43%	33%	62%	39%	0%	12%	55%	47%	30%

Fuente: Control Subproceso.

- Actualización base de profesionales activos para prescribir Mipres, se logra estar al día con los casos que reportaban inconsistencias en las EPS Capital Salud y Famisanar, disminuyendo así las glosas generadas desde el año 2021, realización del 100% de las prescripciones que requirieron junta de profesionales.

Oportunidades de mejora:

- Establecer estrategias para mejorar la oportunidad como seguir realizando actividades de monitoreo y aplicación de controles durante el proceso de adquisición para evaluar el proceso, identificar desviaciones y aplicar acciones inmediatas para que puedan impactar de manera positiva al proceso de dispensación.
- Fortalecer la gestión de riesgos enfocados en los riesgos propios de la farmacovigilancia.
- Actualización de la ronda de farmacovigilancia dirigida a los servicios, ya que la ronda actual fue desarrollada por seguridad del paciente. Durante la revisión, se han identificado hallazgos reiterativos que no cuentan con un ítem específico para su evaluación en el formato utilizado.
- Mejorar la comunicación entre las áreas asistenciales y Mipres, donde por medio de unas capacitaciones de manera periódica a los profesionales que prescriben Mipres, se puedan minimizar los errores de prescripción; además estas capacitaciones

servirían para mantener actualizados a los profesionales sobre la normatividad que rige las prescripciones Mipres.

Dificultades:

- ❖ Adquisición de medicamentos que se ve afectado por el desabastecimiento de medicamentos a nivel nacional, los cuales aparecen en los listados publicados en la página de Invima.

SUBPROCESO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS.

Descripción:

Durante la vigencia 2024, el Servicio de Imágenes Diagnosticas alcanzó los indicadores de desempeño asignados. Se garantizó la atención oportuna y segura de los pacientes mediante la optimización de los tiempos de respuesta de atención manteniéndose un enfoque en la seguridad del paciente y la eficiencia operativa, logrando resultados positivos en la satisfacción de usuarios y la efectividad en la gestión de recursos.

Puntos de atención.

El servicio de Radiología e imágenes diagnosticas presta sus servicios en 6 sedes: el Hospital Simón Bolívar, Hospital Engativá, Hospital CSE Suba, Hospital Chapinero, Centro de Salud Tipo II Suba y Centro de Salud Tipo II Verbenal. Donde se prestan servicios de radiografía simple y especial, mamografía, ecografía y Doppler, tomografía axial computarizada y resonancia magnética.

Talento humano

Se cuenta con personal idóneo dividido en 8 perfiles como lo son Médicos Especialista en Radiología, Médico Ecografista, Tecnólogos en Radiología, Tecnólogo en Radiología-Resonancia Magnética, Auxiliares de enfermería, auxiliares de servicios asistenciales admisionista/transcriptor, Referente y técnicos administrativos. A continuación, la relación de los perfiles profesionales, técnicos y auxiliares disponibles en el servicio, con corte al 31 de diciembre de 2024.

Tabla 92. Talento Humano Dirección Complementarios – Servicio Imágenes Diagnósticas.

PERFIL	OPS	PLANTA
Tecnólogos En Radiología	28	6
Tecnólogos Resonancia Planta	2	2
Auxiliares De Enfermería	6	1
Médico Especialista En Imágenes Diagnósticas	15	
Médico Especialista Familiarista - Ecografía	1	
Auxiliar Servicios Asistenciales	11	
Técnico Administrativo II	3	
Técnico Administrativo I	1	
Profesional Universitario Área De La Salud- Líder Imágenes Diagnósticas		1
TOTAL	67	10

Fuente: Control Subproceso

Equipos Biomédicos.

Tabla 93. Equipos biomédicos – Servicio Imágenes Diagnósticas.

MODALIDAD	CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS	HOSPITAL CHAPINERO	HOSPITAL ENGATIVA CALLE 80	HOSPITAL SIMON BOLIVAR	CENTRO DE SALUD SUBA TIPO II	CENTRO DE SALUD TIPO II VERBENAL	TOTAL
RX FIJO	1	1	1	2	1	1	7
TOMOGRFO	1		1	1			3
DIGITALIZADOR	1	1	1	1			4
ECOGRAFO	1	1	2	2	1	1	8
MAMOGRAFO	1			1			2
RESONADOR MAGNETICO				1			1
RX TELECOMANDADO			1				1
RX PORTATIL	3	1	3	3			10
Total general	8	4	9	11	2	2	36

Fuente: Control Subproceso – Ingeniería Biomédica

Los equipos biomédicos son controlados por el área de ingeniera biomédica de manera integral.

Indicadores

El servicio cuenta con indicadores de gestión, a continuación, el indicador de oportunidad para para la atención de radiología simple y radiología especial.

Tabla 94 Oportunidad de Asignación de Citas 2024

NOMBRE	FORMULA	META	2024
Tiempo Promedio Espera Para Atención Radiología Simple	Sumatoria de días desde la fecha de solicitud y la fecha de asignación de la cita para la modalidad de rayos x simple /Total de citas asignadas de rayos x simple	3 días	2.6
Tiempo Promedio Espera Para Atención Radiología Especializada	Sumatoria de días desde la fecha de solicitud y la fecha de asignación de la cita para la modalidad de ecografía, Doppler, tomografía, resonancia magnética /Total de citas de ecografía, Doppler, tomografía, resonancia magnética	15 días	2.27

Fuente: Control Subproceso

Al tiempo de espera para atención de radiología especializada se hace seguimiento en cada uno de los servicios contemplados, así:

Tabla 95. Tiempo de espera para toma de imagenología 2024

NOMBRE	FORMULA	META	2024
Tiempo Promedio Espera Para Realización Ecografía	Sumatoria de los diferentes días calendario transcurridos entre la fecha que se realiza la toma de ecografía y la fecha en que se solicita / Número total de ecografías realizadas	15 días	2.2
Tiempo Promedio Espera Para Realización Radiología Simple	Sumatoria de días desde la fecha de solicitud y la fecha de asignación de la cita / Total de imágenes RX asignadas	15 días	2.6
Tiempo Promedio Espera Para Realización Tac	Sumatoria de días desde la fecha de solicitud y la fecha de asignación de la cita / Total de citas de TAC	15 días	2.5
Tiempo promedio de espera para la toma de Resonancia Magnética Nuclear Consolidado institucional	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se realiza la toma de la de Resonancia Magnética Nuclear y la fecha en la que se solicita / Número total de Resonancia Magnética Nuclear	15 días	3.0

Fuente: Control Subproceso

Durante el año 2024 la oportunidad para la asignación de citas en cada una de las modalidades fue la siguiente: rayos x especiales para 2.6 días, para tomografía corresponde a 2.5 días, para ecografía y doppler fue de 2.2 días, así como para resonancia magnética fue de 3 días. De esta forma, el servicio de imágenes cumple con el estándar para cada una de estas modalidades.

En todos los casos se cumple la meta establecida durante la vigencia.

Logros:

- Cumplimiento de las metas establecidas en los indicadores de oportunidad de la atención, por ende, cumplimiento a los indicadores del POA
- A partir del 8 de agosto de 2024 entro en funcionamiento la interoperabilidad entre el aplicativo de eDx del servicio de imágenes diagnósticas y la aplicativo dinámica gerencial.
- Puesta en funcionamiento de los equipos KOICA del hospital de Engativá Calle 80, incluyendo un fluoroscopio, modalidad con la que la subred no contaba.
- Implementación de estrategias comunicativas como el botón de imágenes diagnósticas dentro de la página de la subred, dentro de los enlaces destacados, donde se informa a la comunidad las preparaciones de los distintos estudios, el paso a paso para la descarga de resultados, los puntos y horarios de atención.
- Actualización de los distintos procesos y procedimientos ajustados a las nuevas tecnologías con que cuenta el servicio de imágenes diagnósticas.
- Motivación a los usuarios para el uso de canales digitales para la descarga de resultados y consulta de preparaciones

Oportunidades de mejora:

- Articulación con el área de costos y mercadeo, para consolidar un portafolio de servicios con tarifas competitivas que estimulen la venta de servicios a particulares.
- Socialización y capacitación del personal clínico en las preparaciones de los distintos estudios y el correcto ordenamiento de los mismos, con el fin de evitar glosas e inatenciones por mal ordenamiento y así promover la adecuada facturación.
- Mejoramiento en la generación de informes estadísticos desde el aplicativo Dinámica Gerencial.

Dificultades:

- Disponibilidad no permanente con contratos para el mantenimiento de los equipos para con ello poder atender las fallas de los mismos de forma oportuna, evitando que se den suspensiones prolongadas de los servicios.
- Falta de un desarrollo dentro del aplicativo dinámica gerencial que permita la entrega desde el ordenamiento del estudio de las preparaciones necesarias para la realización del mismo.

SUBPROCESO DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

Descripción:

El servicio de Nutrición y Dietética en la Subred Norte tiene como objeto contribuir al mejoramiento de la salud de la población a través de la detección, promoción y tratamiento de las patologías y o condiciones que requieran intervención nutricional e implementación y ejecución de planes y proyectos de educación y apoyo nutricional.

Durante la vigencia del año 2024 se llevó a cabo actividades tendientes a la mejora continua de la prestación del servicio en la Subred Norte ESE. A continuación, se enuncian los logros de nuestro servicio.

Puntos de atención

El servicio de nutrición presta servicio en el ámbito hospitalario en los Hospitales de Engativá, Centro de Servicios Especializados, Chapinero, Fray y Emaús. Y en el ámbito ambulatorio en los Centros de Salud Española, Verbenal, Gaitana, Orquídeas y Bachué.

Donde se prestan servicios de respuesta de interconsulta, tamizaje nutricional, seguimiento nutricional, soporte nutricional enteral y parenteral, suplementación nutricional y educación nutricional. Se apoyan las áreas de lactarios y salas de extracción.

Talento humano

A continuación, la relación de los perfiles profesionales, técnicos y auxiliares disponibles en el servicio, con corte al 31 de enero de 2024.

Tabla 96. Talento Humano Dirección Complementarios – Servicio Nutrición y dietética

PERFIL	OPS	PLANTA
Auxiliar Área De La Salud		3
Auxiliar De La Salud - Auxiliar De Enfermería Hospitalización, Urgencias	17	2
Profesional Administrativo V	1	
Profesional Universitario Área De La Salud - Enfermera Hospitalización y Urgencias	2	
Profesional Universitario Área De La Salud - Nutricionista	4	
Profesional Universitario Área De La Salud - Nutricionista	11	2
TOTAL	35	7

Fuente: Control Subproceso

Indicador

El servicio cuenta con indicadores de gestión, a continuación, el indicador de oportunidad de respuesta de interconsulta.

Tabla 97. Oportunidad de Respuesta Interconsulta Nutrición 2024

Respuesta De Interconsulta	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Promedio
	90,6%	96,1%	94,7%	94,7%	93,5%	91,2%	95,6%	91,7%	89,3%	91,9%	94,5%	93,5%	93,1%

Fuente: Control Subproceso

Logros:

- ❖ Hubo un aumento del 29.14 % (n= 6543) en la producción de la consulta externa de nutrición. Fue así como subió de 15903 pacientes atendidos en el 2023 a 22446 en el 2024.
- ❖ Se presentó un incremento del 6.6% (n=647) en la cantidad de interconsultas respondidas, pasando de 9066 en el 2023 a 9713 en el 2024. (ver gráfica No. 2).
- ❖ Respecto a los seguimientos, educaciones nutricionales y soportes enterales y parenterales en los servicios de hospitalización, estos aumentaron en un 3.16% (n=702 seguimientos) respecto al año inmediatamente anterior. (ver gráfica No. 3).

Oportunidades de mejora:

Así como hubo logros significativos en el servicio de nutrición, también se identifican oportunidades de mejora para seguir avanzando en el camino hacia la excelencia.

Respecto a la prestación del servicio de alimentación, se identifican las siguientes oportunidades de mejora:

- Mejorar características organolépticas de las preparaciones.
- Actualizar ciclos de menús.
- Cumplir con el personal contratado por parte del servicio de alimentación, ya que el operador no ha logrado cumplir a cabalidad con estos acuerdos, debido a la alta rotación de personal.

En el área clínica y de consulta externa se identifican las siguientes oportunidades de mejora:

- Optimizar los procesos de contratación para el reemplazo del personal faltante.

Dificultades:

Dentro de las dificultades identificadas en el subproceso de nutrición, que afectan la atención nutricional oportuna y de calidad se identifican las siguientes:

- La planta de producción de alimentación queda muy distante a las sedes en donde se suministra la alimentación, lo cual genera retrasos en la entrega de dietas a los pacientes y fallas en la cadena de temperatura de los alimentos.
- Personal del servicio de alimentación incompleto.
- No sistematización de las ordenes de dietas. Se requiere la sistematización en la aplicación dinámica gerencial.
- Alta rotación del personal y dificultades en los procesos de contratación para el reemplazo del talento humano faltante.

SUBPROCESO DE UNIDAD RENAL**Descripción:**

Durante el periodo el año 2024 la Unidad Renal ha trabajado activamente en el cumplimiento de los planes institucionales y estratégicos, alineándose con los objetivos propuestos a nivel organizacional. A lo largo del año, se ha logrado avanzar en varios

aspectos fundamentales de la atención a los pacientes renales, mejorando tanto la calidad del servicio como la eficiencia en los procesos. La gestión se centró principalmente en la mejora continua de los servicios médicos, el fortalecimiento de la infraestructura, y la optimización de los recursos. La Unidad Renal cumplió con los indicadores establecidos, alcanzando resultados significativos en la atención y seguimiento de pacientes, en la implementación de charlas educativas a paciente, familia (acompañantes), y en el uso adecuado de tecnologías para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades renales.

Entre los programas y proyectos más destacados de 2024, se incluyeron iniciativas de sensibilización como cuidado del acceso vascular, prevención de infecciones, charlas educativas desde el área de psicología, nutrición y trabajo social, el fortalecimiento de la atención multidisciplinaria, y la mejora en los tiempos de respuesta para tratamientos de hemodiálisis. Asimismo, se hicieron esfuerzos por optimizar los procesos administrativos y la gestión del personal, garantizando la calidad en la atención al paciente y el cumplimiento de los estándares establecidos por los entes de control.

Puntos de atención

El servicio de unidad renal se ubica en las instalaciones del Hospital Simón Bolívar. Se prestan los servicios de hemodiálisis y plasmaféresis.

Talento humano

A continuación, la relación de los perfiles profesionales, técnicos y auxiliares disponibles en el servicio, con corte al 31 de enero de 2024.

Tabla 98 Talento Humano Dirección Complementarios – Servicio Unidad Renal

PERFIL	OPS	PLANTA
Auxiliar Área De La Salud		1
Auxiliar De La Salud - Auxiliar De Enfermería Hospitalización, Urgencias	1	
Auxiliar De La Salud - Auxiliar De Enfermería Hospitalización, Urgencias	7	
Médico Especialista En Nefrología	2	
Profesional Especializado III	1	
Profesional Médico - Unidades Especiales (Renal)	3	
Profesional Universitario Área De La Salud - Enfermera Hospitalización y Urgencias	6	
Psicólogo (A)	1	
Trabajador Social	1	
TOTAL	22	1

Fuente: Control Subproceso

Indicador

Tabla 99 Indicador Hemodiálisis

Indicador	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Hemodiálisis Proporción pac. con KTV total $\geq 1,2$. Meta: >80%	94,4%	95,31%	93,65%	93,70%	93,50%	95,35%	100,0%	100,00%	99,24%	100,00%	100,00%	83,33%

Proporción pac. con Hemoglobina ≥ 10 g/dl. Meta: $>60\%$	80,16%	75,78%	77,78%	77,95%	80,49%	76,74%	65,89%	65,38%	65,15%	67,19%	74,81%	74,24%
Proporción pac con Albúmina ≥ 4 g/dl. Meta: $>40\%$	63,49%	57,03%	61,11%	47,24%	41,46%	30,23%	44,96%	60,77%	61,36%	60,16%	63,36%	50,76%
Proporción de pac con Fósforo < 6 mg/dl. Meta: $>80\%$	80,95%	85,16%	85,71%	89,76%	89,43%	85,27%	82,95%	80,77%	80,30%	75,00%	86,26%	84,85%
Proporción de pac con catéter como acceso vascular. Meta: $<10\%$	19,8%	18,75%	15,87%	18,11%	18,70%	20,93%	19,4%	20,77%	18,18%	13,28%	14,50%	19,70%
Proporción de pac que reciben 4 ó más horas por sesión de diálisis. Meta: $>90\%$	98,41%	98,44%	96,83%	97,64%	97,56%	96,90%	98,45%	97,69%	97,73%	96,88%	97,71%	97,73%

Fuente: Control Subproceso

Se presenta cumplimiento en los indicadores durante la vigencia, excepto en el indicador de pacientes con catéter como acceso vascular, para lo cual desde el servicio de unidad renal se abordan los pacientes con información e incentivo de cara a los beneficios de permitir y autorizar el acceso mediante la Fistula Arterio Venosa FAV, ejecutando la ruta para creación de FAV.

Logros:

- Cumplimiento de los Planes Institucionales y Estratégicos: Se alcanzaron los objetivos planteados en el Plan de Acción 2024, alineando las actividades de la Unidad Renal con la visión institucional de mejorar la salud renal de la población, optimizando la calidad de vida de los pacientes, brindando a los usuarios y familia intervenciones mensuales desde el área de trabajo social, nutrición y psicología; mediante charlas educativas al personal asistencial.
- Cumplimiento de los Indicadores de Gestión: Se alcanzaron los indicadores clave establecidos en la atención de pacientes, con una mejora en los tiempos de espera para tratamiento y la reducción de complicaciones asociadas a enfermedad renal crónica y sus posibles complicaciones.
- Mejora en los indicadores de gestión reportados en la CAC, relacionado con la ruta de atención de pacientes para creación de Fistula Arteriovenosa (FAV).
- Optimización de Recursos: Se mejoraron los procesos internos, lo que permitió una mejor asignación de los recursos disponibles (humanos y tecnológicos), contribuyendo a una mayor eficiencia operativa.
- Mejoramiento en la Atención Multidisciplinaria: Se consolidaron equipos de trabajo interdisciplinarios, lo que permitió un enfoque integral para el tratamiento de los pacientes, favoreciendo una atención más personalizada y efectiva.
- Ajuste en la gestión de solicitud y entrega de insumos y medicamentos.
- Planes de mejoramiento a cargo por la plataforma Almera, al día.
- Mejora en infraestructura, se ajustaron espacios en las instalaciones, lo que permitió una atención más adecuada y cómoda para los pacientes en tratamientos de hemodiálisis.

Oportunidades de mejora:

- Fortalecimiento de la Capacitación del Personal.
- A pesar de los avances en la formación continua del personal, se identificó la necesidad de seguir promoviendo programas de capacitación especializados en enfermedades renales y tecnologías emergentes para mantener altos niveles de competencia.
- Mejorar los Procesos Administrativos.
- Si bien se lograron avances, aún es necesario optimizar los procesos administrativos para agilizar la atención y mejorar la satisfacción de los pacientes, especialmente en lo que respecta a la programación de consultas y el manejo de trámites, como entrega de medicamentos por la EPS.
- Fortalecimiento de la Investigación y Desarrollo.
- Se requiere un mayor impulso a la investigación clínica y científica en enfermedades renales para fomentar la innovación y mejorar los tratamientos.

Dificultades:

- Retos en la Gestión de la Demanda:
- La creciente demanda de servicios de atención renal, especialmente en hemodiálisis, ha generado presiones sobre la capacidad instalada, teniendo en cuenta la Senda 1 para pacientes ambulatorios, lo que requiere un aumento de la misma.
- Escasez de Donantes de Órganos:

Aunque la Unidad Renal ha hecho un esfuerzo considerable para promover la donación de órganos, la falta de donantes sigue siendo un desafío significativo, limitando las opciones de tratamiento para los pacientes con insuficiencia renal terminal.

2.5. GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD.

La Dirección de Gestión del riesgo hace parte del proceso misional y tiene como objetivo aportar a la articulación y gestión entre los prestadores primarios y complementarios en pro de la promoción y el mantenimiento de la salud, así como la detección de riesgos en salud, lo cual permitió articular las acciones intramurales, y extramurales.

A continuación, se presentan los principales resultados de las rutas de atención integrales, Plan de Intervenciones Colectivas y Equipos Básicos Extramurales – Hogar.

Rutas Integrales de Atención en Salud

Ruta Promoción y Mantenimiento de la salud

La inscripción a la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud incluye al menos una actividad trazadora de las valoraciones integrales para la población de Capital Salud. Al cierre del ciclo 2024, se alcanzó un promedio de inscripción del 83,3%, lo que representa un aumento de 4,1 puntos porcentuales respecto al año anterior. Es relevante señalar que el promedio del denominador se ve influenciado por la disminución de usuarios activos asignados a la EAPB, debido a traslados de residencia hacia otras localidades fuera de la Subred Norte. No obstante, se destaca el incremento en el promedio de usuarios inscritos durante el periodo evaluado.

Tabla 100. Inscripción de Ruta Promoción y Mantenimiento, enero – diciembre 2024

Mes	Asignados	Inscritos	%
Enero	173.347	147.647	85,2%
Febrero	163.995	148.822	90,7%
Marzo	171.910	156.094	90,8%
1 Trimestre	169.751	150.854	88,9%
Abril	170.512	139.875	82,0%
Mayo	169.719	141.333	83,3%
Junio	167.807	135.040	80,5%
2 Trimestre	169.346	138.749	81,9%
Julio	168.368	136.939	81,3%
Agosto	167.758	137.317	81,9%
Septiembre	173.180	137.878	79,6%
3 Trimestre	169.769	137.378	80,9%
Octubre	170.684	138.217	81,0%
Noviembre	169.745	139.258	82,0%
Diciembre	167.781	137.064	81,7%
4 Trimestre	169.403	138.180	81,6%
Promedio Vigencia	169.567	141.290	83,3%

Fuente: Base de datos de Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, enero – diciembre 2024.

Resultados de Impacto

**Mortalidad Infantil - Meta: 8,99 por 1.000 NV
Residencia**

Para el periodo enero a diciembre de 2024, se registraron 162 casos de mortalidad en menores de 1 año, con una tasa de mortalidad de 8,1 casos por 1.000NV; comparado con el mismo periodo del año anterior, se presenta incremento del 3,8% en el indicador con ocho casos menos. Con respecto a la meta Distrital, el indicador de la Subred es 9,9% menor. Del total de casos registrados en 2024, el 6,8% ocurrieron en diciembre, comparado con el mismo mes del año anterior, se presenta reducción del 11,8% en el indicador y tres mortalidades menos; respecto a noviembre de 2024, se observa un caso adicional y un indicador 9,7% mayor, pasando de 6,3 a 6,9 muertes infantiles por cada 1.000 NV.

Tabla 101 Indicadores de Mortalidad Infantil, según Residencia, enero a diciembre, 2022 a 2024

Año	Indicador	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic	Total
2022	Total Casos	12	10	13	13	24	15	17	18	22	12	18	12	186
	Tasa	6,8	6,3	6,8	6,9	12,1	7,7	8,9	9,2	11,4	6,3	10,0	6,0	8,2
2023	Total Casos	9	10	13	22	17	18	14	5	14	16	18	14	170
	Tasa	4,7	5,9	6,9	12,1	8,9	10,2	7,9	2,6	7,3	9,1	10,6	7,8	7,8
2024	Total Casos	12	14	11	16	24	12	18	13	14	7	10	11	162
	Tasa	7,2	8,7	6,6	9,3	14,1	7,4	10,7	7,4	8,2	4,2	6,3	6,9	8,1

Fuente: Datos 2022 a noviembre 2024, bases RUAF_ND/SDS, corte 05 de diciembre, de 2024, entregados el 16 de diciembre de 2024, 2023 y 2024 "Preliminares". Datos diciembre 2024, base de datos locales aplicativo Web RUAF_ND, corte 31 de diciembre 2024, datos "Preliminares", descarga 02 de enero, 2025.

Nota aclaratoria. Los datos de diciembre de 2024 corresponden a información de las bases locales (institucionales) del aplicativo Web RUAF_ND, por lo que la información suministrada es preliminar dado que desde la Secretaría Distrital de Salud no se ha realizado entrega de las bases oficiales. De acuerdo con la actualización de las bases de nacidos vivos y mortalidad evitable realizada por SDS, se ajustan casos y tasa de mortalidad reportados para octubre y noviembre de 2022; adicionalmente, se actualizan los casos reportados en noviembre de 2024 y, las tasas de mortalidad de agosto y noviembre de 2024.

En cuanto a las características de los casos, el 64,8% (105 casos) eran de sexo masculino, por otra parte, el 71,0% (115 casos) corresponde a menores prematuros (nacimientos antes de la semana 37 de gestación), donde el promedio de edad de la madre fue de 29,3 años. Frente al aseguramiento, el 67,9% (110 casos) pertenecían al régimen contributivo, 27,2% (44 casos) al régimen subsidiado, 1,9% (3 casos) de régimen especial, 1,2% (2 casos) no asegurados y tres sin dato. El 75,3% de las defunciones ocurrieron en instituciones prestadoras de salud privadas, 22,20% en IPS públicas y cuatro casos se encuentran en estudio por Medicina Legal. Respecto a la causa básica de muerte registrada, se ubica en primer lugar la sepsis bacteriana con el 4,9% de los casos.

Tabla 102. Muertes infantiles según causa básica de muerte, enero – diciembre, 2024

CAUSA BÁSICA DE MUERTE	No.	%
Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	8	4,9%
Neumonía congénita, organismo no especificado	7	4,3%
Prematuridad extrema	7	4,3%
Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido	7	4,3%
Malformación congénita del corazón, no especificada	6	3,7%
Síndrome de hipoplasia del corazón izquierdo	6	3,7%

CAUSA BÁSICA DE MUERTE	No.	%
Otras causas mal definidas y las no especificadas de mortalidad	5	3,1%
Feto y recién nacido afectados por trastornos hipertensivos de la madre	5	3,1%
Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido	5	3,1%
Hernia diafragmática congénita	5	3,1%
Otras causas	101	62,3%
TOTAL GENERAL	162	100%

Fuente: Datos enero a noviembre 2024, bases RUAF_ND/SDS, corte 05 de diciembre de 2024, entregados el 16 de diciembre de 2024 "Preliminares". Datos diciembre 2024, base de datos locales aplicativo Web RUAF_ND, corte 31 de diciembre 2024, datos "Preliminares", descarga 02 de enero, 2025.

Según localidad, con corte a diciembre de 2024, la tasa más alta de mortalidad infantil la registró la localidad de Teusaquillo con 11,7 casos por cada 1.000 NV e incremento del 105,4% en el indicador; por el contrario, Usaquén, Barrios Unidos y Chapinero, lograron una reducción del 2,4%, 48,4% y 57,4% en la tasa de mortalidad con respecto al mismo periodo del 2023.

Ocurrencia

La tasa de mortalidad infantil para el mes de diciembre de 2024 fue de 4.1 casos por cada 1.000 nacidos vivos, con un caso registrados, presentando una disminución considerable de 9.0 puntos en el indicador, con respecto al mismo mes del año 2023 donde la tasa fue de 13.1 con 4 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. El caso presentado corresponde al Hospitales Simón Bolívar. Para el año 2024 la tasa fue de 11.9 superior a la tasa reportada para el 2022 y 2023 donde la tasa fue de 11.2 y 9.6 respectivamente.

Tabla 103. Indicadores de Mortalidad Infantil, según Ocurrencia, enero – diciembre, 2020 a 2024

Año	Indicador	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
2022	Total Casos	1	1	4	4	6	5	2	2	7	2	7	4	45
	Tasa	2,9	3,7	11,1	11,9	17,6	14,9	6,3	5,8	20,0	6,0	20,5	13,0	11,2
2023	Total Casos	4	0	5	2	4	3	4	1	2	2	3	4	34
	Tasa	12,2	0,0	19,2	6,1	12,3	11,0	14,9	3,2	6,8	7,1	10,1	13,1	9,6
2024	Total Casos	2	3	2	4	5	4	6	2	3	2	5	1	39
	Tasa	6,4	11,4	6,4	13,5	19,2	14,3	22,4	8,0	11,1	7,5	19,2	4,1	11,9

Fuente: SIVIGILA a diciembre de 2024, RUAF ND a diciembre 2024. (corte 03-01-2025)

Para el periodo de enero a diciembre de 2024 la causa básica de muerte más representativa en la población infantil, corresponde a la prematuridad extrema con el 12.8% (n=5), seguido de corioamnionitis con el 10.3% (n=4), los siguientes casos aportaron un caso para cada diagnóstico: aspiración de meconio con el 2.6% (n=1), bacteriemia por gram negativos con el 2.6% (n=1), bronquiolitis virus sincitial respiratorio con el 2.6% (n=1), cardiopatía hipertrofica congénita con el 2.6% (n=1), déficit de surfactante con el 2.6% (n=1), displasia tanatoforica con el 2.6% (n=1), epidemolisis bullosa con el 2.6% (n=1), feto y recién nacido afectado por otros trastorno hipertensivos con el 2.6% (n=1), gastrosquisis con el 2.6% (n=1), infección de vías urinarias complicada con el 2.6% (n=1), infección por candida 2.6% (n=1), inmadurez extrema con el 2.6% (n=1), insuficiencia placentaria 2.6% (n=1), malformación cardiaca congénita valvular con el 2.6% (n=1), neumonía congénita con el 2.6% (n=1), neumonía multilobar bacteriana con el 2.6% (n=1), perforación intestinal con el 2.6% (n=1), prematurez 32 semanas con

el 2.6% (n=1), recién nacido afectado por enfermedades maternas (preeclampsia) con el 2.6% (n=1), sepsis de origen abdominal materna con el 2.6% (n=1), sepsis del recién nacido debida a estreptococo del grupo b con el 2.6% (n=1), síndrome de patau no especificado con el 2.6% (n=1). Los 8 (20%) casos restantes se encuentran en estudio por parte de medicina legal, una vez se conozcan los resultados y estén cargados al aplicativo RUAUF-ND, se actualizará la información.

Tabla 104. Mortalidad Infantil según causa básica de muerte, enero – diciembre, 2024

Causa Básica de Muerte de los casos por Ocurrencia en USS Subred Norte	No.	%
En estudio	8	20.5%
Prematuridad extrema	5	12.8%
Corioamnionitis	4	10.3%
Aspiración de meconio	1	2.6%
Bacteremia por gram negativos	1	2.6%
Bronquiolitis virus sincitial respiratorio	1	2.6%
Cardiopatía hipertrofica congénita	1	2.6%
Déficit de surfactante	1	2.6%
Displasia tanatoforica	1	2.6%
Epidemolisis bullosa	1	2.6%
Feto y recién nacido afectado por otros trastornos hipertensivos	1	2.6%
Gastrosquisis	1	2.6%
Infección de vías urinarias complicada	1	2.6%
Infección por candida	1	2.6%
Inmaturidad extrema	1	2.6%
Insuficiencia placentaria	1	2.6%
Malformación cardiaca congénita valvular	1	2.6%
Neumonía congénita	1	2.6%
Neumonía multilobar bacteriana	1	2.6%
Perforación intestinal	1	2.6%
Prematurez 32 semanas	1	2.6%
Recién nacido afectado por enfermedades maternas (preeclampsia))	1	2.6%
Sepsis de origen abdominal materna	1	2.6%
Sepsis del recién nacido debida a estreptococo del grupo b	1	2.6%
Síndrome de patau no especificado (q917)	1	2.6%
TOTAL	39	100%

Fuente: RUAUF ND enero - diciembre, 2024

El régimen subsidiado concentra el 66.7 % (n=26), específicamente en las EPS Capital Salud E.P.S. (n=13), Famisanar (n=3), Nueva EPS S.A (n=3), Mutual Ser (n=2), Cajacopi (n=1), Compensar (n=1), Coosalud EPS S.A. (n=1), Mallamas (n=1), Salud Total (n=1). El Régimen Contributivo concentra el 28,2 % (n=11), casos que corresponden a las Salud Total (n=5), Famisanar (n=2), Capital Salud E.P.S. (n=2), Aliansalud E.P.S. (n=1), E.P.S. Sanitas (n=1); los casos restantes pertenecen a dos menores migrante sin aseguramiento, no asegurados.

Mortalidad en menor de 5 años - Meta: <10,3 por 1.000 Nacidos Vivos

Residencia

Con corte a diciembre de 2024 se registraron 193 muertes en menores de 5 años, para una tasa de 9,7 defunciones por cada 1.000NV, mostrando incremento del 9,0% en el indicador, comparado con el mismo periodo del año anterior, y registrando dos casos menos. Con respecto a la meta distrital, el indicador de la Subred fue inferior en un 5,8%. Del total de casos de mortalidad en menor de 5 años, el 6,7% ocurrieron en diciembre de 2024; comparado con el mismo mes del año 2023, se registran dos casos menos y reducción del 2,8% en el indicador. Se observa que, en diciembre de 2024 se presentó una tasa de 8,2 defunciones por cada 1.000 NV, la cual aumentó un 17,8% con respecto a noviembre de 2024, reportando dos casos adicionales.

Tabla 105. Mortalidad Menor de 5 años, según Residencia, enero a diciembre, 2022 a 2024

Año	Indicador	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic	Total
2022	Total Casos	15	11	16	18	29	19	20	22	27	22	20	14	233
	Tasa	8,5	6,9	8,4	9,5	14,7	9,7	10,5	11,2	14,0	11,5	11,1	7,0	10,3
2023	Total Casos	11	11	15	23	20	21	18	8	16	17	20	15	195
	Tasa	5,7	6,5	7,9	12,7	10,5	11,9	10,1	4,2	8,3	9,7	11,7	8,4	8,9
2024	Total Casos	13	16	15	21	32	14	21	14	14	9	11	13	193
	Tasa	7,8	9,9	9,0	12,3	18,8	8,6	12,5	7,9	8,2	5,4	6,9	8,2	9,7

Fuente: Datos 2022 a noviembre 2024, bases RUAF_ND/SDS, corte 05 de diciembre, de 2024, entregados el 16 de diciembre de 2024, 2023 y 2024 "Preliminares". Datos diciembre 2024, base de datos locales aplicativo Web RUAF_ND, corte 31 de diciembre 2024, datos "Preliminares", descarga 02 de enero, 2025.

Nota aclaratoria. Los datos de diciembre de 2024 corresponden a información de las bases locales (institucionales) del aplicativo Web RUAF_ND, por lo que la información suministrada es preliminar dado que desde la Secretaría Distrital de Salud no se ha realizado entrega de las bases oficiales. De acuerdo con la actualización de las bases de nacidos vivos y mortalidad evitable realizada por SDS, se ajustan casos y tasa de mortalidad reportados para octubre y noviembre de 2022, así como casos y tasa de noviembre de 2023. Adicionalmente, se actualizan las tasas de mortalidad de enero, abril, agosto y octubre de 2024.

En cuanto a las características de los casos, el 62,2% (120 casos) eran de sexo masculino; según edad, el 83,9% (162 casos) eran menores de un año y el 16,1% (31 casos) tenían entre uno y cuatro años, la edad promedio de la madre fue de 29,3 años, se registran tres casos de nacionalidad extranjera y 20 sin dato. Frente al aseguramiento, el 67,9% (131 casos) se encontraban afiliados al régimen contributivo, 27,5% (53 casos) al subsidiado, 1,6% (3 casos) de régimen especial, 1,0% (2 casos) no asegurados y cuatro sin dato. El 74,6% (144 casos) de las muertes ocurrieron en instituciones de salud privadas, 22,8% (44 casos) en IPS públicas y cinco se encuentran en estudio por parte de Medicina Legal. Respecto a la causa básica de muerte para menores de cinco años, el primer lugar lo ocupa la sepsis bacteriana del recién nacido y otras causas mal definidas, con el 4,1% de los casos, cada una.

Tabla 106. Muertes en menores de 5 años según causa básica de muerte. Enero – diciembre 2024

CAUSA BÁSICA DE MUERTE	No.	%
Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	8	4,1%
Otras causas mal definidas	8	4,1%
Neumonía congénita, organismo no especificado	7	3,6%
Prematuridad extrema	7	3,6%

CAUSA BÁSICA DE MUERTE	No.	%
Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido	7	3,6%
Malformación congénita del corazón, no especificada	6	3,1%
Síndrome de hipoplasia del corazón izquierdo	6	3,1%
Hernia diafragmática congénita	5	2,6%
Feto y recién nacido afectados por trastornos hipertensivos de la madre	5	2,6%
Asfixia del nacimiento, no especificada	5	2,6%
Otras causas	129	66,8%
TOTAL, GENERAL	193	100%

Fuente: Datos enero a noviembre 2024, bases RUAF_ND/SDS, corte 05 de diciembre de 2024, entregados el 16 de diciembre de 2024 "Preliminares". Datos diciembre 2024, base de datos locales aplicativo Web RUAF_ND, corte 31 de diciembre 2024, datos "Preliminares", descarga 02 de enero, 2025.

Según localidad, con corte a diciembre de 2024, Engativá, Barrios Unidos y Chapinero, alcanzaron una reducción del 0,7%, 53,4% y del 57,4% en la tasa de mortalidad de menores de cinco años, con respecto al mismo periodo del año anterior; por el contrario, el mayor incremento lo registró Teusaquillo (128,2%), reportando seis defunciones adicionales.

Ocurrencia

Con corte a diciembre de 2024 se registraron 52 muertes en menores de 5 años, para una tasa de 15.8 defunciones por cada 1.000 NV, registrando un incremento de 4 puntos porcentuales en el indicador, en comparación al mismo periodo del 2023, que corresponde a 10 casos más. Para el mes de diciembre de 2024 la tasa fue de 12.4 casos por cada 1.000 nacidos vivos, con un total de 3 casos reportados, registrando una disminución en el indicador, con respecto al mismo mes del año anterior, periodo en el cual se registraron 4 casos, con una tasa de 13.1 x 1000 NV. Los tres casos presentados durante el mes de diciembre se registraron en los Hospitales Simón Bolívar (n=2) y Hospital Engativá calle 80 (n=1).

Tabla 107 Mortalidad Menor de 5 años, según Ocurrencia, enero – diciembre, 2020 a 2024

Año	Indicador	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
2022	Total Casos	2	1	4	6	8	8	3	2	8	2	8	9	61
	Tasa	5,7	3,7	11,1	17,9	23,5	23,8	9,4	5,8	22,9	6,0	23,5	29,2	15,3
2023	Total Casos	5	1	7	2	5	3	5	3	2	2	3	4	42
	Tasa	15,3	3,6	26,8	6,1	15,4	11,0	18,7	9,7	6,8	7,1	10,1	13,1	11,8
2024	Total Casos	2	5	2	8	6	4	6	4	4	2	6	3	52
	Tasa	6,4	18,9	6,4	26,9	23,1	14,3	22,4	16,1	14,8	7,5	23,0	12,4	15,8

Fuente: Base de datos locales aplicativo Web RUAF_ND, datos preliminares. Descarga 03 enero de 2025.

En relación a las características de los casos se puede indicar que, el 76,4% (39 casos) eran menores de 1 año, el 61,5% (32 casos) eran de sexo masculino. Frente al aseguramiento, el Régimen Contributivo concentra el 32,7% (n=17), casos que corresponden a las EPS Salud Total (n=6), Famisanar (n=5), Capital Salud E.P.S. (n=2), Aliansalud E.P.S. (n=1), Mutua Ser (n=1), E.P.S. Sanitas (n=1) nueva EPS (N=1); el régimen subsidiado concentra el 61,5% (n=32) de los casos, específicamente en las EPS Capital Salud E.P.S. (n=17), Nueva EPS S.A (n=4), Famisanar (n=3), Coosalud EPS S.A. (n=2), Mutua Ser (n=2), Cajacopi (n=1), Compensar E.P.S. (n=1), Mallamas (n=1),

Salud Total (n=1), y Los tres casos restantes corresponden a hijos de madres migrantes sin aseguramiento. A continuación, se relacionan las causas de muerte en los menores de 5 años.

En relación a la causa básica de muerte en menores de 5 años para enero a diciembre del 2024 se evidencia que dentro de la primera causa de muerte están aquellas asociadas a condiciones perinatales y neonatales, especialmente prematuridad extrema (9.6%) debido a la inmadurez de sistemas fundamentales, como el respiratorio y el inmune. Las infecciones son otro grupo importante que afecto a los menores de 5 años, dentro de las que se encuentra la corioamnionitis materna (7.7%). Esta infección puede afectar al feto, aumentando la probabilidad de nacimientos prematuros y complicaciones graves.

Así mismo, varias causas están asociadas con alteraciones genéticas o estructurales como el síndrome de Patau (trisomía 13), síndrome Down (trisomía 21), cardiopatía hipertrofica congénita, junto a otras como la gastrosquisis y malformación anorectales que suelen ser incompatibles con la vida y/o pueden aumentar el riesgo de complicaciones graves en la etapa neonatal y los primeros años de vida.

Tabla 108. Muertes en menores de 5 años según causa básica de muerte, enero – diciembre, 2024

Causa Básica de Muerte	No.	%
En estudio	11	21.2%
Prematuridad extrema	5	9.6%
Corioamnionitis	4	7.7%
Aspiración de meconio	1	1.9%
Bacteremia por gram negativos	1	1.9%
Bronquiolitis virus sincitial respiratorio	1	1.9%
Cardiopatía hipertrofica congénita	1	1.9%
Déficit de surfactante	1	1.9%
Displasia tanatoforica	1	1.9%
Epidemolisis bullosa	1	1.9%
Feto y recién nacido afectado por otros trastorno hipertensivos	1	1.9%
Gangliosidosis	1	1.9%
Gastrosquisis	1	1.9%
Infección de vías urinarias complicada	1	1.9%
Infección por candida	1	1.9%
Infección por stafilococo aureus meticilino resistente	1	1.9%
Inmadurez extrema	1	1.9%
Insuficiencia placentaria	1	1.9%
Malformación anorectal	1	1.9%
Malformación cardiaca congénita valvular	1	1.9%
Mecanismo de aceleración desaceleración	1	1.9%
Neumonía congénita	1	1.9%
Neumonía multilobar bacteriana	1	1.9%
Neumonía necrotizante	1	1.9%
Neumonía por adenovirus y echerichia coli	1	1.9%
Perforación intestinal	1	1.9%
Prematurez 32 semanas	1	1.9%
Quemadura de segundo grado de la superficie corporal total por liquido caliente	1	1.9%
Quemadura de segundo grado en 40 del cuerpo	1	1.9%

Causa Básica de Muerte	No.	%
Quemaduras corporales grado ii del 33 de la superficie corporal total	1	1.9%
Recién nacido afectado por enfermedades maternas (preeclampsia))	1	1.9%
Sepsis de origen abdominal materna	1	1.9%
Sepsis del recién nacido debida a estreptococo del grupo b	1	1.9%
Síndrome de patau no especificado (q917)	1	1.9%
Síndrome down	1	1.9%
TOTAL	52	100%

Fuente: Base de datos locales aplicativo Web RUAF_ND, datos preliminares. Descarga 03 enero de 2025.

Los datos anteriores reflejan la necesidad de intervenciones tempranas en el embarazo, mejoras en el manejo neonatal, y medidas de prevención para infecciones maternas y neonatales. Así como el manejo multidisciplinario de embarazos de alto riesgo.

Mortalidad por IRA menores de 5 años – Meta: 5,4 por 100.000 Menores 5 años.

Residencia

Entre enero y diciembre de 2024, se registraron cuatro mortalidades por IRA en menores de 5 años residentes en la Subred Norte, con una tasa de mortalidad de 2,6 casos por 100.000 menores de 5 años, observando tres casos adicionales con respecto al mismo periodo de 2023 y un indicador 3,3 veces más alto. Con respecto a la meta distrital, el indicador de la Subred fue 51,9% más bajo.

Tabla 109. Mortalidad por IRA, según Residencia, enero a diciembre 2022 a 2024

Año	Indicador	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic	Total
2022	Total Casos	0	1	0	0	4	2	1	1	1	0	0	1	11
	Tasa	0,0	0,6	0,0	0,0	2,5	1,2	0,6	0,6	0,6	0,0	0,0	0,6	6,7
2023	Total Casos	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	Tasa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6
2024	Total Casos	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	4
	Tasa	0,0	0,0	0,6	0,0	0,6	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,6

Fuente: Datos 2022 a noviembre 2024, bases RUAF_ND/SDS, corte 05 de diciembre, de 2024, entregados el 16 de diciembre de 2024, 2023 y 2024 "Preliminares". Datos diciembre 2024, base de datos locales aplicativo Web RUAF_ND, corte 31 de diciembre 2024, datos "Preliminares", descarga 02 de enero, 2025.

Nota aclaratoria. Los datos de diciembre de 2024 corresponden a información de las bases locales (institucionales) del aplicativo Web RUAF_ND, por lo que la información suministrada es preliminar dado que desde la Secretaría Distrital de Salud no se ha realizado entrega de las bases oficiales. De acuerdo con las bases de mortalidad evitable entregada por SDS, se descartó una mortalidad de noviembre de 2022. Adicionalmente, se actualizan casos y tasa de mortalidad de abril y mayo de 2024, debido a que se descartó un caso de Suba y Engativá, respectivamente.

En diciembre de 2024 no se registraron casos, sin presentar variación con respecto al mismo mes del 2023, ni frente a noviembre de 2024. Las características de los casos notificados se relacionan a continuación:

Según localidad, con corte a diciembre de 2024, Engativá presenta incremento del 100% en la tasa de mortalidad por IRA, comparado con el mismo periodo del año anterior, pasando de cero a tres casos.

Ocurrencia

Para el periodo de enero a diciembre de 2024, se han registrado dos casos de mortalidad por IRA en menores de 5 años en las unidades de la Subred Norte, con una tasa de 2.1 muertes por cada 100.000 menores de 5 años atendidos, registrando un acenso significativo de 0.8 puntos porcentuales en el indicador, respecto al mismo periodo del 2023. Para el mes de diciembre de 2024 no se registraron casos, manteniendo la tendencia del mes anterior.

Tabla 110. Casos de Mortalidad por IRA, según Residencia, enero a diciembre, 2024

Localidad Residencia	Sexo	Edad	Régimen	Aseguradora	Nombre UPGD	Edad de la Madre	Estado civil de la madre	Nivel educativo de la madre	Causa básica / Causa directa de muerte
Engativá	M	1 año	Contributivo	Sanitas	C. Sta. María del Lago	SD	SD	SD	Infección aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores
Suba	M	2 meses	Contributivo	Capital Salud	HSB	39	Soltera	Bachiller	Bronquiolitis aguda debida a virus sincitial respiratorio
Engativá	M	6 meses	Subsidiado	Famisanar	H. Universitario San José	18	Soltera	Bachiller	Bronquiolitis aguda debida a virus sincitial respiratorio
Engativá	M	2 meses	Subsidiado	Capital Salud	H. Universitario San José	18	Unión libre	Bachiller	Bronquiolitis aguda debida a virus sincitial respiratorio

Fuente: Datos enero a noviembre 2024, bases RUAF_ND/SDS, corte 05 de diciembre de 2024, entregados el 16 de diciembre de 2024 "Preliminares". Datos diciembre 2024, base de datos locales aplicativo Web RUAF_ND, corte 31 de diciembre 2024, datos "Preliminares", descarga 02 de enero, 2025.

Tabla 111. Mortalidad por IRA, según Ocurrencia, enero – diciembre, 2020 a 2024

Año	Indicador	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
2022	Total Casos	0	0	0	0	3	3	1	1	2	2	1	2	15
	Tasa	0,0	0,0	0,0	0,0	24,5	28,0	12,1	10,5	21,7	23,4	14,7	30,8	13,5
2023	Total Casos	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	Tasa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	13,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3
2024	Total Casos	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2
	Tasa	0,0	0,0	0,0	0,0	10,3	0,0	11,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1

Fuente: Base de datos locales aplicativo Web RUAF_ND, datos preliminares. Descarga 03 enero de 2025.

Caso de mayo 2024 corresponde a un menor de 2 meses, hijo de padres migrantes, afiliado a Capital Salud. Inició en el programa canguro con síntomas respiratorios leves que progresaron a dificultad respiratoria, siendo hospitalizado el 09/05/2024 con bronquiolitis aguda. La condición se agravó con fiebre alta y shock mixto, por lo que fue trasladado a UCI. Fallece el 29/05/2024 debido a bronquiolitis aguda con VSR positivo y coinfección bacteriana.

Adicionalmente el caso de julio 2024 hace referencia a un menor de 4 meses, nacido de embarazo gemelar prematuro (31 semanas) y con antecedentes de displasia broncopulmonar. Con inasistencias al programa canguro, fue llevado sin signos vitales al CSE Suba el 22/07/2024. Panel viral confirmó VSR, y se concluyó bronquiolitis por VSR como causa de muerte, según unidad de análisis con Secretaría Distrital de Salud.

Tabla 112. Casos de Mortalidad por IRA, según ocurrencia, enero a diciembre, 2024

Localidad Residencia	Sexo	Edad	Régimen	Aseguradora	Nacionalidad Madre	Nombre UPGD	Edad de la Madre	Estado civil de la madre	Nivel educativo de la madre	Causa básica / Causa directa de muerte
Suba	M	2 meses	Contributivo	Capital salud	Venezolana	Hospital Simón Bolívar	39	SD	SD	Bronquiolitis por VSR
Suba	M	1 mes	Subsidiado	Capital salud	Colombiana	Unidad de Servicios de Salud Centro de Servicios Especializado	22	SD	SD	Neumonía debida a virus sincitial respiratorio

Fuente: RUAF ND enero - diciembre, 2023, datos PRELIMINARES

Mortalidad por Neumonía Menores de 5 años – Meta: 10,3 por 100.000 Menores 5 años

Residencia

Con corte a diciembre de 2024, se registraron tres mortalidades por Neumonía en menores de 5 años residentes en la Subred Norte, con una tasa de 1,9 muertes por cada 100.000 menores de 5 años, observando 11 casos menos con respecto al mismo periodo de 2023 y una reducción del 77,9% en el indicador. Con respecto a la meta distrital, el indicador de la Subred fue 81,6% más bajo.

Tabla 113. Mortalidad por Neumonía, según Residencia, enero a diciembre 2022 a 2024

Año	Indicador	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic	Total
2022	Total Casos	2	0	0	0	1	3	4	1	0	1	1	1	14
	Tasa	1,2	0,0	0,0	0,0	0,6	1,8	2,5	0,6	0,0	0,6	0,6	0,6	8,6
2023	Total Casos	1	1	0	4	1	2	1	0	1	1	2	0	14
	Tasa	0,6	0,6	0,0	2,5	0,6	1,3	0,6	0,0	0,6	0,6	1,3	0,0	8,6
2024	Total Casos	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3
	Tasa	0,6	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9

Fuente: Datos 2022 a noviembre 2024, bases RUAF_ND/SDS, corte 05 de diciembre, de 2024, entregados el 16 de diciembre de 2024, 2023 y 2024 "Preliminares". Datos diciembre 2024, base de datos locales aplicativo Web RUAF_ND, corte 31 de diciembre 2024, datos "Preliminares", descarga 02 de enero, 2025.

Nota aclaratoria. Los datos de diciembre de 2024 corresponden a información de las bases locales (institucionales) del aplicativo Web RUAF_ND, por lo que la información suministrada es preliminar dado que desde la Secretaría Distrital de Salud no se ha realizado entrega de las bases oficiales. De acuerdo con la actualización de las bases de mortalidad evitable realizada por SDS, se ajustan casos y tasas de mortalidad reportadas para octubre y noviembre de 2022. Adicionalmente, para abril de 2024 se descartó una mortalidad por Neumonía de la localidad de Suba.

En diciembre de 2024 no se registraron casos, sin presentar variación con respecto al mismo mes del 2023, ni a noviembre de 2024. Las características de los casos notificados se relacionan a continuación:

Tabla 114. Casos de Mortalidad por Neumonía, según Residencia, enero a diciembre, 2024

Localidad Residencia	Sexo	Edad	Régimen	Aseguradora	Nombre UPGD	Edad de la Madre	Estado civil madre	Nivel educativo madre	Causa básica de muerte
Suba	F	11 meses	Contributivo	Famisanar	H. Suba	SD	SD	SD	Neumonía debida a virus sincitial respiratorio
Engativá	F	10 meses	Contributivo	S. Total	H.Universitario San José	36	Soltera	Técnico	Neumonía debida a adenovirus
Suba	F	2 meses	Contributivo	Famisanar	H.Universitario San José	28	U. Libre	Bachiller	Neumonía viral, no especificada

Fuente: Datos enero a noviembre 2024, bases RUAF_ND/SDS, corte 05 de diciembre de 2024, entregados el 16 de diciembre de 2024 "Preliminares". Datos diciembre 2024, base de datos locales aplicativo Web RUAF_ND, corte 31 de diciembre 2024, datos "Preliminares", descarga 02 de enero, 2025.

Según localidad, con corte a diciembre de 2024, Usaquéen logró una reducción del 100% en el indicador frente al mismo periodo del año anterior. Chapinero y Barrios Unidos, no han reportado casos en los dos últimos periodos, mientras Engativá y Suba, tuvieron reducción del 45,7% y del 65,4% en la tasa de mortalidad, respectivamente.

Ocurrencia

Con corte al mes de diciembre de 2024, se han registrado dos casos de mortalidad por Neumonía en menores de 5 años en los hospitales y unidades de la Subred Norte. Comparado con el mismo periodo del año anterior, se mantiene el mismo número de casos reportados, no obstante, se observa una disminución del 0.6 punto porcentual en el indicador de mortalidad para el año 2024 en comparación con el año anterior (2023).

El caso de abril de 2024 es un paciente pediátrico que ingresa el 12 de abril en CSE Suba con fiebre de 38°C, irritabilidad, tos húmeda y cianosis, con antecedentes de bronquiolitis. Presenta deshidratación, taquipnea, requiriendo oxígeno, por lo cual es hospitalizado. Al día siguiente, la radiografía muestra neumonía complicada y compromiso del 90% del pulmón izquierdo, con anemia y leucopenia. Se traslada a UCI en el Hospital Simón Bolívar, donde se intuba por falla ventilatoria, entra en paro respiratorio. Se estabiliza tras reanimación, pero sigue bajo pronóstico reservado con falla multiorgánica. Fallece el 23 de abril por neumonía necrotizante.

Frente al caso presentado en el mes de agosto de 2024, corresponde a un menor quien ingresa inicialmente el 29 de mayo con síntomas de bronquiolitis y recibe alta tras mejoría. Reingresa el 3 de junio por cuadro de rinorrea hialina, congestión nasal, tos productiva, noción de contagio positivo. Paciente con bronquiolitis sospecha de sobreinfección, se hospitaliza y se inicia terapia con antibióticos. Posteriormente, desarrolla neumotórax, lo que lleva a múltiples procedimientos quirúrgicos (toracotomías y decorticación),

encontrándose empiema y cavitaciones. A pesar del tratamiento, progresa al deterioro con signos de necrosis pulmonar y sangrado severo. Fallece el 7 de agosto tras paro cardiorrespiratorio y shock hemorrágico, sin respuesta a las maniobras de reanimación. Se diagnostica infección por *stafilococo aureus* meticilino resistente.

Tabla 115. Mortalidad por Neumonía, según Ocurrencia, enero a diciembre, 2024

Año	Indicador	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
2022	Total Casos	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	4
	Tasa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,3	12,1	0,0	10,9	0,0	0,0	15,4	3,6
2023	Total Casos	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
	Tasa	26,8	0,0	0,0	0,0	18,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7
2024	Total Casos	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2
	Tasa	0,0	0,0	0,0	11,1	0,0	0,0	0,0	13,1	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1

Fuente: Base de datos locales aplicativo Web RUAF_ND, datos preliminares. Descarga 03 enero de 2025.

Para el mes de diciembre de 2024 no se presentaron casos de mortalidad por neumonía, igual a lo reportado para el mismo mes del 2023. Estos datos, reflejan un comportamiento constante en el indicador. En relación con la meta distrital (10,3), el indicador de mortalidad por neumonía de las unidades de la Subred Norte ha sido menor en relación a la meta establecida, cumpliendo así con los objetivos previstos para este evento.

Tabla 116. Casos de Mortalidad por Neumonía, según ocurrencia, enero a diciembre, 2024

Localidad residencia	Sexo	Edad	Régimen	Nacionalidad de la Madre	Aseguradora	Nombre UPGD	Edad de la madre	Estado civil de la madre	Nivel educativo de la madre	Causa básica / causa directa de muerte
Suba	M	2 años	Contributivo	Colombiana	Capital salud	Hospital Simón Bolívar	23	SD	SD	Neumonía necrotizante
Usaquén	F	2 años	Contributivo	Colombiana	Mutual ser	Hospital Simón Bolívar	21	SD	SD	Infección por <i>stafilococo aureus</i> meticilino resistente

Fuente: Datos enero a diciembre 2024, bases RUAF_ND/SDS, 03 enero de 2025.

Ambos casos, tanto el reportado en el mes de abril como el de agosto, presentan factores demográficos y sociales comunes: pacientes de 2 años de edad, afiliados al régimen contributivo. En términos de causa básica de muerte, uno de los casos fue diagnosticado con neumonía necrotizante, mientras que el otro presentó infección por *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente (MRSA).

Mortalidad por EDA – Línea Base 2022 (No hay meta): 5,4 por 100.000 Menores 5 años

Residencia

No se presentaron casos de Mortalidad por EDA en menores de 5 años para el periodo enero a diciembre de 2022 y 2024 en menores de cinco años residentes de la Subred. Sin embargo, para noviembre de 2023 se notificó un caso de la localidad de Engativá, lo

qual representa una tasa de mortalidad de 0,6 casos por 100.000 menos de cinco años en 2023.

Ocurrencia

No se presentaron casos de Mortalidad por EDA en menores de 5 años para el periodo de enero a diciembre del 2024. Durante los dos años anteriores 2023 y 2022 solo se ha reportado un caso en el 2022 con una tasa de 0.9 por 100.000 menores de 5 años.

Fecundidad en Adolescentes entre 10 a 14 años - Meta: 18,0 por 1.000 Mujeres de 15 a 19 años

Residencia

Tabla 117. Fecundidad 10 a 14 años, según Residencia, 2022 a 2024

Año	Indicador	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic	Total
2022	Total Casos	1	2	2	2	6	5	4	2	4	4	3	1	36
	Tasa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,4
2023	Total Casos	4	2	1	5	6	1	3	5	1	1	5	4	38
	Tasa	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,5
2024	Total Casos	3	6	6	4	3	8	2	8	5	4	3	0	52
	Tasa	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,6

Fuente: Datos 2022 y 2023 Matriz indicadores trazadores SDS, 2023 “preliminares”, corte noviembre 2024. Datos Enero a noviembre 2024, bases RUAF_ND/SDS, corte 05 de diciembre, de 2024, entregados el 16 de diciembre de 2024, 2023 y 2024 “Preliminares”. Datos diciembre 2024, base de datos locales aplicativo Web RUAF_ND, corte 31 de diciembre 2024, datos “Preliminares”, descarga 02 de enero, 2025. Datos 2022

Nota aclaratoria. Los datos de diciembre de 2024 corresponden a información de las bases locales (institucionales) del aplicativo Web RUAF_ND, por lo que la información suministrada es preliminar dado que desde la Secretaría Distrital de Salud no se ha realizado entrega de las bases oficiales. De acuerdo con las bases de nacidos vivos entregada por SDS, se actualizan casos y tasa reportados para agosto de 2024.

Con corte a diciembre de 2024 se registraron 52 nacimientos en adolescentes de 10 a 14 años (0,62 por cada mil mujeres de 10 a 14 años), comparado con el mismo periodo de 2023, se presentan 14 casos adicionales e incremento del 34,8% en el indicador. Respecto a la meta distrital, la tasa de fecundidad de la Subred en este grupo de edad es superior en un 3,3%. Del total de registros de 2024, diciembre no aporta casos, comparado con el mismo mes de 2023, se observan cuatro casos menos y respecto a noviembre de 2024, se registran tres nacimientos menos en diciembre, alcanzando reducción del 100% en el indicador.

En cuanto al aseguramiento, el 53,8% (28 casos) de las madres se encontraban afiliadas al régimen subsidiado, 38,5% (20 casos) al contributivo y 7,7% (4 casos) sin aseguramiento; identificando ocho casos con nacionalidad extranjera. Al observar el comportamiento del indicador por localidad, con corte a diciembre de 2024, Chapinero es la única que no reporta nacimientos en adolescentes de 10 a 14 años para el 2024;

Barrios Unidos registra el mayor incremento con un indicador 3,5 veces más alto, mientras Teusaquillo no presentó variación manteniéndose en un caso. El incremento evidenciado en Barrios Unidos obedece a que en el barrio San Felipe, se encuentra ubicada una Fundación en modalidad de internado, en la cual se tienen niñas y adolescentes (gestantes y lactantes) bajo protección del ICBF, para restitución de derechos, aclarando que estas menores pueden ser de otras localidades o regiones del país.

Ocurrencia

Para el periodo de enero a diciembre de 2024 se registran 28 nacimientos derivados de embarazos en menores de 10 a 14 años, con un indicador de 1.1 casos por cada mil mujeres atendidas en ese rango de edad, presentando una reducción de 0.3 puntos porcentuales en el indicador. La tendencia de la tasa de fecundidad al mes de diciembre es descendente pasando de 1.4 en el 2023 a 0.5 en el 2024.

El CSE Suba con 53.6% (n=15) se concentra el mayor número de casos, seguido del Hospital Engativá con un 28.6% (n=8) y Simón Bolívar con el 17.9 % (n=5). Respecto a la meta distrital, la tasa de fecundidad en los hospitales y unidades de la Subred presentada durante el 2024 es superior con un 83% por encima de la meta establecida; es pertinente señalar que, a pesar de que la subred ha implementado estrategias dirigidas a influir positivamente en las tasas de fecundidad en la población adolescente, se observa una baja adherencia a los métodos de regulación de la fecundidad. Asimismo, el inicio temprano de la vida sexual en este grupo poblacional continúa siendo un factor contribuyente a la ocurrencia de embarazos en edades tempranas.

Tabla 118. Fecundidad 10 a 14 años, según Ocurrencia, enero a diciembre, 2022 a 2024

Año	Indicador	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
2022	Total Casos	1	1	2	2	4	3	3	1	1	2	1	1	22
	Tasa	0,9	0,7	1,1	1,3	2,2	1,7	1,9	0,5	0,6	1,2	0,8	0,8	1,2
2023	Total Casos	3	1	1	5	4	1	2	3	0	1	2	3	26
	Tasa	3,9	1,0	0,8	5,5	3,5	0,7	1,3	2,0	0,0	0,4	1,0	1,4	1,4
2024	Total Casos	2	4	3	1	0	5	0	5	3	1	3	1	28
	Tasa	1,1	2,0	1,5	0,4	0,0	2,3	0,0	2,2	1,3	0,5	1,5	0,5	1,1

Fuente: RUAF ND enero - diciembre, 2024, Base de datos de atención a diciembre 2024.

En relación con el aseguramiento se puede indicar que, 4 casos corresponden al régimen contributivo, 1 caso de la EAPB Nueva EPS, 1 de Sura, 1 caso Famisanar y 1 caso Salud Total S.A. No Asegurados se presentaron 4 casos, presentados en mujeres migrantes; los 20 casos restantes pertenecen al régimen subsidiado, 7 de la EPS Capital Salud, 3 de Famisanar EPS, 4 de Nueva EPS, 2 de Coosalud, 2 de Cajacopi, 1 de ASMED EPS y 1 de Mutual Ser.

Fecundidad en mujeres jóvenes entre 15 a 19 años – Meta: 18,0 por 1.000 Mujeres de 15 a 19 años

Residencia

Para el periodo de enero a diciembre de 2024 se registran 1.065 nacimientos en mujeres de 15 a 19 años (11,8 por cada mil mujeres de 15 a 19 años), comparado con el mismo periodo de 2023, se presentan 200 casos menos y reducción del 15,1% en el indicador. Respecto a la meta distrital, la tasa de fecundidad de la Subred en este grupo de edad es inferior en un 34,4%. Del total de registros de 2024, diciembre aportó el 8,1% de los nacimientos, comparado con el mismo mes de 2023, se observan tres nacimientos adicionales e incremento del indicador en un 5,0%. Respecto a noviembre de 2024, se registran dos casos más en diciembre, con un indicador 5,0% mayor.

Tabla 119 Fecundidad 15 a 19 años, según Residencia, 2022 a 2024

Año	Indicador	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic	Total
2022	Total Casos	125	89	134	105	124	103	107	97	114	112	96	112	1.318
	Tasa	1,3	1,0	1,4	1,1	1,3	1,1	1,1	1,0	1,2	1,2	1,0	1,2	14,1
2023	Total Casos	108	113	95	124	111	102	102	102	118	110	99	83	1.265
	Tasa	1,2	1,2	1,0	1,4	1,2	1,1	1,1	1,1	1,3	1,2	1,1	0,9	13,9
2024	Total Casos	104	77	106	91	64	103	90	100	94	66	84	86	1.065
	Tasa	1,2	0,9	1,2	1,0	0,7	1,1	1,0	1,1	1,0	0,7	0,9	1,0	11,8

Fuente: Datos 2022 y 2023 Matriz indicadores trazadores SDS, 2023 “preliminares”, corte noviembre 2024. Datos Enero a noviembre 2024, bases RUAF_ND/SDS, corte 05 de diciembre, de 2024, entregados el 16 de diciembre de 2024, 2023 y 2024 “Preliminares”. Datos diciembre 2024, base de datos locales aplicativo Web RUAF_ND, corte 31 de diciembre 2024, datos “Preliminares”, descarga 02 de enero, 2025. Datos 2022

Nota aclaratoria. Los datos de diciembre de 2024 corresponden a información de las bases locales (institucionales) del aplicativo Web RUAF_ND, por lo que la información suministrada es preliminar dado que desde la Secretaría Distrital de Salud no se ha realizado entrega de las bases oficiales. De acuerdo a la matriz de indicadores trazadores entregada por SDS en diciembre de 2024, se actualizan casos de mayo, junio, agosto, septiembre y noviembre de 2024, con ajuste de las tasas de fecundidad calculadas para junio, agosto y septiembre de 2024.

En cuanto al aseguramiento, el 47,0% (501 casos) de las madres se encontraban afiliadas al régimen subsidiado, 39,3% (419 casos) al contributivo, 12,2% (130 casos) sin aseguramiento y 1,4% (15 casos) del régimen especial; identificando 263 casos con nacionalidad extranjera. Al observar el comportamiento del indicador por localidad, con corte a diciembre de 2024, todas registran reducción frente al mismo periodo del año anterior, siendo Barrios Unidos la localidad con la Tasa Específica de Fecundidad-TEF-más alta de la Subred (14,0 nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años) y reducción del 14,0% en el indicador.

Ocurrencia

Para el periodo de enero a diciembre de 2024 la tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años en las unidades y hospitales de la Subred Norte fue de 14.5 nacimientos por cada 1.000 mujeres atendidas en ese mismo rango de edad, registrando una reducción de 5.5 puntos porcentuales en el indicador con respecto al año anterior, lo que

corresponde a 65 casos menos, respecto al mismo periodo del año 2023; para el mes de diciembre se registra una tasa de 13.4 con 40 casos, presentando 5 casos menos frente al mes inmediatamente anterior (noviembre), el comportamiento del indicador a lo largo del año es fluctuante. Los casos se concentran principalmente en el Hospital CSE de Suba con el 46.8% (n=259), seguido del Hospital de Engativá con un 32.2% (n=178) y Hospital Simón Bolívar con el 21.0% (n=116).

Tabla 120 Fecundidad 15 a 19 años, según Ocurrencia, enero a diciembre, 2022 a 2024

Año	Indicador	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
2022	Total Casos	70	37	73	60	60	58	59	57	62	67	60	55	718
	Tasa	26,9	13,5	21,2	19,0	16,2	17,9	19,7	16,7	18,3	19,6	23,4	20,9	19,2
2023	Total Casos	53	51	35	65	61	47	50	51	60	51	53	41	618
	Tasa	33,7	29,9	18,3	38,8	28,8	15,0	16,7	19,1	16,7	14,8	17,1	14,0	20,0
2024	Total Casos	65	42	57	41	34	60	43	43	50	33	45	40	553
	Tasa	22,0	13,5	17,9	11,9	9,4	19,8	12,0	13,8	16,2	10,9	14,8	13,4	14,5

Fuente: RUAJF ND enero - diciembre, 2024, Base de datos de atención a diciembre 2024.

Como aspecto relevante se destaca que para el periodo de enero a diciembre de 2024 se da cumplimiento a la meta establecida. Respecto al aseguramiento se puede indicar que, el 64.6% (n=357) de los casos corresponde al régimen subsidiado, el 19.0% (n=105) pertenece a la población no asegurada, el 16.3% (n=90) a la población del régimen contributivo y 0.2%(n=1) restante perteneciente al régimen especial.

Ruta Integral de Atención en Salud Alteraciones Nutricionales

La Ruta Integral de Atención para Alteraciones Nutricionales está dirigida a toda la población del distrito capital que habita en la Subred Norte, afiliado al régimen subsidiado y contributivo en salud perteneciente a la EAPB Capital Salud que presente alguna alteración nutricional.

Inscripción:

En relación con la inscripción de la población con alteraciones nutricionales en menores de 5 años, durante el año 2024 se tuvo un total de 748 usuarios inscritos en la RIAS Alteraciones nutricionales.

Tabla 121. Comparativo de inscripción de la Ruta de Alteraciones Nutricionales, enero – diciembre 2024

Mes	Inscritos
Enero	139
Febrero	82
Marzo	51
I Trimestre	272
Abril	118
Mayo	92
Junio	87
2do Trimestre	297
Julio	61
Agosto	84

Mes	Inscritos
Septiembre	54
3er Trimestre	199
Octubre	68
Noviembre	67
Diciembre	45
4to Trimestre	180
Total Vigencia	768

Fuente: RIAS Alteraciones Nutricionales RIPS 2024.

Resultados de impacto:

Mortalidad por Desnutrición - Meta: 0 muertes por 100.000 Menores 5 años

Residencia

No se presentaron casos de Mortalidad por Desnutrición en menores de 5 años, para el periodo analizado 2022 al 2024 en residentes de la Subred.

Ocurrencia

Para el periodo de enero a diciembre de 2024 no se presentaron casos de Mortalidad por Desnutrición en menores de 5 años, registrando un descenso frente a la tasa presentada para el mismo periodo del 2023, año en el cual se registró un caso, con una tasa de 1.3 muertes por cada 100.000 menores de 5 años atendidos en la Subred; para el 2022 no se registraron casos.

Ruta Materno-Perinatal

La ruta está encaminada a garantizar la atención integral en salud a las gestantes, sus familias y comunidades, a partir de estrategias articuladas que permitan intervenciones efectivas desde la transversalidad de la atención como es la valoración integral de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y educación para la salud, teniendo en cuenta el mejoramiento continuo de la calidad enmarcada en la humanización, el logro de los resultados esperados en salud, la seguridad y aumento de la satisfacción de las usuarias.

Inscripción:

Durante el año 2024 se inscribieron un total de 1.707 gestantes a las cuales se les brindó una atención integral, intervenida por los perfiles de ginecología, enfermería, medicina general, psicología, nutrición, trabajo social, odontología, entre otros de acuerdo a la resolución 3280 del 2018 que permita una atención oportuna y minimizar el riesgo de morbi mortalidades.

Tabla 122. Inscripción a la Ruta Materno Perinatal, enero – Diciembre 2024

Mes	Inscripción
Enero	118
Febrero	223
Marzo	131
1er Trimestre	472

Mes	Inscripción
Abril	142
Mayo	167
Junio	112
2do Trimestre	421
Julio	151
Agosto	132
Septiembre	149
3er Trimestre	432
Octubre	150
Noviembre	134
Diciembre	98
4to Trimestre	382
Total Vigencia	1.707

Fuente: Tablero de Indicadores Rutas Integrales de Atención – Ruta Materno perinatal. Ene - Dic 2024

Resultados de Impacto

Mortalidad Materna - Meta: 27,5 por 100.000 Nacidos Vivos

Residencia

Entre enero y diciembre de 2024 se notificaron cuatro muertes maternas, para una razón de mortalidad materna de 20,0 casos por 100.000 NV; comparado con el mismo periodo del año anterior, se registra reducción del 37,7% en el indicador con tres casos menos. Frente a la meta distrital, la Subred Norte presenta un indicador 27,3% menor. Al comparar diciembre de 2024 con el mismo mes del año anterior no se presenta variación; con respecto a noviembre de 2024, se tiene una reducción del 100% en el indicador.

Tabla 123. Indicadores de Mortalidad Materna, según Residencia, enero a diciembre, 2022 a 2024

Año	Indicador	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic	Total
2022	Total Casos	0	0	1	1	1	1	0	0	0	2	2	0	8
	Razón	0	0	52,7	52,9	50,6	51,2	0	0	0	104,7	111,2	0	35,4
2023	Total Casos	1	1	1	1	0	0	0	1	0	2	0	0	7
	Razón	52,1	59	52,8	55,2	0	0	0	52,6	0	114,1	0	0	32,1
2024	Total Casos	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	4
	Razón	119,3	0	0	58,3	0	0	0	0,0	0,0	0,0	63,1	0,0	20,0

Fuente: Datos 2022 a noviembre 2024, bases RUAF_ND/SDS, corte 05 de diciembre, de 2024, entregados el 16 de diciembre de 2024, 2023 y 2024 “Preliminares”. Datos diciembre 2024, base de datos locales aplicativo Web RUAF_ND, corte 31 de diciembre 2024, datos “Preliminares”, descarga 02 de enero, 2025.

Nota aclaratoria. Los datos de diciembre de 2024 corresponden a información de las bases locales (institucionales) del aplicativo Web RUAF_ND, por lo que la información suministrada es preliminar dado que desde la Secretaría Distrital de Salud no se ha realizado entrega de las bases oficiales. De acuerdo a la actualización de bases de nacidos vivos de SDS entregadas en diciembre de 2024, se actualiza la razón de mortalidad materna reportada en el informe anterior para enero de 2024, pasando de 119,2 a 119,4 casos por 100.000 NV. De igual forma, según actualización de bases de mortalidad evitable de SDS se incluye una muerte materna de la localidad de Engativá para noviembre de 2024.

A continuación, se relacionan las características de los cuatro casos, aclarando que la causa de muerte registrada para la mortalidad materna de Usaquén fue la definida en la unidad de análisis de manera preliminar, pues a la fecha está pendiente actualización del RUAF por parte de Medicina Legal:

Según localidad, con corte a diciembre de 2024, Suba y Teusaquillo registran una reducción del 100% en la razón de mortalidad materna con respecto al mismo periodo del año anterior; por otra parte, Usaquén y Chapinero no presentan variación en el número de casos, mientras Engativá registró una mortalidad más con incremento del 123,4% en la razón de mortalidad materna.

Tabla 124. Causas de Mortalidad Materna por Residencia, enero a diciembre, 2024

Localidad	UPZ	Edad	Nivel Educativo	Régimen	Aseguradora	Nombre UPGD	Causa básica / Causa directa de muerte
Engativá	Las Ferias	16	Bachiller	Convenio OIM	Capital Salud	HSB	Preeclampsia, no especificada
Chapinero	San Isidro Patios	32	Bachiller	Contributivo	Famisanar	Country Club	Preeclampsia severa
Usaquén	Verbenal	29	Primaria	Subsidiado	Mutual Ser	FCI	Infarto cerebral
Engativá	Minuto Dios	31	Profesional	Contributivo	Sura	C. Palermo	Otras enfermedades especificadas y afecciones que complican el embarazo, el parto y el puerperio

Fuente: Datos enero a noviembre 2024, bases RUAF_ND/SDS, corte 05 de diciembre de 2024, entregados el 16 de diciembre de 2024 "Preliminares". Datos diciembre 2024, base de datos locales aplicativo Web RUAF_ND, corte 31 de diciembre 2024, datos "Preliminares", descarga 02 de enero, 2025.

Ocurrencia

Para el periodo de enero a diciembre de 2024 se registraron dos casos de muertes maternas en las unidades de la Subred Norte, para una razón de mortalidad materna de 60.9 casos por cada 100.000 NV; comparado con el mismo periodo del año anterior, se registra un incremento significativo, teniendo en cuenta que, para el 2023 no se registraron casos. Para el mes de diciembre de 2024 no se registraron casos de mortalidad materna en las unidades, comportamiento que se mantiene estable en relación al mes anterior.

Tabla 125. Indicadores de Mortalidad Materna, según Ocurrencia, enero – diciembre, 2022 - 2024

Año	Indicador	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
2022	Total Casos	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	4
	Razón	0.0	0.0	278.6	297.6	293.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	293.3	0.0	100.4
2023	Total Casos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Razón	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
2024	Total Casos	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	Razón	636.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	60.9

Fuente: Base de datos locales aplicativo Web RUAF_ND, datos preliminares. Descarga 03 enero de 2025.

A continuación, se relacionan las características de los casos de mortalidad registrados durante el 2024:

Tabla 126 Causas de Mortalidad Materna por Ocurrencia, enero a diciembre, 2024

Unidad	Localidad	UPZ	Edad	Nacionalidad	Nivel Educativo	Régimen	Aseguradora	Causa básica / Causa directa de muerte
H. Simón Bolívar	Engativá	Las Ferias	16	Venezuela	Bachiller	Convenio OIM	Capital Salud	Preeclampsia, no especificada
H. Simón Bolívar	NA	NA	30	Venezuela	Bachiller	No Asegurado	Famisanar	Preeclampsia Severa

Fuente: Base de datos locales aplicativo Web RUAF_ND, datos preliminares. Descarga 03 enero de 2025.

Con relación a los casos de mortalidad materna presentados, se observa que ambos son de nacionalidad venezolana. Gestante de 16 años con 37 semanas de gestación y gestante de 30 años con 27 semanas de gestación. Los dos casos con causa de muerte por preeclampsia atendidas en el Hospital Simón Bolívar, los cuales se presentaron en el mes de enero de 2024.

Mortalidad Perinatal - Meta: 10,0 por 1.000 Nacidos Vivos+Fetales

Residencia

Para el periodo enero a diciembre de 2024, se registraron 216 defunciones perinatales (10,7 por 1.000 nacidos vivos + fetales) observando incremento del 12,6% en el indicador y siete casos adicionales con respecto al mismo periodo del año anterior. Comparado con la meta distrital, la Subred registra un indicador 7,0% mayor. Del total de muertes perinatales de 2024, diciembre aporta el 2,8% de registros, evidenciando un indicador 70,5% inferior respecto al mismo mes del año anterior, con 17 casos menos. Comparado con noviembre de 2024, en diciembre, hay 15 mortalidades menos y un indicador 71,3% menor.

Tabla 127. Indicadores de Mortalidad Perinatal, según Residencia, enero a diciembre, 2022 a 2024

Año	Indicador	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic	Total
2022	Total Casos	17	17	15	18	15	14	11	19	24	24	18	17	209
	Tasa	9,5	10,6	7,9	9,5	7,6	7,1	5,8	9,6	12,3	12,4	9,9	8,4	9,2
2023	Total Casos	19	13	17	12	16	18	20	17	18	18	18	23	209
	Tasa	9,8	7,6	8,9	6,6	8,4	10,1	11,1	8,9	9,3	10,2	10,5	12,8	9,5
2024	Total Casos	18	11	20	17	20	19	20	12	36	16	21	6	216
	Tasa	10,7	6,8	11,9	9,9	11,7	11,6	11,8	6,8	20,7	9,6	13,1	3,8	10,7

Fuente: Datos 2022 a noviembre 2024, bases RUAF_ND/SDS, corte 05 de diciembre, de 2024, entregados el 16 de diciembre de 2024, 2023 y 2024 "Preliminares". Datos diciembre 2024, base de datos locales aplicativo Web RUAF_ND, corte 31 de diciembre 2024, datos "Preliminares", descarga 02 de enero, 2025.

Nota aclaratoria. Los datos de diciembre de 2024 corresponden a información de las bases locales (institucionales) del aplicativo Web RUAF_ND, por lo que la información suministrada es preliminar dado que desde la Secretaría Distrital de Salud no se ha realizado entrega de las bases oficiales. De acuerdo con la actualización de las bases de nacidos vivos y mortalidad evitable realizada por SDS, se ajustan casos y tasa de mortalidad reportados para noviembre de 2022; adicionalmente, se actualizan los casos y tasas de mortalidad reportadas para agosto y noviembre de 2024, así como la tasa de mortalidad de abril de 2024, que cambió de 9,8 a 9,9 casos por 1.000NV+Fetales.

En cuanto a las características de las defunciones, el 67,6% (146 casos) fueron muertes fetales, la edad de las madres estuvo entre 15 a 43 años con un promedio de 29,8 años, 23 de ellas con nacionalidad extranjera. Según régimen de afiliación, el 70,4% (152 casos) de las madres se encontraban afiliadas al régimen contributivo, 22,2% (48 casos) al régimen subsidiado, 5,1% (11 casos) no asegurados, 0,5% (1 caso) régimen especial y cuatro sin dato. Respecto a IPS notificadora del evento, el 74,5% eran privadas, 25,0% públicas y un caso en estudio por Medicina Legal. En cuanto a la causa básica de muerte registrada en las fuentes de información, en primer lugar, se encuentran las afecciones por anomalías de la placenta con el 14,4% de los casos, seguido por corioamnionitis y trastornos hipertensivos de la madre, que aporta un 11,1% c/u.

Tabla 128. Muertes perinatales según causa básica de muerte Según Residencia. Ene–dic. 024

CAUSA BÁSICA DE MUERTE	No.	%
Feto y recién nacido afectados por otras anomalías morfológicas y funcionales de la placenta	31	14,4%
Feto y recién nacido afectados por corioamnionitis	24	11,1%
Feto y recién nacido afectados por trastornos hipertensivos de la madre	24	11,1%
Feto y recién nacido afectados por compresión del cordón umbilical	10	4,6%
Sepsis del recién nacido	8	3,7%
Feto y recién nacido afectados por ruptura prematura membranas	7	3,2%
Feto y recién nacido afectados por otras formas de desprendimiento y de hemorragia placentarios	7	3,2%
Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido	7	3,2%
Hidropesía fetal no debida a enfermedad hemolítica	6	2,8%
Feto y recién nacido afectados por otras complicaciones maternas del embarazo	6	2,8%
Otras causas	86	39,8%
TOTAL GENERAL	216	100%

Fuente: Datos enero a noviembre 2024, bases RUAF_ND/SDS, corte 05 de diciembre de 2024, entregados el 16 de diciembre de 2024 “Preliminares”. Datos diciembre 2024, base de datos locales aplicativo Web RUAF_ND, corte 31 de diciembre 2024, datos “Preliminares”, descarga 02 de enero, 2025.

Según localidad, para el periodo evaluado de 2024, Barrios Unidos alcanzó una reducción en la tasa de mortalidad perinatal del 43,8%; por el contrario, Teusaquillo fue la localidad con el mayor incremento (62,7%), siendo además la localidad con la tasa de mortalidad perinatal más alta en la Subred Norte (12,9 muertes por 1.000 Nacidos Vivos+Fetales).

Ocurrencia

La tasa de mortalidad perinatal para el periodo de enero a diciembre de 2024 en los hospitales y unidades de la Subred Norte fue de 18.9 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, registrando un aumento significativo, respecto al año 2023, donde se reportó una tasa de 15.8 por 1000 NV, presentando un aumento de 3.1 puntos porcentuales en el indicador en relación al año inmediatamente anterior (2023).

Tabla 129. Indicadores de Mortalidad Perinatal, según Ocurrencia, enero – diciembre, 2022 a 2024

Año	Indicador	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
2022	Total Casos	4	7	3	6	3	4	3	3	10	9	8	3	63
	Tasa	11,5	25,6	8,4	17,9	8,8	11,9	9,4	8,7	28,6	27,2	23,5	9,7	15,8
2023	Total Casos	7	5	5	3	1	6	3	9	3	5	5	4	56
	Tasa	21,4	18,1	19,2	9,1	3,1	22,0	11,2	29,0	10,2	17,7	16,9	13,1	15,8
2024	Total Casos	5	5	6	3	3	6	6	3	9	5	7	3	61

Año	Indicador	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
	Tasa	15,9	18,9	19,2	10,1	11,5	21,4	22,4	12,0	33,2	18,8	26,8	12,4	18,9

Fuente: Base de datos locales aplicativo Web RUAF_ND, datos preliminares. Enero 03 de 2025.

Para el mes de diciembre de 2024 la tasa fue de 12.4 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, con 3 casos registrados. En el mes analizado el indicador presenta una tendencia descendente. Los casos registrados en diciembre se presentaron en el Hospital Engativá Calle 80 (n=1) Hospital Simón Bolívar (n=1); Unidad de Servicios de Salud Centro de Servicios Especializado (n=1). Los 3 casos corresponden a una (1) muerte fetal (antes del nacimiento) y 2 casos de muerte no fetal. En población migrante se presentaron 2 casos, de las cuales 2 se encuentran en régimen subsidiado, afiliados a la EAPB Capital Salud y 1 no asegurado; en relación a las causas de las mortalidades, estas están relacionadas principalmente con complicaciones en el embarazo, el parto o condiciones genéticas graves.

La distribución de los casos para el periodo de enero a diciembre de 2024 se encuentra de la siguiente manera: el Hospital CSE Suba concentra el 34.4% (n=21), el Hospital Engativá el 29.5 % (n=18), el Hospital Simón Bolívar el 34.4% (n=21) y Hospital Chapinero 1.6 % (n=1). Es importante mencionar que, dentro de las características de los casos, el 73.7 % (n=45) de los casos registrados corresponden a muertes fetales y el 26.2 % (n=16) a muertes no fetales. En la siguiente tabla se presentan las causas básicas de muerte perinatal fetal según registra en el RUAF ND.

Tabla 130. Muertes perinatales fetales según causa básica de muerte Según Ocurrencia.Enero – diciembre, 2024

Causa Básica de Muerte Perinatal Fetal	No.	%
Corioamnionitis	7	15,6%
Insuficiencia placentaria	6	13,3%
Preeclampsia severa	6	13,3%
Abrupcio de placenta	3	6,7%
Circular de cordón umbilical apretada al cuello	2	4,4%
Incompetencia cervical	2	4,4%
Sífilis gestacional	2	4,4%
Cardiopatía hipertrofica congénita	1	2,2%
Choque séptico materno	1	2,2%
Eclampsia	1	2,2%
En estudio	1	2,2%
En estudio de corioamnionitis aguda	1	2,2%
Gestación de 22 semanas	1	2,2%
Hidrops fetal	1	2,2%
Hidropsia fetal	1	2,2%
Hipoxia neonatal	1	2,2%
Infección de vías urinarias	1	2,2%
Óbito fetal	1	2,2%
Pentalogía de cantrell	1	2,2%
Prematurez extrema	1	2,2%
Restricción del crecimiento intrauterino	1	2,2%
Sífilis gestacional de duración indeterminada	1	2,2%
Trauma	1	2,2%
Triple circular	1	2,2%
Total General	45	100%

Fuente: RUAF ND enero – diciembre 2025.

En relación a las causas de muerte perinatal No Fetal se registraron 16 casos; los cuales se describen a continuación:

Tabla 131. Muertes perinatales no fetales según causa básica de muerte Según Ocurrencia enero – diciembre 2024

Causa Básica de Muerte Perinatal No Fetal	No.	%
Corioamnionitis	2	12,5%
En estudio	2	12,5%
Aborto incompleto espontaneo	1	6,3%
Aspiración de meconio	1	6,3%
Déficit de surfactante	1	6,3%
Displasia tanatoforica	1	6,3%
Gastrosquisis	1	6,3%
Insuficiencia placentaria	1	6,3%
Neumonía congénita	1	6,3%
Prematurez 32 semanas	1	6,3%
Prematurez extrema	1	6,3%
Sepsis de origen abdominal materna	1	6,3%
Sepsis del recién nacido debida a estreptococo del grupo b	1	6,3%
Síndrome de patau no especificado (q917)	1	6,3%
Total General	16	100%

Fuente: RUAF ND enero – diciembre de 2024

Sífilis Congénita - Meta: 2,0 por 1.000 NV+Fetales

Residencia

Con corte a diciembre de 2024, se notificaron 32 casos de Sífilis Congénita, con una tasa de 1,6 casos por 1.000NV+Fetales, comparado con el mismo periodo del año anterior, se presenta incremento del 6,7% en el indicador, con dos notificaciones menos. En cuanto a la meta distrital, la Subred, tiene un indicador 20,0% menor. Diciembre de 2024, no reporta notificaciones, comparado con el mismo mes del año 2023 registra reducción del 100% en el indicador, con siete casos menos y sin variación con respecto a noviembre de 2024.

Tabla 132. Sífilis Congénita, según Residencia, 2022 a 2024

Año	Indicador	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic	Total
2022	Total Casos	2	5	2	2	3	4	2	1	1	4	6	0	32
	Incidencia	1,1	3,1	1,0	1,1	1,5	2,0	1,1	0,5	0,5	2,1	3,3	0,0	1,4
2023	Total Casos	3	5	4	2	4	0	1	1	2	2	3	7	34
	Incidencia	1,6	2,9	2,1	1,1	2,1	0,0	0,6	0,5	1,0	1,1	1,7	3,9	1,5
2024	Total Casos	2	2	2	4	5	6	1	7	2	1	0	0	32
	Incidencia	1,2	1,2	1,2	2,3	2,9	3,7	0,6	4,0	1,2	0,6	0,0	0,0	1,6

Fuente: datos 2022 a 2023, bases SIVIGILA SDS- Matriz indicadores noviembre 2024. Datos 2024, bases institucionales SIVIGILA, descarga 26 de diciembre 2024, corte 21 de diciembre, 2024 (Semana epidemiológica 51 de 2024). Subred Norte datos "Preliminares".

Nota aclaratoria. Los datos de enero a diciembre de 2024 corresponden a información de las bases locales (institucionales) del aplicativo Web RUAF_ND, por lo que la información suministrada es preliminar dado que desde la Secretaría Distrital de Salud no se ha realizado entrega de las bases oficiales. De acuerdo a la matriz de indicadores trazadores actualizada por SDS entregada en diciembre de 2024, se actualizan casos e incidencia reportados en enero, marzo y julio de 2023. Según la actualización de bases SIVIGILA institucionales, se ajustan casos e indicador reportado para junio de 2024, debido a que se retiró un caso de la localidad de Engativá por confirmación de residencia de Cartagena. Finalmente, debido a actualización de bases de nacidos vivos de SDS, se actualiza la incidencia reportada para agosto de 2024.

En cuanto a las características de los casos, el 100% de los menores registra nacionalidad colombiana, de los cuales el 53,1% fueron captados durante el parto, aclarando que el 37,5% (n=12) de las madres eran de nacionalidad extranjera. Según aseguramiento, el 53,1% corresponde a mujeres afiliadas al régimen subsidiado.

Tabla 133. Casos residencia Sífilis Congénita, Enero – diciembre 2024

Localidad	Nacionalidad				Aseguramiento						Momento Captación				Total, Casos	
	Colombiana		Venezolana		Contributivo		No Asegurado		Subsidiado		Ante Parto		Parto			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Usaquén	5	15,6%	0	0,0%	2	6,3%	2	6,3%	1	3,1%	3	9,4%	2	6,3%	5	15,6%
Chapinero	1	3,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	3,1%	1	3,1%	0	0,0%	1	3,1%
Engativá	6	18,8%	0	0,0%	1	3,1%	2	6,3%	3	9,4%	2	6,3%	4	12,5%	6	18,8%
Suba	19	59,4%	0	0,0%	7	21,9%	1	3,1%	11	34,4%	8	25,0%	11	34,4%	19	59,4%
B. Unidos	1	3,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	3,1%	1	3,1%	0	0,0%	1	3,1%
Subred	32	100%	0	#jDIV/0!	10	100%	5	100%	17	100%	15	100%	17	100%	32	100%

Fuente: bases institucionales SIVIGILA, descarga 26 de diciembre 2024, corte 26 de diciembre, 2024 (Semana epidemiológica 51 de 2024). Subred Norte datos "Preliminares".

Al evaluar el comportamiento por localidad, con corte a diciembre de 2024, Suba registra la incidencia de sífilis congénita más alta de la Subred (2,3 casos por 1.000NV+Fetales) con un incremento del 24,7% en el indicador con respecto al mismo periodo del año anterior. Teusaquillo, no reportan casos para 2024 y el caso de Chapinero corresponde a gestante habitante de calle.

Ocurrencia

Durante el 2024, se notificaron 33 casos de Sífilis Congénita en los hospitales de la Subred Norte, con una incidencia de 9.9 casos por 1.000NV + fetales. Comparado con el año 2023, el indicador registra un incremento significativo frente al periodo anual anterior, aumentando en 9 el número de casos y en 3.2 puntos porcentuales el indicador en el 2024.

En relación con la meta proyectada por el Distrito para este indicador (2,0 por 1.000NV + fetales), la Subred, presenta una incidencia significativamente mayor. Los casos fueron notificados principalmente por el Hospital CSE Suba con un 54.5% (n=18), seguido del

Hospital de Engativá Calle 80 con el 27.3% (n=9) y el Hospital Simón Bolívar con un 18.2% (n=6).

Del total de casos (a) 66.7% (n=22) corresponde al Régimen Subsidiado distribuidos entre las siguientes EAPB, así: 8 casos de Capital Salud, 4 de Coosalud, 3 casos de Mutual Ser, 2 casos de Famisanar, 2 Nueva EPS, 1 caso de Cajacopi, 1 caso de Comfamiliar y 1 caso Compensar EPS; en población no asegurada se reportó el 30.3.0% (n=10), (casos de gestantes migrantes residentes en Bogotá) y el 3.0% restante (n=1) perteneciente al régimen contributivo.

Tabla 134. Sífilis Congénita, según Ocurrencia, 2022 a 2024

Año	Indicador	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
2022	Total Casos	2	4	2	2	3	2	1	0	3	4	5	0	28
	Tasa	5,7	14,3	5,5	5,8	8,8	5,9	3,1	0,0	8,3	11,8	14,5	0,0	6,9
2023	Total Casos	2	3	4	1	3	0	2	0	1	2	2	4	24
	Tasa	6,0	10,6	15,2	3,0	9,2	0,0	7,4	0,0	3,4	7,0	6,6	13,0	6,7
2024	Total Casos	2	2	4	3	3	8	1	5	2	1	1	1	33
	Tasa	6,3	7,5	12,6	10,1	11,5	28,2	3,7	19,9	7,1	3,7	3,8	4,1	9,9

Fuente: SIVIGILA enero – diciembre de 2024.

De los casos reportados (33) el 79% (n=26) se detectaron durante el parto.

Por otra parte, se encuentra que 6 casos (18%) fueron captados antes del parto (con 20, 12, 5, 3, 2 y 1 semanas de captación previas al parto) lo que sugiere una detección prenatal limitada, debido a que de estos 6 casos solo 3 casos tuvieron posibilidad de acceso al tratamiento con al menos 30 días previos al parto (4 semanas), para cumplir con uno de los criterios establecidos en el protocolo del Instituto Nacional de Salud, para la prevención efectiva de la transmisión vertical.

a. Caso 1: Captación 20 semanas previas al parto. Nacionalidad Venezolana. EAPB Capital salud-S. Se notifica por criterio de infectología quien reporto sospecha de neurosífilis por proteinorraquia debido a punción lumbar traumática, con LCR sanguinolento con reporte negativo/ no reactivo, para Sífilis. Se concluye en unidad de análisis que no cumple criterios. Sin embargo, Por tratarse de un caso del 2023 no se puede descartar de la base.

b. Caso 2: Captación 12 semanas previa al parto. Nacionalidad Venezolana. No asegurada. Sífilis congénita por clínica con pénfigo sífilico, madre con tratamiento inadecuado por intervalos entre las dosis de penicilina.

c. Caso 3: Captación 5 semanas previa al parto. Nacionalidad Colombiana. EAPB Capital salud -S. Habitante de Calle. Inicio de tratamiento tardío e incompleto. RN – Sífilis Congénita por Clínica, recién nacido prematuro con compromiso hepático. Sin neurosífilis.

Así mismo se notificó un caso en postparto inmediato. Sin controles prenatales. Nacionalidad Venezolana. No asegurada. Por otro lado, el 54.5% (n=18) de los casos corresponden a gestantes de nacionalidad venezolana. De las cuales el 55.5% (n=10) no cuentan con seguridad social.

Tabla 135. Casos Ocurrencia Sífilis Congénita, según aseguramiento, enero – diciembre 2024

UNIDAD	Nacionalidad				Aseguramiento						Momento Captación para inicio de tratamiento				Total Casos	
	Colombiana		Migrante		Contributivo		No Asegurado		Subsidiado		2 semanas antes del parto		Parto		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Hospital CSE Suba	10	30%	8	24%	1	3%	3	9%	14	42%	3	9%	15	45%	18	55%
H. Simón Bolívar	1	3%	5	15%	0	0%	3	9%	3	9%	1	3%	5	15%	6	18%
Hospital Engativá	4	12%	5	15%	0	0%	4	12%	5	15%	1	3%	8	24%	9	27%
Subred	15	45.5%	18	54.5%	1	3.0%	10	30.3%	22	66.7%	5	15.2%	28	84.8%	33	100%

Fuente: SIVIGILA enero – diciembre de 2024.

Bajo Peso al Nacer Terminado - Meta Línea de Base: 6,4% en NV

Residencia

Tabla 136. Bajo peso al nacer a término, según Residencia, 2022 a 2024

Año	Indicador	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic	Total
2022	Total Casos	106	92	126	113	123	107	106	122	119	115	105	136	1370
	Prevalencia	6,0	5,8	6,6	6,0	6,2	5,5	5,6	6,2	6,1	6,0	5,8	6,8	6,1
2023	Total Casos	137	107	130	129	134	127	117	135	136	117	125	109	1503
	Prevalencia	7,1	6,3	6,9	7,1	7,0	7,2	6,6	7,1	7,1	6,7	7,3	6,1	6,9
2024	Total Casos	117	123	125	120	139	115	134	134	126	123	128	118	1502
	Prevalencia	7,0	7,6	7,5	7,0	8,2	7,1	8,0	7,6	7,4	7,4	8,1	7,4	7,5

Fuente: Datos 2022 a noviembre 2024, bases RUAF_ND/SDS, corte 05 de diciembre, de 2024, entregados el 16 de diciembre de 2024, 2023 y 2024 "Preliminares". Datos diciembre 2024, base de datos locales aplicativo Web RUAF_ND, corte 31 de diciembre 2024, datos "Preliminares", descarga 02 de enero, 2025.

Nota aclaratoria. Los datos de diciembre de 2024 corresponden a información de las bases locales (institucionales) del aplicativo Web RUAF_ND, por lo que la información suministrada es preliminar dado que desde la Secretaría Distrital de Salud no se ha realizado entrega de las bases oficiales. De acuerdo con las bases de nacidos vivos entregada por SDS, se actualizan casos de abril, septiembre y noviembre de 2024, así como la prevalencia reportada para abril, julio, septiembre y octubre de 2024.

Entre enero y diciembre de 2024 se registraron 1.502 casos de bajo peso al nacer a término (37 o más semanas de gestación), con una prevalencia del 7,5%. Comparado con el mismo periodo del año anterior, se presenta incremento del 8,7% en el indicador, con un caso menos. Frente a la línea base distrital, el indicador de la Subred es superior en un 17,2%. El incremento de este indicador se relaciona con condiciones socioeconómicas que influyen en el acceso de alimentos de las gestantes, así como

aspectos culturales en torno al tipo de alimentación que se debe tener durante el embarazo y la reducción de nacidos vivos. Diciembre, concentra el 7,9% del total de casos del año 2024; comparado con el mismo mes de 2023, se registran nueve casos adicionales y un indicador 21,5% mayor. Respecto a noviembre de 2024, en diciembre se observan 10 registros menos y un indicador 8,1% menor.

En cuanto a características de los casos, el 58,5% (878 casos) de los Nacidos Vivos con Bajo Peso al Nacer eran de sexo femenino. El 94,7% (1.423 casos) fueron embarazos simples y el restante 5,3% múltiples (desarrollo simultáneo en el útero de dos o más fetos). Frente al régimen de aseguramiento, el 76,7% (1.152 casos) eran contributivos, 19,5% (293 casos) subsidiados, 2,5% (37 casos) no asegurados y el 1,3% (20 casos) con régimen de excepción. Respecto a la nacionalidad de las madres, 132 eran procedentes de Venezuela.

Según localidad, entre enero y diciembre de 2024, Suba registra la prevalencia de BPN más alta de la Subred Norte (8,1%) con incremento del 13,0% en el indicador con respecto al mismo

Ocurrencia

Para los meses de enero a diciembre del 2024, la proporción de bajo peso al nacer a término (37 o más semanas de gestación), fue de 8.0 casos por cada 1.000 nacidos vivos, con un total de 263 casos reportados. En comparación con mismo periodo del año anterior se cuenta con 7 casos menos. No obstante, la prevalencia de bajo peso al nacer en lo corrido del 2024 aumentó en 0,4 puntos porcentuales en relación con el año 2023.

Tabla 137. Bajo Peso al Nacer, según Ocurrencia, 2022 a 2024

Año	Indicador	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
2022	Total Casos	24	18	24	24	31	19	24	18	28	21	19	26	276
	Prevalencia	6,9	6,6	6,7	7,1	9,1	5,7	7,5	5,2	8,0	6,3	5,6	8,4	6,8
2023	Total Casos	19	18	22	29	21	20	21	27	26	24	18	25	270
	Prevalencia	5,8	6,5	8,4	8,8	6,5	7,3	7,8	8,7	8,8	8,5	6,1	8,2	7,6
2024	Total Casos	27	19	33	19	15	21	26	27	18	19	21	18	263
	Prevalencia	8,6	7,2	10,6	6,4	5,8	7,5	9,7	10,8	6,6	7,1	8,0	7,5	8,0

Fuente: RUAF ND enero - diciembre, 2024.

Para el mes de diciembre de 2024, se registraron 18 casos, con una proporción de 7.5, presentándose una tendencia descendente de casos, con una disminución de 3 casos y 0.5 puntos porcentuales el indicador, respecto al mes de noviembre de 2024.

Durante el año 2024 los casos se concentran principalmente en el Hospital CSE Suba con el 51.0% (n=134), seguido del Hospital Simón Bolívar con un 26.2% (n=69) y el Hospital Engativá Calle 80 con el 22.8% (n=60).

En cuanto a la distribución por aseguramiento se puede indicar que, la mayor concentración de casos se encuentra en la población afiliada al régimen subsidiado, la

cual corresponde al 58.9% (n=155), seguido del régimen contributivo con el 29.7% (n=78) y la población no asegurada con un 11.4% (n=30).

Ruta cardio cerebro vascular metabólica

La Ruta Cardio Cerebro Vascular y Metabólica (RCCVM) está dirigida a toda la población con diagnósticos de condiciones crónicas de base como (hipertensión y diabetes mellitus), que asisten a las diferentes unidades de atención en la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE, con el objetivo de brindar a las personas con diagnóstico de patologías crónicas hipertensión y diabetes una atención integral que permita reducir la morbilidad y mortalidad, mediante una clasificación y gestión del riesgo adecuadas en el componente primario o complementario de acuerdo con las necesidades, características y determinantes sociales de cada uno de los pacientes.

Inscritos:

Tabla 138. Inscripción a la Ruta Cardio cerebro vascular y Metabólica, Enero- diciembre, 2024

Mes	Inscripción
Enero	29.013
Febrero	29.151
Marzo	29.279
Promedio 1er Trimestre	29.148
Abril	29.553
Mayo	29.847
Junio	30.124
Promedio 2do Trimestre	29.841
Julio	30.153
Agosto	30.288
Septiembre	30.438
Promedio 3er Trimestre	30.293
Octubre	30.596
Noviembre	30.785
Diciembre	30.958
Promedio 4to Trimestre	30.780
Total Vigencia	30.015

Fuente: Base de datos RIAS Cardio cerebrovascular y Metabólica, Promedio de usuarios. Ene-dic, 2024

Para la vigencia de 2024, la RIAS CCVM registró un total de 30.015 pacientes inscritos. Es importante señalar que este incremento progresivo de la población en la RIAS CCVM está estrechamente relacionado con el comportamiento epidemiológico de las enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia. Este crecimiento en la captación de pacientes es el resultado de diversas estrategias implementadas dentro de la RIAS CCVM, como la búsqueda activa mediante la revisión y validación de bases de datos, así como el fortalecimiento de la demanda interna desde los servicios de hospitalización, urgencias y consultas ambulatorias. Además, se ha logrado una articulación eficaz con el plan de intervenciones colectivas en salud pública, especialmente a través de los entornos cuidadores: hogar, comunitario, laboral e institucional.

Indicadores de Impacto:

Mortalidad enfermedades crónicas no Trasmisibles: Meta 125 por 100,000 habitantes de 30 a 70 años

Residencia

Entre enero y noviembre de 2024 se registraron 1.677 mortalidades prematuras por condiciones crónicas, para una tasa de mortalidad de 93,7 defunciones por cada 100.000 habitantes de 30 a 70 años. Comparado con el mismo periodo del año anterior, se presenta incremento del 5,0% en el indicador, con 123 defunciones adicionales. Frente a la meta distrital, el indicador de la Subred es inferior en un 25,0%. Noviembre, concentra el 8,5% del total de casos del año 2024; comparado con el mismo mes de 2023, se registran 14 defunciones adicionales y un indicador 7,9% mayor. Respecto a octubre de 2024, se observan 20 registros menos, con una tasa de mortalidad 12,3% más baja.

Tabla 139. Casos residencia Mortalidad por Enfermedad Crónica No Trasmisibles, Ene–nov, 2024

Año	Indicador	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Total
2022	Total Casos	150	154	120	153	164	160	170	166	137	144	148	1666
	Tasa	8,8	9,0	7,0	9,0	9,6	9,4	10,0	9,7	8,0	8,5	8,7	97,8
2023	Total Casos	145	136	146	139	151	129	149	139	160	131	129	1554
	Tasa	8,3	7,8	8,4	8,0	8,7	7,4	8,6	8,0	9,2	7,5	7,4	89,2
2024	Total Casos	150	123	154	157	138	165	179	156	149	163	143	1677
	Tasa	8,4	6,9	8,6	8,8	7,7	9,2	10,0	8,7	8,3	9,1	8,0	93,7

Fuente: Datos 2022 y 2023, matriz indicadores trazadores SDS, noviembre 2024. Bases mortalidad por crónicos RUAF_ND/SDS, corte 05 de diciembre, de 2024, entregados el 16 de diciembre de 2024, 2023 y 2024 "Preliminares".

Nota aclaratoria. Los datos de enero a noviembre de 2024 corresponden a información de las bases y salidas Distritales de mortalidad prematura por condiciones crónicas en población de 30 a 70 años. No se reportan datos de diciembre de 2024, teniendo en cuenta que la información oficial será entregada por SDS la tercera semana de enero de 2025. De acuerdo a matriz distrital de indicadores se realiza la actualización de casos y tasas de mortalidad de enero a septiembre de 2022. Adicionalmente, de acuerdo a actualización de bases de crónicos de SDS, se actualizan casos y tasas de mortalidad de enero, febrero, abril, mayo, junio, agosto y septiembre de 2024.

En cuanto a características de los casos, el 55,5% (930 casos) de las mortalidades por condiciones crónicas eran de sexo masculino, siendo las neoplasias la principal causa de muerte con el 53,7% de los casos, seguido de las enfermedades cerebrovasculares con un 37,0%. Frente al régimen de aseguramiento, el 70,1% (1.176 casos) eran contributivos, 24,1% (404 casos) subsidiados, 4,2% (71 casos) con régimen de excepción, 1,3% (21 casos) no asegurados y cinco casos sin dato.

Según localidad, entre enero y noviembre de 2024, Engativá registra la tasa de mortalidad más alta de la Subred Norte (107,1 defunciones por cada 100.000 personas de 30 a 70 años) con incremento del 2,2% en el indicador con respecto al mismo periodo de 2023.

Por el contrario, Chapinero y Barrios Unidos presentaron reducción del 0,3% y 13,3%, respectivamente.

Ruta Problemas y Trastornos Mentales:

La ruta busca brindar atención integral en salud mental a los pacientes, bajo un modelo operativo enmarcado en la gestión del riesgo, buscando la prevención de complicaciones, el tratamiento oportuno, la rehabilitación y garantizando resultados clínicos, satisfacción del usuario y reducción de costos.

Inscripción:

Tabla 140. Inscripción a la Ruta de Salud Mental, enero - diciembre, 2024

Mes	Usuarios inscrita
Enero	5.045
Febrero	4.192
Marzo	4.086
1er Trimestre	13.323
Abril	3.761
Mayo	5.109
Junio	4.647
2do Trimestre	13.517
Julio	4.410
Agosto	4.476
Septiembre	4.356
3er Trimestre	13.242
Octubre	2.970
Noviembre	3.814
Diciembre	3.475
4to Trimestre	10.259
Total Vigencia	50.341

Fuente: Base de datos RIAS Trastornos Mentales, enero – diciembre, 2024

Para la vigencia 2024, se obtuvo un total de 50.341 usuarios inscritos a la Ruta de problemas y trastornos mentales, como se relaciona en la siguiente tabla, precisando que son usuarios que recibieron atención de primera vez en los diferentes servicios de la Subred, y que se extrajeron a través de los Registros individuales de prestación de servicios- RIPS y que pertenecen a diferentes EPAB del D.C.

Finalmente, se desarrollaron estrategias para dar seguimiento a los usuarios, promoviendo la continuidad en la atención, así como la adherencia al tratamiento médico; para ello se generó articulación con las líneas operativas de atención en salud y otros actores del sistema, fortaleciendo un enfoque integral y coordinado en la atención de los usuarios.

Resultados de Impacto

Mortalidad de suicidio - Meta: 5,2 por 100,000 habitantes

Residencia

Para el año 2022 los meses donde más se presentan casos fueron Marzo y abril con 17 y 21 casos, mientras que para los meses de 2023 se presentaron principalmente en enero, marzo y septiembre con 29, y 16 casos respectivamente. Durante el 2024 el mes donde se presentaron mayor notificación eventos es marzo con 21 casos. Para los tres años el mes donde se incrementa la notificación es el mes de marzo para los tres periodos analizados con tasas entre los 0.013 a 0.016 respectivamente.

Para el mes de diciembre 2024, se presentó una tasa de mortalidad por suicidio de 0.5 por cien mil habitantes en las localidades de influencia de la subred norte, incrementando en 67% frente a la tasa del mes de noviembre de 2024. El mes de diciembre frente al número generar de casos se incrementó en 5 casos respecto al mes de noviembre de 2024, sin embargo, el mes de diciembre comparado con el mismo mes del 2023 el incremento de casos fue del 750% de notificación de casos respectivamente.

Tabla 141. Casos residencia Mortalidad por Suicidio, Enero – Diciembre, 2024

Año	Indicador	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic	Total
2022	Total Casos	5	11	17	21	7	10	7	10	11	9	9	6	123
	Tasa	0,010	0,0	0,013	0,018	0,005	0,009	0,008	0,008	0,007	0,005	0,3	0,2	3,9
2023	Total Casos	29	10	16	12	9	7	3	8	16	10	12	2	134
	Tasa	0,019	0,010	0,011	0,010	0,006	0,006	0,003	0,007	0,012	0,007	0,4	0,1	4,2
2024	Total Casos	11	1	21	9	5	9	7	8	7	7	10	15	110
	Tasa	0,014	0,001	0,016	0,006	0,003	0,007	0,006	0,006	0,004	0,005	0,3	0,5	3,4

Fuente: bases institucionales SIVIGILA, a corte 31 de diciembre, 2024 (Semana epidemiológica 48 de 2024). Subred Norte datos "Preliminares".

Acciones equipos de atención en casa-equipos básicos extramurales - EBEH

En el entorno cuidador Hogar, se realiza seguimiento a eventos de interés en salud pública, con los cuales se establecen planes de cuidado familiar, acciones que a partir del 15 de octubre del año 2024, se integraron al Convenio Equipos Básicos Extramurales – Hogar, donde se busca identificar factores de riesgo a través del proceso de caracterización social y ambiental, generando con la familia concertación del plan de cuidado buscando transformar prácticas de cuidado y autocuidado, empoderando a las familias en los procesos de autogestión y corresponsabilidad, verificando el cumplimiento de los compromisos adquiridos y buscando una transformación que permita dar cierre del plan establecido.

Tabla 142. Acciones realizadas desde el Entorno Cuidador Hogar, enero a diciembre, 2022 a 2024.

AÑO	NUMERO DE USUARIOS VISITADOS	NIVEL DE PRIORIDAD					
		CRONICOS	GESTANTES	INFANCIA	DNT	SALUD MENTAL	OTROS CASOS ABORDADOS
2022	50.973	5.444	1119	9.622	676	1.894	32.218
2023	50.835	8.396	876	5.538	715	2.075	33.235
2024	68.039	9.419	1.799	6.090	947	4.857	44.927
TOTAL	169.847	23.259	3.794	21.250	2.338	8.826	110.380

Fuente: Base de casos Entorno Cuidador Hogar, enero a 31 de diciembre, 2022 a 2024.

Continuando con la implementación de resultados se han visitado 169.847 familias de enero del 2022 a 31 de diciembre del 2024, distribuidos por prioridades de la siguiente manera: 23.259 crónicos (13,7%), 3.794 gestantes (2.1%), 21.250 infantes hasta los 10 años 11 meses y 29 días (12.5%), 2.338 menores con DNT (1.3%), 8.826 casos de salud mental (5,2%), el 65% corresponde a otros casos no priorizados.

En comparación de los años 2023 y 2024 entre el periodo de enero a 31 de diciembre 2024, se evidencia un aumento de 17.034 casos caracterizados, representado en un 33,8%, esto debido al envío de la base por parte de la secretaria Distrital de Salud de Tropa Social y al aumento de las metas proyectadas. Se continua realizando a través de la estrategia ángeles guardianes el seguimiento intensificado a la morbilidad materna extrema, los usuarios notificados por el módulo SIRC para dar repuesta a los eventos de salud mental, atendiendo de manera prioritaria a las gestantes notificadas por enfermedades transmisibles en articulación continua con la ruta materno perinatal para asegurar el tratamiento y la adherencia al control prenatal así como el seguimiento al estado nutricional con el fin de mitigar los riesgo asociados a la malnutrición durante la gestación, favoreciendo los indicadores de morbimortalidad materna y perinatal.

Tabla 143. Agendamiento Entorno Cuidador Hogar -EBEH,enero a 31 de diciembre, 2022 a 2024.

ATENCIONES	Enero a diciembre, 2022					Enero a diciembre, 2023					Enero al 31 de diciembre, 2024				
	ASIGNADA	CANCELADA	CUMPLIDA	INCUMPLIDA	Total, general	ASIGNADA	CANCELADA	CUMPLIDA	INCUMPLIDA	Total, general	ASIGNADA	CANCELADA	CUMPLIDA	INCUMPLIDA	Total, general
Alteración del menor en infancia (6 años a 11 años)	0	SD	SD	SD	0	25	4	42	12	83	21	1	23	13	58
Alteración del menor en primera infancia (0 meses a 5 años)	0	SD	SD	SD	0	63	9	124	101	297	195	17	140	54	406
Alteraciones de la adolescencia (12 años a 17 años)	0	SD	SD	SD	0	24	0	38	15	77	17	1	12	7	37
Alteraciones de la adultez (29 años a 59 años)	17	SD	SD	SD	17	48	18	132	39	237	118	5	113	33	269
Alteraciones de la juventud (18 años a 28 años)	1	SD	SD	SD	1	18	4	33	28	83	49	12	17	30	108
Alteraciones de la vejez (60 años y más)	8	SD	SD	SD	8	83	17	189	33	322	155	2	145	35	337
Cita con especialista	61	SD	SD	SD	61	197	24	173	87	481	407	25	307	99	838
Crónico resolutivo	0	SD	SD	SD	0	145	30	192	113	480	27	5	25	9	66
Higiene oral	1	SD	SD	SD	1	27	6	30	18	81	91	7	82	15	195
Mamografía	2	SD	SD	SD	2	18	4	56	23	101	29	0	21	8	58
Odontología general	3	SD	SD	SD	3	107	26	354	164	651	233	12	223	66	534
Planificación familiar	0	SD	SD	SD	0	5	0	15	4	24	16	2	8	10	36
Programa CCU (25-69)	93	SD	SD	SD	93	212	36	175	33	456	470	33	368	76	947
Total, general	186	SD	SD	SD	186	972	178	1.553	670	3.373	1.828	122	1.484	455	3.889

Fuente: Base de agendamiento telefónico, Entorno Cuidador Hogar, enero a 31 de diciembre, 2022 a 2024, datos preliminares**

Nota aclaratoria: Se realiza reporte con corte al 15 de octubre 2024, ya que el entorno Hogar hizo parte del PIC hasta esta fecha, a partir del día 17 de octubre se armoniza con los Equipos Básicos Extramurales - EBEH

En el periodo de enero al 31 de diciembre de los años 2023 y 2024, en agendamiento se ha presentado un aumento significativo del 88,1%, equivalente a 856 agendamientos adicionales, ya que se fortaleció la asignación de citas por medicina general y con especialistas, permitiendo gestionar los riesgos identificados en las viviendas por parte de los colaboradores operativos en el abordaje casa a casa. Para el mes de octubre, la intervención de equipos de atención en casa se integra a las acciones realizadas por el Entorno Hogar con el Convenio Equipos Básicos Extramurales Hogar – EBEH, el cual inicia su operación a partir del 17 de octubre 2024

Como parte de la operación, se inicia con un ejercicio de apropiación territorial, que permite un acercamiento a las familias, para su caracterización y programación de posteriores acciones de promoción de la salud y gestión integral del riesgo. A continuación, se describen las acciones realizadas a corte del mes de diciembre por los equipos:

Tabla 144. Total de Predios Abordados, EBEH, 2024

LOCALIDAD	DICIEMBRE	
	TOTAL PREDIOS GESTIONADOS	TOTAL DE PREDIOS CON GESTIÓN EFECTIVA
11-Suba	730	682
1-Usaquen	229	207
2-Chapinero	3557	3163
10-Engativa	3490	3103
12-Barrios Unidos	460	246
13-Teusaquillo	133	108
Total, general	8.599	7.509

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS, datos preliminares

Se realizan grupos de familias por parte del perfil de medicina a población adulta mayor identificando factores de riesgo para población crónica, sin hábitos de vida saludables por parte de los participantes, por lo cual se realiza énfasis en la importancia de realizar actividad física, consumo de frutas y verduras, tener una dieta hiposódica y baja en azúcar, ya que la mayoría son personas en condición crónica. Se desarrollan para el mes de diciembre 2024 un total de 233 sesiones grupales, 71 en la localidad de suba, 28 en la localidad de Usaquén y 134 en localidad de Engativá, Se desarrollaron las temáticas enfocadas en factores de riesgo en población joven, salud sexual y reproductiva y prevención del suicidio e inocuidad de los alimentos. No se realizaron acciones individuales debido a que no se tiene la aprobación de las EPS, se evidencia un aumento de 54 sesiones en los grupos familiares en comparación con el mes de noviembre 2024 debido a que se caracterizan más familias de acuerdo a derivaciones y eventos de interés en Salud Pública.

Tabla 145. Grupos de familias abordadas en acciones colectivas, perfil de Medicina, 2024

LOCALIDAD	NOV	DIC
11-Suba	32	71

1-Usaquen	28	28
2-Chapinero	0	0
10-Engativa	119	134
12-Barrios Unidos	0	0
13-Teusaquillo	0	0
Total, general	179	233

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS, datos preliminares

Nota aclaratoria: Se realiza ajuste en los datos reportados en el mes de noviembre 2024, ya que en el momento del reporte se contaba con información preliminar correspondiente al cargue de información disponible en aplicativo de SDS, para el mes de diciembre 2024, ya se había realizado el cargue de la información faltante.

El perfil de enfermería realiza implementaciones y cierres de las diferentes familias que se traían de la anterior vigencia, en poblaciones como gestantes, crónicos y menores de 5 años, a corte del mes de diciembre 2024 se ha abordado un total de 712 familias, con relación al mes inmediatamente anterior se evidencia una disminución de 67 familias que corresponde a un 8,60% debido al cierre de los planes de cuidado de meses anteriores.

Tabla 146 Grupos de familias abordadas en acciones colectivas, perfil de Enfermería, 2024

LOCALIDAD	NOV	DIC
1-Usaquen	94	84
2-Chapinero	30	4
10-Engativa	283	228
11-Suba	339	376
12-Barrios Unidos	21	10
13-Teusaquillo	12	10
Total, general	779	712

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS, datos preliminares

Nota aclaratoria: Se realiza ajuste en los datos reportados en el mes de noviembre 2024, ya que en el momento del reporte se contaba con información preliminar correspondiente al cargue de información disponible en aplicativo de SDS, para el mes de diciembre 2024, ya se había realizado el cargue de la información faltante.

Desde el enfoque de Salud Mental, se llevan a cabo intervenciones colectivas que incluyen tanto el seguimiento como los procesos de cierre de las acciones educativas. Estas acciones están orientadas a fortalecer las habilidades de afrontamiento en casos notificados por conductas suicidas, así como a fomentar la apropiación de prácticas de crianza en familias que requieren remisión debido a situaciones de violencia reiterada. Se realiza procesos de intervención en las localidades priorizadas, incluyendo las acciones desde el perfil de psicología clínica, quienes dan continuidad y cierre a las acciones notificadas por presunta violencia sexual, favoreciendo las acciones de cuidado y autocuidado de las familias priorizadas, a corte de diciembre se abordaron 1.053 familias, con relación al mes inmediatamente anterior se evidencia una disminución de 51 familias que corresponde a un 4,84% debido al cierre de los planes de cuidado de meses anteriores.

Tabla 147. Grupos de familias abordadas en acciones colectivas, perfil de Psicología, 2024

LOCALIDAD	NOV	DIC
1-Usaquen	125	123
2-Chapinero	24	22
10-Engativa	376	391
11-Suba	411	432
12-Barrios Unidos	18	38
13-Teusaquillo	48	47
Total, general	1.002	1.053

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS, datos preliminares

Nota aclaratoria: Se realiza ajuste en los datos reportados en el mes de noviembre 2024, ya que en el momento del reporte se contaba con información preliminar correspondiente al cargue de información disponible en aplicativo de SDS, para el mes de diciembre 2024, ya se había realizado el cargue de la información faltante.

Se realizan grupos de familias por parte del técnico ambiental a población adulta mayor identificando mal manejo de basuras y manejo inadecuado de químicos en el momento de realizar higiene en la vivienda, alimentación saludable y conservación de alimentos, para el mes de diciembre se abordaron 149 familias, en comparación al mes inmediatamente anterior se aumentan 71 familias, esto teniendo en cuenta que para el mes de diciembre como estrategia institucional se proyectan horas adicionales para aumentar la ejecución.

Tabla 148. Grupos de familias abordadas en acciones colectivas, perfil Ambiental, 2024

LOCALIDAD	NOV	DIC
11-Suba	10	23
1-Usaquen	40	57
2-Chapinero	0	0
10-Engativa	28	55
12-Barrios Unidos	0	14
13-Teusaquillo	0	0
Total, general	78	149

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS, datos preliminares

Nota aclaratoria: Se realiza ajuste en los datos reportados en el mes de noviembre 2024, ya que en el momento del reporte se contaba con información preliminar correspondiente al cargue de información disponible en aplicativo de SDS, para el mes de diciembre 2024, ya se había realizado el cargue de la información faltante.

Finalmente se realizan grupos de familias por parte del perfil de odontología a población adulta mayor identificando un gran uso de prótesis dental, así mismo se realiza educación de higiene bucal, a corte del mes de diciembre 2024 se abordaron 79 familias, en comparación al mes de noviembre 2024 donde se abordaron 82, esta disminución de 3 familias corresponde a menos casos identificados.

Tabla 149. Grupos de familias abordadas en acciones colectivas, perfil Odontología, 2024

LOCALIDAD	NOV	DIC
1-Usaquen	2	1
2-Chapinero	0	0

10-Engativa	57	66
11-Suba	5	2
12-Barrios Unidos	15	9
13-Teusaquillo	3	1
Total	82	79

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS, datos preliminares**

Nota aclaratoria: Se realiza ajuste en los datos reportados en el mes de noviembre 2024, ya que en el momento del reporte se contaba con información preliminar correspondiente al cargue de información disponible en aplicativo de SDS, para el mes de diciembre 2024, ya se había realizado el cargue de la información faltante.

Logros:

- Aumento en 14.3% (1.082 casos) la notificación de eventos de interés en salud pública, con 8.599 casos confirmados en comparación con el 2023 donde se reportaron 7.517.
- Se reduce en un 22.2% la tasa de mortalidad por Neumonía, pasando de una tasa de 2.7 defunciones por cada 100.000 menores de 5 años en el 2023 a 2.1 defunciones por cada 100.000 menores de 5 años en el 2024.
- No se presentaron casos de Mortalidad por EDA ni por ocurrencia ni por residencia, manteniendo la tasa en 0 en los últimos 2 años en la Subred.
- Se reduce en un 100% la tasa de mortalidad por desnutrición, dado que para el año 2024 no se presentaron casos en comparación al 1.3 defunciones por cada 100.000 menores de 5 años en el 2023
- Se evidencia una reducción del 21.4% en el indicador de fecundidad en mujeres de 10-14 años por ocurrencia pasando de 1.4 en el 2023 a 1.1 en el 2024.
- Se evidencia una reducción del 27.5% en el indicador de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años, pasando de una tasa de 20.0 con 618 casos reportado a 14.5 con 553 casos reportados en el 2024.
- Desde el entorno Comunitario durante el año 2024 se abordaron 549.920 personas entre población LGBTI, Mujeres, Habitantes de Calle, barristas, personas con discapacidad, personas que se inyectan drogas, comunidad raizal y comunidad en general.
- En el marco de la interacción de gestión intersectorial se logró la suscripción y ejecución de compromisos intersectoriales en los diferentes espacios de Política pública, permitiendo la concertación de 944 compromisos intersectoriales de los cuales se ejecutaron y cerraron 942, alcanzando un porcentaje de cumplimiento del 99.8%.
- Durante el año 2024 se recibieron 3.462 canalizaciones intersectoriales, de las cuales 2.180 contaron con acceso efectivo, lo que equivale al 63%, esta gestión ha facilitado la coordinación entre diferentes sectores, la comunidad y actores clave para abordar integralmente las necesidades de la población, promoviendo la garantía del acceso efectivo a las diferentes ofertas interinstitucionales. De esta manera.
- Se logra la inscripción a la ruta de salud mental de 50.341 personas, como resultado de la actualización de la Historia Clínica; donde se incorpora los

tamizajes Whooley que permite identificar riesgo de depresión y el GAD-2 para detectar ansiedad, generando alertas a los profesionales de medicina fortaleciendo la demanda inducida a los servicios de Psicología y Psiquiatría.

- Se logra identificar el 100% de los casos Morbilidad Materna Extrema, garantizando su atención integral de salud, a través del seguimiento de la totalidad de los casos.
- Creación de la estrategia “PROYECTO CERO” Para la identificación, tratamiento y seguimiento oportuno sin barreras de acceso y trato humanizado de los casos de sífilis gestacional que permita minimizar casos de sífilis congénita.
- Certificación de la estrategia IAMI en doce (12) unidades de atención en salud pasando de 4 en el año 2023 a 8 unidades nuevas en el 2024 (Bachué, Álamos norte, Bella Vista, Boyacá Real, Calle 80, Caps Suba, Emaús, española, Garcés Navas, Quirigua, Chapinero y Verbenal)

Oportunidades de mejora:

- Fortalecer los sistemas de monitoreo y evaluación para garantizar que cada intervención logre un impacto sostenible y significativo.
- Innovar en la apropiación e implementación de herramientas metodológicas que permitan impactar positivamente en las diferentes poblaciones abordadas.
- Creación en las plataformas institucionales de cursos que promuevan el fortalecimiento técnico del talento humano en el marco de las RIAS y estrategia IAMI.
- Fortalecer la articulación con actores intersectoriales que permitan dar respuesta efectiva en pro del bienestar de la población.
- Promover la implementación de un sistema de información que permita el análisis predictivo para prevenir, detectar e intervenir oportunamente los riesgos en salud.

Dificultades:

- Dificultad en la calidad de las bases de población asignada a la Subred lo que limita la ubicación o contactibilidad de los usuarios para la realizar la demanda inducida y el acceso a los servicios de atención.
- Dificultad en la consecución de perfiles específicos para la operación de actividades del PIC dado a especificaciones propias desde los lineamientos técnico brindados por Secretaria Distrital de Salud.
- Diferencias generadas por las líneas técnicas brindadas por la Secretaría Distrital de Salud (SDS), especialmente ante las adiciones realizadas durante el período de ejecución. Esto derivó en una falta de precisión respecto a las acciones que debían continuarse o culminarse, lo cual impactó los procesos de planificación y ejecución de algunas actividades. La incertidumbre sobre los lineamientos específicos representó un desafío para alinear los objetivos técnicos del convenio con las necesidades reales del entorno educativo. Este aspecto resalta la importancia de contar con directrices claras y oportunas desde el inicio del convenio para evitar inconsistencias en la ejecución y garantizar la efectividad de las intervenciones.

- Desabastecimiento en el Distrito Capital de los medicamentos anti Maláricos y con la Mitelfosina utilizada para tratar la Leishmaniasis ocasionó barreras de acceso para los pacientes
- Dentro de las acciones para implementar la política pública de migrantes se incluye la búsqueda y concertación de iniciativas con cooperantes. Sin embargo, este proceso ha enfrentado dificultades, ya que en la zona norte se observa una escasa presencia de dichos cooperantes, lo que dificulta la implementación de acciones integrales para atender a la población migrante.

3. MACROPROCESO APOYO

3.1. GESTIÓN FINANCIERA.

El proceso de Gestión Financiera pertenece al Macroproceso de apoyo, que tiene como objetivo: Gestionar de manera eficaz y eficiente los recursos físicos y financieros mediante estrategias de autocontrol orientadas a la sostenibilidad financiera que contribuyen en la prestación integral de servicios. El proceso de Gestión Financiera está conformado por los subprocesos de presupuesto, admisiones, facturación, cartera y cuentas médicas, tesorería, cuentas por pagar y contabilidad y costos.

Presupuesto-diciembre.

Mediante Resolución No. 18 del 31 de octubre de 2023, el Consejo Distrital de Política Económica y Fiscal –CONFIS-, aprobó el Presupuesto de Rentas e Ingresos y de Gastos e Inversiones de las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud ESE, para la Vigencia fiscal 2024 y a través de la Resolución 0785 del 21 de noviembre de 2023, la gerencia de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE liquidó el presupuesto de la Entidad para la vigencia 2024 en la suma de \$508.633 millones.

Durante el transcurso de la vigencia se han incorporado ajustes y adiciones en el presupuesto de ingresos y gastos, que han modificado el presupuesto disponible, en la suma de \$221.567 millones, por adición de recursos de convenios suscritos con el FFDS, ajuste por adición de la disponibilidad inicial, de acuerdo con los ajustes de cierre presupuestal de la vigencia 2023, y adición de recursos de contratos CAPITAL SALUD EPS en el régimen subsidiado y PGP, adición de recursos asignados por el Ministerio de Salud y Protección Social, lo que genera un presupuesto final vigente a 30 de noviembre de 2024 de \$730.199 millones.

De acuerdo con la proyección inicial realizada con los promedios de gastos ejecutados en la vigencia 2023, el presupuesto total de gastos asignado para la vigencia 2024 garantizaba la operación de aproximadamente cinco meses de la vigencia 2024 con excepción de los rubros de contratación servicios asistenciales generales y de PIC, sin embargo no se tenía en cuenta los traslados de cargos vacantes de nómina, que con corte a 31 de mayo de 2024, se efectuaron los ajustes de cierre presupuestal 2023 que se realizan únicamente para el ajuste de cuentas por pagar constituidas y que estarían afectando el presupuesto disponible para la operación y funcionamiento de los gastos de la vigencia 2024, teniendo un efecto importante en el alcance de la operación de la vigencia. Los ajustes realizados a la fecha, permiten que el alcance presupuestal para garantizar la prestación de servicios al cierre de la vigencia en el agregado de funcionamiento, igualmente en el agregado de operación y una vez realizado el ajuste de las cuentas por pagar constituidas al cierre de la vigencia 2023.

El presupuesto al cierre de la vigencia 2024 una vez realizados los ajustes antes mencionados y los traslados presupuestales durante el mes de diciembre de 2024, se distribuye en grandes agregados de la siguiente manera:

DISTRIBUCIÓN DEL PRESUPUESTO.

Tabla 150 INGRESOS . Cifras en millones de \$

CONCEPTO	PPTO INICIAL	MODIFIC.	PPTO DEFINIT.
Disp. Inicial	20.664	12.724	33.388
Vta Servicios	397.361	140.137	537.498
Ctas por Cobrar	84.025	11.266	95.291
Convenios	6.083	22.151	28.235
Transferencias	0	35.288	35.288
Otros Ingresos	200	0	200
Rec. Capital	300	0	300
Total	508.633	221.567	730.199

Fuente: Ejecución presupuestal de ingresos y rentas, gastos e inversiones diciembre de 2024

Tabla 151 GASTOS , Cifras en millones de \$

CONCEPTO	PPTO INICIAL	MODIFIC.	PPTO DEFINIT.
Funcionamiento y Operación	421.445	140.238	561.683
Inversión	9.356	11.059	20.415
Cuentas por pagar	77.832	69.670	147.502
Disponibilidad Final	0	600	600
Total	508.633	221.567	730.199

Fuente: Ejecución presupuestal de ingresos y rentas, gastos e inversiones diciembre de 2024

MODIFICACIONES.

Durante el mes de diciembre de 2024 se realizó una modificación presupuestal que afectó el presupuesto al cierre de la vigencia 2024, en el agregado de operación:

1. Traslado en el presupuesto de Gastos e Inversiones de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE, en la vigencia fiscal 2024, por valor de \$3.270.000.000, efectuado mediante Resolución No. 0814 del 10 de diciembre de 2024.

EJECUCIÓN.

Tabla 152 ejecución Cifras en millones de \$

A	B	C	D
Presupuesto Vigente	Compromisos	Recaudo	Giros
730.199	686.062	575.493	533.789

Tabla 153 Indicadores

INDICADORES		
B/A	94%	Se ha comprometido el 94% del presupuesto vigente
C/A	79%	Del presupuesto vigente se ha recaudado el 79%
C/B	84%	El equilibrio presupuestal a este corte es del 84%

INDICADORES		
D/C	93%	Se giró el 93% del valor recaudado
D/B	78%	Se realizaron giros del 78% del total comprometido
D/A	73%	Los giros realizados corresponden al 73% del presupuesto vigente

EJECUCIÓN DE INGRESOS.

Del total presupuestado de ingresos por valor de \$730.199 millones, se registró un recaudo de \$575.493 millones, equivalentes al 79%, generando un saldo por recaudar en la vigencia de \$154.706 millones. El recaudo acumulado más representativo lo podemos observar en: Venta de servicios \$339.580 millones, seguido de Cuentas por cobrar con \$128.448 millones, Transferencias del Distrito Capital (SDS) \$53.318 millones, Disponibilidad inicial \$33.388 millones, Otros convenios \$17.580 millones, otros ingresos no tributarios \$1.977 millones y rendimientos financieros \$1.203 millones, según la siguiente tabla:

Tabla 154 EJECUCION PRESUPUESTAL DE INGRESOS, Cifras en millones de \$.

CONCEPTO	PPTO VIGENTE	RECAUDO DICIEMBRE	RECAUDO TOTAL	% EJEC	SALDO POR RECAUDAR
Disponibilidad Inicial	33.388	0	33.388	100%	0
Venta de servicios	537.498	38.846	339.580	63%	197.918
F.F.D.S.	131.784	11	76.467	58%	55.317
Régimen Subsidiado	280.927	23.306	220.520	78%	60.406
Régimen Contributivo	93.936	2.997	29.317	31%	64.619
Otros Pagadores	30.851	882	13.275	43%	17.576
Cuentas por Cobrar	95.291	9.196	128.448	135%	-33.157
Otros Convenios	17.176	2.820	17.580	102%	-405
Otros Ingresos No Tributarios	200	122	1.977	988%	-1.777
Transferencias	35.288	18.318	53.318	151%	-18.030
Rendimientos Financieros	300	80	1.203	401%	-903
Convenios de Infraest y Dotación	11.059	0	0	0%	11.059
Total Ingresos	730.199	69.383	575.493	79%	154.706

Fuente: Ejecución presupuestal de ingresos y rentas diciembre de 2024

Una vez realizado el análisis comparativo de los ingresos acumulados al cierre de la vigencia 2024 ascendieron a \$575.493 millones, frente a la vigencia 2023 por valor de \$552.481 millones, podemos observar un incremento en el recaudo por valor de \$23.012 millones equivalente al 4.2%, reflejado principalmente en los conceptos de venta de servicios \$23.758 millones, cuentas por cobrar \$19.658 millones, otros ingresos \$1.781 millones, con un efecto importante y relevante sobre el incremento, el registro de recaudo de \$53.318 millones correspondiente a recursos por transferencia recibida de la Secretaría Distrital de Salud

Tabla 155 COMPARATIVO DE INGRESOS DICIEMBRE 2023 VS 2024, Cifras en millones de \$.

INGRESOS	2023		%	2024		%	VAR 2024-2023 REC	%
	PPTO DEF	REC		PPTO DEF	REC			
Disponibilidad Inicial	74.362	74.362	100,0%	33.388	33.388	100%	-40.974	-55%

INGRESOS	2023		%	2024		%	VAR 2024-2023 REC	%
	PPTO DEF	REC		PPTO DEF	REC			
Venta Servicios de Salud	465.732	315.822	67,8%	537.498	339.580	63%	23.758	8%
Rentas contractuales	45.053	50.291	111,6%	28.235	17.580	62%	-32.711	-65%
Otros ingresos	400	196	49,0%	200	1.977	988%	1.781	908%
Transferencias	751	751	100,0%	35.288	53.318	151%	52.567	7000%
Recursos de capital	200	2.268	1133,9%	300	1.203	401%	-1.065	-47%
Cuentas por cobrar otras vigencias	114.888	108.790	94,7%	95.291	128.448	135%	19.658	18%
TOTAL	701.385	552.481	79%	730.199	575.493	79%	23.012	4,2%

Fuente: Ejecución presupuestal de ingresos y rentas diciembre de 2024

Mientras que los otros rubros presentan disminución así: Disponibilidad Inicial \$40.974 millones, otras rentas contractuales \$32.711 millones, recursos de capital \$1.055 millones, sin embargo, en el análisis correspondiente al recaudo sin disponibilidad inicial, cuentas por cobrar, transferencias y rentas contractuales, el resultado es de un incremento de \$24.473 millones, que equivalen al 8% frente a la vigencia 2023.

Ejecución de gastos.

El presupuesto de gastos definitivo de la Subred al cierre de la vigencia se registró en la suma de \$730.199 millones, con unos compromisos suscritos por valor de \$686.062 millones, que representan el 94% de ejecución, con un saldo final de apropiación de \$44.138 millones, de los cuales \$19.659 millones corresponden a los rubros de funcionamiento y operación de la entidad, \$23.879 millones al agregado de inversión, y \$600 millones en la cuenta de resultado de Disponibilidad Final.

Del total comprometido por valor de \$686.062 millones, se efectuaron giros en el 2024 por la suma de \$533.789 millones, equivalente al 78%, por lo cual se constituyeron unas cuentas por pagar totales de \$152.273 millones al cierre de la vigencia 2024.

Tabla 156 EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE GASTOS, Cifras en millones de \$

GASTOS	PPTO VIGENTE	COMPROM.	% EJEC.	VALOR GIRADO	% EJEC.	% PARTICIP
FUNCIONAMIENTO	695.867	676.208	97%	526.618	78%	99%
INVERSIÓN	33.732	9.854	29%	7.171	73%	1%
DISPONIBILIDAD FINAL	600	0	0%	0	0%	0%
TOTAL	730.199	686.062	94%	533.789	78%	100%

Fuente: Ejecución presupuestal de gastos e inversiones diciembre de 2024

Tabla 157 DISTRIBUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE GASTOS, Cifras en millones de \$.

CONCEPTO	PPTO VIGENTE	DICIEMBRE	TOTAL COMPROMISO	% EJEC	SALDO DE APROPIACION
Servicios personales de nómina	104.929	13.962	103.116	98,3%	1.813
Aportes patronales y parafiscales	40.125	3.932	36.559	91,1%	3.566
Servicios personales indirectos	26.222	288	25.494	97,2%	728
Gastos generales	52.363	2.707	48.170	92,0%	4.194
Sentencias judiciales	3.908	0	0	0,0%	3.908
Insumos Hospitalarios	68.740	4.071	66.730	97,1%	2.010
Adquisición servicios	38.564	1.688	37.374	96,9%	1.190

CONCEPTO	PPTO VIGENTE	DICIEMBRE	TOTAL COMPROMISO	% EJEC	SALDO DE APROPIACION
Contratación Asistencial	226.779	6.042	225.648	99,5%	1.131
Compra de equipo	51	0	47	92,4%	4
Cuentas por pagar	134.184	-1.015	133.070	99,2%	1.114
Subtotal Funcionamiento	695.867	31.674	676.208	97,2%	19.659
Directa	20.415	1.048	1.155	5,7%	19.260
Cuentas por pagar	13.317	-4.619	8.698	65,3%	4.619
Subtotal Inversión	33.732	-3.571	9.854	29,2%	23.879
Disponibilidad Final	600	0	0	0,0%	600
TOTALES	730.199	28.103	686.062	94,0%	44.138

Fuente: Ejecución presupuestal de gastos e inversiones diciembre 2024

De acuerdo con el siguiente cuadro comparativo de la ejecución de gastos al cierre de la vigencia 2024, que ascendieron a \$686.062 millones, frente a la ejecución en la vigencia 2023 por valor de \$651.025 millones, podemos observar un incremento en el valor comprometido de \$35.037 millones que equivale al 5%, variación que está dada principalmente en el concepto de cuentas por pagar de vigencias anteriores que no hacen parte de la operación de la vigencia y que fueron apropiadas en su totalidad las cuentas por pagar constituidas a 31 de diciembre de 2023, que fueron superiores a las constituidas al cierre de la vigencia 2022, y de otra parte el incremento en los gastos asociados a la plante de personal. Sin embargo, sin tener en cuenta los compromisos de las cuentas por pagar y el agregado de inversión el incremento fue de \$8.007 millones, que representan solamente el 1% respecto de la vigencia anterior con crecimiento solamente en los gastos de personal.

Tabla 158 COMPARATIVO DE GASTOS DICIEMBRE 2023 VS 2024, Cifras en millones de \$

GASTOS	2023		%	2024		%	VAR 2023-2022 COMPR	%
	PPTO. DEF	COMPR		PPTO. DEF	COMPR			
Gastos de Personal	130.654	127.191	97%	145.054	139.674	96%	12.483	10%
Contratistas por OPS	262.049	251.932	96%	253.001	251.142	99%	-790	0%
Gastos Generales	49.187	47.526	97%	52.363	48.170	92%	644	1%
Sentencias Judiciales	3.303	1.070	32%	3.908	0	0%	-1.070	-100%
Gastos de Operación	112.381	107.411	96%	107.356	104.151	97%	-3.259	-3%
Inversión	16.773	5.285	32%	20.415	1.155	6%	-4.130	-78%
Cuentas por pagar otras vigencias	126.255	110.609	88%	147.502	141.768	96%	31.159	28%
Disponibilidad Final	784	0	0%	600	0	0%	0	0%
TOTAL	701.385	651.025	93%	730.199	686.062	94%	35.037	5%

Fuente: Ejecución presupuestal de gastos e inversiones diciembre 2024

Ingresos vs gastos

De acuerdo con la ejecución presupuestal al cierre de la vigencia 2024, podemos ver que la Subred Norte presentó un déficit presupuestal por valor de \$110.568 millones, teniendo en cuenta que el recaudo total ascendió a \$575.493 millones, cifra que representó el 79% del presupuesto de ingresos vigente, frente a unos compromisos totales de \$686.062 millones equivalente al 94% del presupuesto de gastos vigente.

Gráfica 30 EQUILIBRIO PRESUPUESTAL, Cifras en millones de \$



Fuente: Ejecución presupuestal de ingresos y gastos diciembre 31 de 2024

ADMISIONES-DICIEMBRE.

INGRESOS URGENCIAS Y HOSPITALIZADOS POR UNIDADES COMPARATIVO 2023 Y 2024 EN DICIEMBRE.

El proceso de admisiones y autorizaciones de la Subred Norte ESE es responsable del acceso a la atención prestada en los servicios de urgencias, hospitalización y cirugía programada, así como la gestión adecuada de las autorizaciones, en los casos que aplique, con el fin de garantizar el pago de los servicios prestados.

Se presenta a continuación el resumen de la cantidad de ingresos por urgencias y hospitalización durante el periodo de diciembre 2023 y 2024 comparativo.

Tabla 159 INGRESOS POR URGENCIAS/HOSPITALIZACIÓN

UNIDAD DE ATENCIÓN	2023 DICIEMBRE	2024 DICIEMBRE	VARIACIÓN CANTIDAD 2023-2024	% VARIACIÓN 2023-2024
	URGENCIAS/HOSPITALIZACIÓN	URGENCIAS/HOSPITALIZACIÓN		
Hospital suba	3.721	3.726	5	0%
Hospital Engativá calle 80	3.462	3.653	191	6%
Hospital simón bolívar	3.140	2.667	-473	-15%
Hospital chapinero	802	772	-30	-4%
Hospital fray Bartolomé de las casas	181	167	-14	-8%
Total, general	11.306	10.985	-321	-3%

Fuente: Sistemas de información Dinámica Gerencial.

Para el mes de diciembre del 2024 con respecto al mismo periodo de 2023, se presenta variación positiva y estable para la unidad de Suba el 0% y Calle 80 con el 6%, para las unidades de Simón Bolívar Chapinero y Fray se presenta disminución en el 15%, 4% y 8% respectivamente.

Facturacion-diciembre

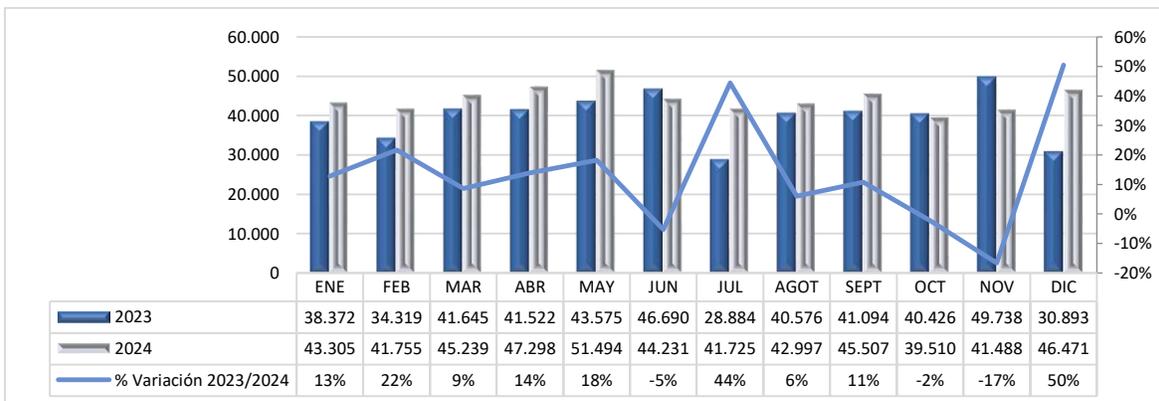
De enero a diciembre de 2024, se ha generado facturación neta por venta de servicios de salud por \$531.020 millones, de los cuales Capital PGP y PYD participan con el 34%, el Régimen Subsidiado con el 22%, seguido se encuentra el Plan de Intervenciones Colectivas – PIC el cual tiene un porcentaje del 16%, otra participación significativa es el Régimen Contributivo con el 14%, donde se ha presentado aumento en la facturación de entidades como Famisanar, Nueva EPS y Compensar, en cuanto al Fondo Financiero Distrital de Salud se tiene una participación del 4% teniendo en cuenta los pacientes irregulares y la población pobre no afiliada con tarifas Soat vigente bajo contrato suscrito con la Secretaria de Salud, demás pagadores y otras ventas de convenios/Contratos participan con el 3%, donde se encuentra la facturación de convenio docencia, Uel, terminal de transporte, Transmilenio, secretaria de educación y salud, Convenio APH, SOAT y Subsidiado Cápita participan con el 1% del total facturado.

Tabla 160 FACTURACIÓN ENERO A DICIEMBRE DE 2024, Cifras en millones de \$

RÉGIMEN	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	% PART
Capital Salud (PGP y PYD)	14.704	14.591	14.561	14.576	14.477	14.741	15.432	15.659	15.568	15.888	15.594	15.553	181.345	34%
Subsidiado - Evento	10.871	10.083	10.265	10.285	10.925	9.368	10.718	8.938	7.874	8.141	8.032	11.599	117.099	22%
Pic	6.783	6.063	6.108	6.236	13.255	9.096	2.274	6.885	11.379	3.843	6.186	5.096	83.204	16%
Contributivo	5.865	5.594	6.082	7.186	6.948	6.180	6.449	5.918	5.706	5.748	6.187	6.367	74.228	14%
Ffds	1.363	1.290	1.723	1.712	1.269	1.320	2.616	1.916	1.415	1.232	1.450	1.731	19.037	4%
Otros Pagadores	1.703	1.675	1.609	1.925	2.265	1.287	1.697	613	1.698	1.230	1.337	1.303	18.342	3%
Convenios/Contratos	1.670	819	3.727	2.753	750	370	650	1.170	244	1.892	302	2.506	16.852	3%
Convenio - Aph	0	707	-7	1.728	856	915	916	916	612	579	1.407	1.285	9.914	2%
Sub y Contri - Capitación	0	624	799	635	617	738	736	723	711	687	681	719	7.669	1%
Soat	347	309	371	263	134	216	239	260	299	270	311	311	3.330	1%
TOTAL	43.305	41.755	45.239	47.298	51.494	44.231	41.725	42.997	45.507	39.510	41.488	46.471	531.020	100%
% Participación mensual	8%	8%	9%	9%	10%	8%	8%	8%	9%	7%	8%	9%		

Fuente: Informes facturación 2023 Vs 2024

Gráfica 31 . FACTURACIÓN ENERO A DICIEMBRE DE 2024, Cifras en millones de \$



Fuente: Informes facturación 2023 Vs 2024

De acuerdo con el cuadro anterior se observa que la facturación de enero, febrero, abril y mayo mantuvo un aumento promedio del 13% debido al cierre de ingresos pendientes por facturar y el porcentaje de incremento en tarifas por cambio de vigencia y renegociaciones por prórroga y terminaciones de contrato, otro factor que impacto en el incremento fue la negociación del techo del contrato de PGP con la EPS Capital Salud en 18,8% donde paso de \$11.363 millones a \$11.504.

Por otra parte, para junio de 2024 se presenta una disminución del 5% frente al año 2023 por la preparación de la salida del nuevo sistema de información Dinámica Gerencial donde se concentró el cierre de ingresos con el fin de hacer cierre en el sistema de información Servinte y salir en producción con el nuevo sistema Dinámica gerencial.

En julio de 2024 la facturación aumento el 44% con respecto al 2023, teniendo en cuenta que en junio se hicieron los cierres y cortes de cuentas de los servicios de urgencia y hospitalización para la salida en producción de dinámica gerencial, por lo cual se evidencia la disminución en el mes de julio de 2023, otro factor importante en la variación es el trabajo del área de mercado donde se logra nuevamente incrementar el porcentaje de las sendas lo que significa el aumento en el valor del techo del contrato de PGP Capital Salud con una diferencia de \$900 millones.

Para el mes de agosto de 2024 la facturación aumento el 6% con respecto al mismo periodo de la vigencia de 2023, debido al aumento en la facturación de EPS subsidiadas y contributivas entre las más destacadas se encuentran Famisanar, Nueva EPS, Compensar y Capital Exclusiones por la demanda de usuarios atendidos y los acuerdos de niveles de servicios entre la subred y las EAPB.

En septiembre de 2024 la facturación aumento el 11% con respecto al mismo periodo vigencia de 2023, debido al incremento en la facturación del PIC y otras ventas como convenio docencia, Uel y terminal de transporte.

En octubre la facturación disminuyo el 2% con respecto a la vigencia de 2023, debido a la devolución de facturas del PIC y APH por valor de \$2.500 millones, las cuales no fueron radicada en su momento por la falta de soportes administrativo y se realizara refacturación en el mes de noviembre de 2024.

En noviembre de 2024, la facturación registró una disminución del 17% en comparación con el mismo periodo de 2023. Esta variación negativa se explica principalmente por los siguientes factores:

Facturación del Programa de Intervenciones Colectivas (PIC): En noviembre de 2023, se alcanzó un monto de \$13.566 millones, cifra significativamente superior a la registrada en el mismo mes de 2024.

Facturación por Atención Prehospitalaria (APH): En noviembre de 2023, se reportaron ingresos por \$2.910 millones, los cuales no se replicaron con la misma magnitud en 2024.

Sanitas Capitada: Durante noviembre de 2023, se registró una facturación de \$1.763 millones, también superior al monto correspondiente de 2024.

En diciembre de 2024, la facturación presentó un incremento del 50% en comparación con el mismo periodo de 2023. Este aumento se debió, principalmente, a varios factores: Incremento en la facturación de EPS subsidiadas y contributivas, destacándose entidades como Famisanar, Nueva EPS, Compensar y Capital Exclusiones, impulsadas por la creciente demanda de usuarios atendidos.

Aumento en la facturación del Programa de Intervenciones Colectivas (PIC), que no registró actividad en diciembre de 2023, pero que en 2024 contribuyó significativamente al resultado.

Incremento en la facturación de otros convenios y contratos, que también aportaron al crecimiento total observado.

Facturación – radicación

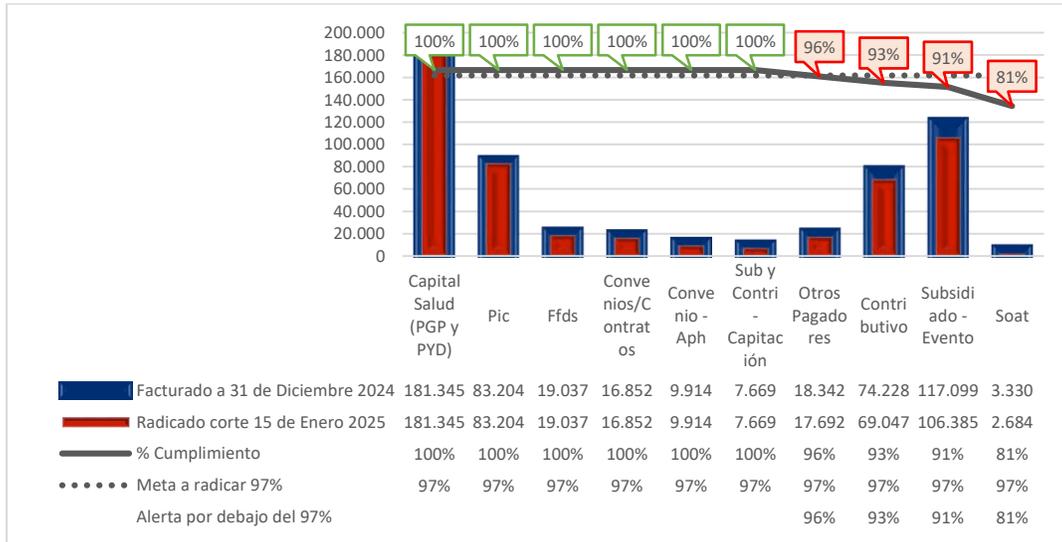
Con corte a diciembre de 2024, se generó facturación por la suma de \$531.020 millones, de este monto se logró radicar con corte al 15 de enero de 2025, la suma de \$513.829 millones, es decir el 97% del total facturado. Donde alcanzaron la meta de radicación el PIC, FFDS, Subsidiado – Contributivo Capitalización, Capital Salud PGP y PYD, Convenios/Contratos y APH con el 100%. No se alcanzó la meta en otros pagadores con el 96%, Contributivo el 93%, subsidiado evento con el 91% y Soat el 81% respectivamente.

Tabla 161 FACTURACIÓN VS RADICACIÓN 2024, Cifras en millones de \$

Régimen	Facturado a 31 de diciembre 2024	Radicado corte 15 de enero 2025	% Cumplimiento
Capital Salud (PGP y PYD)	181.345	181.345	100%
Pic	83.204	83.204	100%
Ffds	19.037	19.037	100%
Convenios/Contratos	16.852	16.852	100%
Convenio -Aph	9.914	9.914	100%
Sub y Contri – Capitalización	7.669	7.669	100%
Otros Pagadores	18.342	17.692	96%
Contributivo	74.228	69.047	93%
Subsidiado – Evento	117.099	106.385	91%
Soat	3.330	2.684	81%
Total	531.020	513.829	97%

Fuente: Informe facturación 2024.

Gráfica 32 FACTURACIÓN VS RADICACIÓN 2024, Cifras en millones de \$



Fuente: Informes facturación Vs Radicación 2024.

Dado lo anterior el área de facturación ha implementado acciones de mejoramiento en el seguimiento de las fechas de radicación ante las EAPB para garantizar el giro directo antes del 15 de cada mes con el objetivo de generar flujos de recursos económicos constantes para la subred, de igual manera se viene trabajando en conjunto con las diferentes áreas con el fin de garantizar el cobro de los servicios prestados.

Acciones de mejoramiento:

- ✓ Notificación de manera semanal a los interventores de los convenios por correo electrónico la solicitud de entrega del soporte de radicación de las facturas pendientes por radicar.
- ✓ Se centraliza el proceso de armado de cuentas de hospitalización, UCI y urgencias en la unidad de suba donde se ajusta el proceso de organización y soporte de las cuentas optimizando tiempos en la entrega al área de radicación de la facturación pendiente por radicar, de igual manera se realiza seguimiento a la entrega y recolección de facturas de servicios ambulatorios por las diferentes unidades; con el fin de agilizar la radicación del giro directo antes del 15 de cada mes.
- ✓ Acuerdos de niveles de servicios con las áreas asistenciales frente la confirmación de ordenes de servicios, cargos directos (farmacia, almacén, Laboratorio e imágenes diagnosticas), entrega de documentos manuales, ordenes de salida, diligenciamiento correcto de historia clínica y devoluciones del personal asistencial.
- ✓ Seguimiento diario a la Central de Radicación en la entrega de la estructura de cuentas de cobro al área de RIPS con el fin de agilizar el proceso de generación y validación de los Registro Individuales Prestación de Servicios.
- ✓ Se realiza de manera mensual conciliación entre las áreas de cartera, facturación y contabilidad de la facturación radicada y el pendiente por radicar.

Tabla 162 FACTURACION ACUMULADA DE ENERO A DICIEMBRE VIGENCIAS 2023 Vs 2024, Cifras en millones de \$

RÉGIMEN	FACTURACIÓN 2023	FACTURACIÓN 2024	% VARIACIÓN 2023 VS 2024
	ACUMULADO A DIC	ACUMULADO A DIC	
Capital Salud (Contrato PGP y PYD)	149.123	181.345	22%
Subsidiado - Evento	110.622	117.099	6%
FFDS -PIC	78.237	83.204	6%
Régimen Contributivo	70.344	74.228	6%
FFDS (Vinculados, Gratuidad, Irregulares)	19.585	19.037	-3%
Subsidiado - Capitado	3.500	7.669	119%
Adres (Fosyga)	3.075	4.439	44%
Soat	2.642	3.330	26%
Fondo de Desarrollo Local	2.785	3.033	9%
Particulares	3.595	2.754	-23%
Entes Territoriales	2.287	496	-78%
Otras IPS	633	373	-41%
Convenio APH	10.427	9.914	-5%
Otras ventas Convenios/Contratos	16.052	16.852	5%
Otros Pagadores	4.824	7.247	50%
TOTAL	477.733	531.020	11%

Fuente: Informes facturación 2023 - 2024.

De otra parte, al realizar el análisis de la facturación por tipo de pagador, se obtiene el siguiente resultado:

RÉGIMEN SUBSIDIADO – PGP y PYD: Este régimen se encuentra representado por la modalidad de contratación PGP y PYD con la EPS Capital salud en diciembre de 2024, respecto al mismo periodo de 2023, se presenta aumento del 22%, debido al incremento del valor del techo para 2024 en un 27%.

RÉGIMEN SUBSIDIADO – EVENTO: Respecto a este régimen en diciembre de 2024, se presenta una variación del 6% en comparación al periodo de 2023, teniendo en cuenta el incremento en la prestación de servicios de las entidades como Capital Exclusiones, Nueva EPS y Famisanar.

PIC: Se presenta aumento del 6%, debido a las actividades contratadas con el Plan de Intervenciones Colectivas – PIC para la vigencia 2024.

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO: Se presenta aumento del 6% en comparación a la vigencia del 2023, esto debido al cierre diario de venta de Servicios en Salud y el aumento de la facturación en entidades como Famisanar, Nueva EPS y Compensar.

FFDS: Respecto al Fondo Financiero Distrital de Salud se presenta disminución del 3% frente al comparativo de la vigencia 2023 teniendo en cuenta la regularización de la situación migratoria de la población ya que cuentan con permiso protección temporal con afiliación a la entidad Capital Salud y régimen contributivo.

RÉGIMEN SUBSIDIADO – CAPITADO: A diciembre de 2024, presentó una variación del 119% con respecto al mismo periodo de 2023, donde se ha generado facturación para el año 2024 por la suma de \$7.669 millones y en 2023 un valor de 3.500 millones, contrato que inicio para el periodo de octubre 2023.

SOAT: Se presenta aumento del 26% en comparación al año 2023, debido a la demanda de los servicios prestados.

CARTERA Y CUENTAS MÉDICAS-DICIEMBRE.

Tabla 163 CARTERA NETA A 31 DE DICIEMBRE 2024, Cifras en millones de \$

MES	TOTAL CARTERA BRUTA	% VAR CARTERA BRUTA	ANTICIPOS PENDIENTES POR APLICAR CARTERA	% VAR ANTICIPOS EN CARTERA	CARTERA NETA	VAR DE CARTERA NETA	SALDOS CONTABLES	CARTERA NETA CON SALDOS CONTABLES	% VAR CARTERA NETA CON SALDOS CONTABLES
DIC-23	386,435		35,185		351,250		2,511	353,761	
ENE-24	403,504	4%	44,692	27%	358,812	2%	2,529	361,341	2%
FEB-24	414,252	3%	56,351	26%	357,900	0%	2,547	360,447	0%
MAR-24	415,831	0%	47,922	-15%	367,909	3%	2,558	370,467	3%
ABR-24	416,096	0%	40,828	-15%	375,268	2%	2,592	377,860	2%
MAY-24	426,282	2%	40,762	0%	385,520	3%	2,596	388,116	3%
JUN-24	430,922	1%	44,221	8%	386,701	0%	2,609	389,309	0%
JUL-24	429,498	0%	41,447	-6%	388,051	0%	2,627	390,678	0%
AGO-24	436,785	2%	43,661	5%	393,124	1%	2,640	395,765	1%
SEP-24	443,604	2%	43,633	0%	399,971	2%	2,664	402,635	2%
OCT-24	439,414	-1%	37,688	-14%	401,727	0%	2,690	404,417	0%
NOV-24	430,591	-2%	41,993	11%	388,598	-3%	2,717	391,315	-3%
DIC-24	435,015	1%	36,269	-14%	398,745	3%	2,713	401,459	3%

Fuente: Estado de cartera diciembre 31 de 2024

OTROS PAGADORES – CONVENIOS/CONTRATOS: En este ítem se encuentra la facturación de ARL, Seguros de Vida, Prepagadas, Entes territoriales, FDL – UEL, IPS privadas, Adres, Convenios Docente Asistenciales, Particulares y los contratos suscritos con las otras entidades del distrito por prestación de servicios de salud ocupacionales, se presenta aumento del 3% en comparación al año 2023, esto debido a la demanda espontánea y demanda inducida de los diferentes pagadores.

Tabla 164 EDADES DE CARTERA DICIEMBRE DE 2024, Cifras en millones de \$

EDAD DE CARTERA	SUBS - EVENTO (SIN CAPITAL)	CAPITAL SALUD SUBS	CONTR	FFDS	SOAT - ECAT	CAPITA	ENTES	OTROS VSS	OTROS NO VSS	SALDOS CONT	TOTAL	% PART EDAD/	CARTERA NETA
DE 0 A 90 DÍAS	18,938	6,660	16,656	8,917	1,461	555	882		6,280	16,257	0	76,607	19%
DE 91 A 180 DÍAS	12,687	2,195	9,635	3,014	865	0	194		661	104	0	29,355	7%
DE 181 A 360 DÍAS	12,750	3,618	5,534	3,297	2,764	0	1,317		2,795	262	1,388	33,726	8%
MAYOR 361 DÍAS	20,856	2,696	8,273	15,594	10,776	0	10,465		10,845	584	1,325	81,413	20%
PAGOS POR APLICAR	-10,675	-18,226	-5,583	-623	-342	0	-156		-665	0	0	-36,269	-9%
SUBTOTAL CARTERA EN GESTION	54,556	-3,057	34,515	30,200	15,525	555	12,702		19,917	17,207	2,713	184,831	46%
EMPRESAS LIQUIDADAS (PLAN DE DEPURACIÓN)	42,280	0	37,162	0	0	0	0		0	0	0	79,441	20%

EDAD DE CARTERA	SUBS - EVENTO (SIN CAPITAL)	CAPITAL SALUD SUBS	CONTR	FFDS	SOAT - ECAT	CAPITA	ENTES	OTROS VSS	OTROS NO VSS	SALDOS CONT	TOTAL	% PART EDAD/	CARTERA NETA
EMPRESAS EN LIQUIDACIÓN	43,297		32,723	0	0	0	0		0	0	0	76,021	19%
SUBTOTAL CARTERA EMPRESAS EN LIQUIDACIÓN	85,577		69,885									155,462	39%
POR RADICAR	22,279	17,286	14,477	2,677	3,079	0	178		1,191	0	0	61,166	15%
SUBTOTAL SIN RADICAR	22,279	17,286	14,477	2,677	3,079		178		1,191			61,166	15%
SUBTOTAL CARTERA QUE NO SE PUEDE GESTIONAR	107,856	17,286	84,362	2,677	3,079		178		1,191			216,628	54%
TOTAL CARTERA NETA	162,412	14,229	118,876	32,876	18,604	555	12,880		21,107	17,207	2,713	401,459	100%
% DE CARTERA NETA REGIMEN / TOTAL CARTERA NETA	40%	4%	30%	8%	5%	0%	3%		5%	4%	1%	100%	
DETERIORO DE CARTERA	112,281	5,114	84,037	15,594	10,776		10,465		11,269	584		250,122	62%
TOTAL CARTERA SIN DETERIORO	50,131	9,115	34,839	17,282	7,828	555	2,415		9,838	16,622	2,713	151,337	38%
% CARTERA SIN DETERIORO/CARTERA NETA	33%	6%	23%	11%	5%	0%	2%		7%	11%	2%	100%	

Fuente: Modulo de cartera-DGH a diciembre 2024

Es importante mencionar que en esta tabla se incluyen otros saldos contables de la cuenta 13 que no se gestionan desde el Área de Cartera, sin embargo, contablemente suman al saldo de la cuenta.

Se confirma elaboración y radicación de las 7 entidades intervenidas en la jornada masiva de la Superintendencia de Salud siendo S.O.S, Alianza Medellín, Asmet, Famisanar, Emssanar, Nueva EPS y Sanitas por el monto de cartera radicada por \$33.594 millones de los cuales se cuenta con valores libres para pago por \$31.768 millones.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte, desde la Dirección Financiera, la Oficina Jurídica y las áreas que se ven involucradas en la gestión para la recuperación de los saldos adeudados por los diferentes pagadores, adelantan todos los procesos posibles para lograr acuerdos de pago, conciliación de saldos y acercamientos que generen los ingresos que requiere nuestra entidad para su normal funcionamiento, sin embargo, dichas actividades se ven afectadas en la medida en que las dificultades propias del sector y la falta de oportunidad en los pagos por parte de los diferentes pagadores afecta el recaudo.

PROCESOS CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL RADICADOS A DICIEMBRE 2024:

En lo corrido de la vigencia 2024 fueron radicados en la Superintendencia de Salud 7 expedientes por \$33.594 Millones, con el siguiente detalle a diciembre 2024:

Tabla 165 PROCESOS CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL RADICADOS

ENTIDAD	RELACION CONTRACTUAL	Fecha Intervención	VALOR CARTERA BRUTA	VALOR CARTERA RADICADA	CARTERA LIBRE PARA PAGO	OBSERVACIÓN
ASMET	BOG-079-C19 INICIO ENERO 2019 CONTRIBUTIVO BOG-063-S19 INICIO ENERO 2021 SUBSIDIADO VIGENTE A ENERO 2025	Resolución 11263 del 5 de diciembre de 2018	2,534	2,534	2,534	SE REALIZO LA CONCILIACIÓN SIN RESULTADO POSITIVO
EMSSANAR	SIN CONTRATO	Resolución 008925 del 2 de octubre de 2019	916	916	916	PENDIENTE CITACIÓN POR PARTE DE LA SUPER
ALIANZA	SIN CONTRATO	Resolución 2573 del 4 de agosto de 2017	2,250	2,250	424	SE REALIZO LA CONCILIACIÓN SIN RESULTADO POSITIVO
FAMISANAR	Contrato S13-1-03-2-03119 INICIO ENERO 2020	Resolución 2023320030005625-6 del 15 de septiembre del 2023	11,618	11,618	11,618	PENDIENTE CITACIÓN POR PARTE DE LA SUPER
NUEVA EPS	Contrato No. 419 de 2017 vigencia 1ro de dic de 2017 a 1 dic 2024 Contrato No. 26 de 2018 periodo del 26 de enero de 2018 al 26 de enero de 2025	Resolución 2024160000003012-6 del 3 de abril del 2024	13,031	13,031	13,031	PENDIENTE CITACIÓN POR PARTE DE LA SUPER
SANITAS	Contrato No. IBOCU2393 de 1ro de agosto de 2018 a 31 de julio de 2024	Resolución 2024160000003002-6 del 2 de abril del 2024	3,160	3,160	3,160	PENDIENTE CITACIÓN POR PARTE DE LA SUPER
SOS	Contrato 2191 de 2019 inicio en enero de 2019 hasta septiembre de 2024	Resolución 4081 del 27 de marzo de 2018	85	85	85	CITA CANCELADA
TOTAL			33,594	33,594	31,768	

Fuente: Modulo de cartera-DGH

COMPORTAMIENTO DE CAPITAL SALUD EPS FRENTE A LA CARTERA

Siendo CAPITAL SALUD EPS, uno de los mayores pagadores se presenta a continuación su comportamiento con corte a 31 de diciembre de 2024:

Tabla 166 CUENTAS POR COBRAR EPS CAPITAL SALUD EPS, Cifras en millones de \$

EDAD	DICIEMBRE 2023	NOVIEMBRE 2024	DICIEMBRE 2024	VARIACIÓN	% VARIACIÓN	% REP SOBRE EL VALOR DE CARTERA BRUTA
POR RADICAR	17,555	18,743	18,541	-201	-1%	54%
DE 0 A 90 DÍAS	3,960	6,288	6,968	679	11%	20%
DE 91 A 180 DÍAS	1,752	1,945	2,251	306	16%	7%
DE 181 A 360 DÍAS	2,093	7,226	3,706	-3,520	-49%	11%
MAYOR 361 DÍAS	844	2,893	2,897	4	0%	8%
TOTAL CARTERA BRUTA	26,204	37,095	34,363	-2,732	-7%	100%
SOPORTES POR LEGALIZAR	-25,492	-23,389	-19,394	3,994	-17%	
TOTAL CARTERA NETA	712	13,706	14,968	1,262	9%	

Fuente: Modulo de cartera-DGH

Capital Salud EPS, registró una disminución en la cartera bruta del 7% pasando de \$37.095 millones a noviembre de 2024 a \$34.363 millones a diciembre de 2024; al descontar el valor de los pagos por aplicar que ascienden para este cierre a \$19.394

millones, se registra una cartera neta de \$14.968 millones, incrementado con respecto al saldo de cartera neta del cierre de noviembre 2024.

Esta situación obedece principalmente a que, para el mes de diciembre la facturación pendiente por radicar a la entidad representa el 54% del total de cartera bruta, por otra parte, la EPS ha realizado durante los últimos meses anticipos al contrato de PGP y evento, los mismos se aplican en la medida en que Capital Salud entrega soporte, adicionalmente, se encuentra adelantando de forma conjunta con la Subred un plan de preauditoria a facturación generada previo a la radicación.

COMPORTAMIENTO FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

Al realizar la comparación del resultado obtenido para el mes de diciembre de 2024 frente al registrado a noviembre de 2024, se evidencia una disminución en el saldo de cartera bruta de 8%, pasando de \$36.459 millones para noviembre de 2024 a \$33.499 millones para diciembre de 2024 (sin incluir lo correspondiente a subvenciones), de igual manera, el saldo de cartera neta disminuyó en un 9% cerrando en \$32.876 millones. Si realizamos la misma comparación con la totalidad del saldo de cartera del tercero incluyendo tanto venta, como no venta (subvenciones) obtenemos que el FFDS registra un incremento en el saldo de cartera bruta de 36%, pasando de \$36.492 millones a noviembre de 2024 a \$49.524 millones para diciembre de 2024.

Esta última variación obedece a que, a pesar de que, el FFDS realizó el pago parcial de lo facturado y reconocido por concepto de irregulares a septiembre 2024, persiste un saldo significativo por cancelar de esta población. Por otra parte, para el mes de diciembre se generó facturación por concepto de subvenciones por valor de \$16.025 millones, los cuales serán cancelados en enero de 2025, generando un impacto en el saldo de cartera.

Tabla 167 CUENTAS POR COBRAR FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD, Cifras en millones de \$

EDAD	DICIEMBRE 2023	NOVIEMBRE 2024	DICIEMBRE 2024	VARIACIÓN	% VARIACIÓN
EN PROCESO DE RADICACIÓN	1,444	3,051	2,677	-375	-12%
DE 0 A 90 DÍAS	5,186	11,262	8,917	-2,345	-21%
DE 91 A 180 DÍAS	5,549	3,676	3,014	-661	-18%
DE 181 A 360 DÍAS	7,882	2,425	3,297	872	36%
MAYOR 361 DÍAS	16,731	16,045	15,594	-451	-3%
TOTAL CARTERA BRUTA	36,793	36,459	33,499	-2,960	-8%
SOPORTES	-625	-421	-623	-202	48%
TOTAL	36,168	36,038	32,876	-3,162	-9%

Fuente: Modulo de cartera-DGH a diciembre 2023, noviembre 2024 y diciembre de 2024.

Para el mes de diciembre de 2024, el recaudo de la vigencia actual representa el 82% del total recaudado durante el mes, a su vez el recaudo de la vigencia anterior representa el 18%, el régimen con mayor representación es el régimen subsidiado con el 53%, seguido PIC con el 17% y el régimen contributivo con un 15%:

Tabla 168 RECAUDO DE DICIEMBRE 2024 POR VIGENCIAS, Cifras en millones de \$

REGIMEN	VIGENCIA ACTUAL	VIGENCIA ANTERIOR	TOTAL RECAUDO DICIEMBRE 2024	% REP
FFDS - ATENCIÓN A VINCULADOS	2,611		2,611	5%
FFDS - PIC	8,697		8,697	17%
RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	2,997	4,619	7,616	15%
RÉGIMEN SUBSIDIADO - CAPITADO	153		153	0%
RÉGIMEN SUBSIDIADO - NO CAPITADO	23,153	3,936	27,089	53%
SEGURO OBLIGATORIO ACCIDENTES DE TRÁNSITO-SOAT	33	32	65	0%
FOSYGA		44	44	0%
CUOTAS DE RECUPERACIÓN -FFDS				0%
CUOTAS DE RECUPERACIÓN Y COPAGOS - OTROS PAGADORES	42		42	0%
PARTICULARES	75		75	0%
ENTES TERRITORIALES	6	12	18	0%
OTROS PAGADORES POR VENTA DE SERVICIOS	3,899	553	4,453	9%
TOTAL RECAUDO DICIEMBRE 2024	41,667	9,196	50,863	100%
% REP	82%	18%	100%	

Fuente: Modulo de cartera-DGH.

Al realizar la comparación entre el valor facturado de la vigencia, frente al radicado y recaudado por este mismo concepto, se evidencia un recaudo del 72%, distribuidos de la siguiente manera:

Tabla 169 RADICACIÓN VS RECAUDO A DICIEMBRE 2024, Cifras en millones de \$

REGIMEN	FACTURADO 2024	VALOR RADICADO	RECAUDO VIGENCIA ACTUAL	% RECAUDO /RADICACIÓN	PEND. RAD
SUB. - PGP	181,345	166,977	150,373	90%	14,368
SUB. - EVENTO	117,110	93,019	63,176	68%	24,091
SUB. - CAPITACIÓN	7,659	7,659	6,971	91%	0
PIC	83,204	83,204	65,485	79%	0
FFDS	19,037	16,361	3,861	24%	2,677
CONTRIBUTIVO	74,228	61,199	29,317	48%	13,029
SOAT - ECAT	7,770	4,930	1,232	25%	2,839
DEMASPAGADORES	40,668	39,433	20,231	51%	1,236
SUBTOTAL VIGENCIA	531,020	472,781	340,646	72%	58,239
CUENTA POR COBRAR			128,907		
SUBTOTAL VSS			128,907		
OTROS CONVENIOS DIFERENTES A VSS			15,713		
TOTAL INGRESOS	531,020	472,781	485,266		58,239

Fuente: Modulo de cartera-DGH.

Tabla 170 COMPORTAMIENTO DE GLOSAS EN LA VIGENCIA 2024, Cifras en millones de \$

ENTIDAD	GLOSA RECIBIDA ACUMULADA 2023 y 2024	GLOSA TRAMITADA 2024	PTE. POR CONTESTAR ACUMULADO DE LO RECIBIDO A 2024
CAPITAL SALUD EPS SAS - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	24,035	24,034	0
FONDO FINANCIERO DISTRITAL	7,921	7,921	0
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS	19,437	19,441	-4
NUEVA EPS	3,728	3,728	0
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S A S	4,962	4,962	0
CAJACOPI EPS	75	75	0
COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. S	8,807	8,779	28
SALUD TOTAL EPS	2,399	2,399	0

ENTIDAD	GLOSA RECIBIDA ACUMULADA 2023 y 2024	GLOSA TRAMITADA 2024	PTE. POR CONTESTAR ACUMULADO DE LO RECIBIDO A 2024
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	560	560	0
LA PREVISORA S.A.	499	499	0
MUNDIAL DE SEGUROS S.A.	963	922	41
PIJAOS SALUD EPSI	1,348	1,348	0
AXA COLPATRIA SEGUROS SA	431	431	0
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	148	148	0
LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA	36	36	0
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.	760	760	0
ADMIN DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GRAL DE SEGURIDAD SOCIAL	2,579	2,579	0
ASMET SALUD EPS SAS S	2,442	2,442	0
EMPRESA PROMOTORA DE SALUD ECOOPSOS EPS S.A.S C	5	5	0
EMSSANAR EPS	545	545	0
EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.	425	423	2
SEGUROS DEL ESTADO	70	70	0
SEGUROS BOLIVAR	380	380	0
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA	39	39	0
EEXCEP-UPSB	7	7	0
DEMÁS EPR	8,924	8,923	1
TOTAL	91,527	91,457	69

Fuente: Modulo de cartera-DGH

Para el mes de diciembre de 2024 se presenta un total de glosas recibidas por valor de \$8.790 millones que, sumado a lo recepcionado de enero a noviembre de 2024, da un total de glosa de \$91.436 millones y al incluir lo pendiente a diciembre de 2023, el valor de glosa inicial de 2024 asciende a \$91.527, de los cuales quedaron pendientes por tramitar \$69 millones

CONCLUSIÓN GESTIÓN DE RECAUDO

La Subred Norte, mediante Acuerdo de Junta Directiva No. 045 de 2018 adoptó el Manual de Gestión de Ingresos, el cual tiene como objetivo establecer los lineamientos para la recuperación de la cartera a través de la gestión de cobro persuasivo y cobro coactivo.

Para realizar seguimiento a las actividades correspondientes a cobro persuasivo y cobro coactivo establecidas en el Manual de Gestión de Ingresos, la Gerencia mediante Resolución No. 778 de 2022 crea el Comité de Gestión de Ingresos, el cual tiene como objetivo realizar seguimiento a los procesos de mercadeo, autorizaciones, facturación, cartera, glosas, devoluciones, cobro coactivo y cobro persuasivo, el cual se reúne una vez al mes para llevar a cabo los respectivos seguimientos.

Dentro de las actividades adelantadas por la entidad para la recuperación de la cartera se encuentran:

- Radicación de la facturación en los términos legales, adjuntando los soportes que permitan el reconocimiento de esta.

- Procesos de llamadas telefónicas y circularización permanente por conceptos como solicitud de pago de cartera, envío de estados de cartera, solicitudes para la asignación de citas y procesos de conciliación, solicitudes envío de soportes para aplicación de pagos, entre otros.
- Realización de procesos de cobro coactivo de acuerdo con la normatividad vigente y a los estados de cartera con sus respectivos soportes.
- Conciliación ante la Superintendencia de Salud ya sea por Circular No 030 o Mesas de flujos de recursos.

Frente a las entidades en liquidación es preciso señalar que, previa intervención o decisión de la Superintendencia de Salud para liquidación, la Subred Norte E.S.E ha generado los procesos de cobro respectivos en diferentes etapas como son el persuasivo, acuerdos de pago, coactivos y en algunos casos el embargo y que, por la situación propia de la entidad, al ser liquidadas cierran con cartera, por lo que nuestra entidad procede conforme a los actos de liquidación a su reclamación, solicitando calificación, graduación y exigibilidad del pago a partir de la normatividad aplicable.

Dentro de las gestiones más representativas del mes de diciembre de 2024, se encuentran las siguientes:

- Para el cierre de diciembre 2024 se realizó un nuevo análisis de deterioro de acuerdo con lo contemplado en el Manual de Gestión del Ingreso de la Subred Norte E.S.E, dando como resultado un total de \$250.122 millones, representando el 63% de la cartera neta, lo que implica una baja probabilidad de recuperación.
- Con corte a diciembre de 2024 la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, registró un recaudo de \$50.863 millones correspondientes a ventas de servicios de salud, presentando una disminución del 9% con respecto a lo registrado a noviembre de 2024, en total, para la vigencia 2024 se cuenta con un recaudo acumulado de \$485.266 millones.
- A este corte de la cartera liquida en proceso de cobro se obtuvo una rotación de la cartera de 59 días, frente al objetivo de 133 días de diciembre de 2020, lo que indica que los procesos y las actividades de cobro que se están adelantando al interior del Área, están generando un impacto positivo y una pronta recuperación de los valores facturados.
- Efectuado el análisis de la cartera con corte a diciembre 31 de 2024, se observa un saldo bruto por valor de \$435.015 millones y un saldo de neto de \$398.745 millones; al incluir lo correspondiente a saldos contables que se contabilizan en la cuenta 13, pero que no son parte de la gestión de cartera, el saldo neto de la cuenta se registra en \$401.459 millones, incrementando con respecto al saldo registrado a noviembre de 2024 el cual ascendía a \$391.315 millones.
- En cuanto a los giros pendientes por aplicar, se evidenció una disminución del 14% pasando de \$41.993 millones para septiembre de 2024 a \$36.269 millones para diciembre de 2024.
- Se confirma elaboración y radicación de las 7 entidades intervenidas en la jornada masiva de la Superintendencia de Salud siendo S.O.S, Alianza Medellín, Asmet, Famisanar, Emssanar, Nueva EPS y Sanitas por el monto de cartera radicada por

\$33.594 millones de los cuales se cuenta con valores libres para pago por \$31.768 millones.

- Para el mes de diciembre de 2024 se presenta un total de glosas recibidas por valor de \$8.790 millones, que sumado a lo recepcionado de enero a noviembre de 2024, da un total de glosa de \$91.436 millones y al incluir lo pendiente a diciembre de 2023, el valor de glosa inicial de 2024 asciende a \$91.527, de los cuales quedaron pendientes por tramitar \$69 millones.
- Continuamos con procesos de conciliación extrajudicial antes la Superintendencia Nacional de Salud buscando aumentar el reconocimiento y con mayor celeridad de la facturación devuelta, glosada o no reconocida por las EPS y se está implementando el inicio de procesos de conciliación jurisdiccional.
- Capital Salud EPS, registró una disminución en la cartera bruta del 7% pasando de \$37.095 millones a noviembre de 2024 a \$34.363 millones a diciembre de 2024; al descontar el valor de los pagos por aplicar que ascienden para este cierre a \$19.394 millones, se registra una cartera neta de \$14.968 millones, incrementado con respecto al saldo de cartera neta del cierre de noviembre 2024. Esta situación obedece principalmente a que, para el mes de noviembre la facturación pendiente por radicar a la entidad representa el 54% del total de cartera bruta, por otra parte, la EPS ha realizado durante los últimos meses anticipos al contrato de PGP y evento, los mismos se aplican en la medida en que Capital Salud entrega soporte, adicionalmente, se encuentra adelantando de forma conjunta con la Subred un plan de preauditoria a facturación generada previo a la radicación. Es importante mencionar que, el evento se encuentra cerrado con corte a 31 de octubre de 2024 y estamos en proceso de notificación glosa para conciliar a 31 de diciembre PGP y PYD, en cuando a la glosa administrativa se encuentra finalizada a la vigencia 2023 y de la vigencia 2024 se inicia conciliación de glosa administrativa en el mes de febrero 2025.
- Las atenciones a la población extranjera que no cuentan con aseguramiento a un régimen en salud se han facturado con cargo a irregulares de la SDS, sin embargo, los abonos realizados han sido mínimos frente al valor facturado: de una facturación a diciembre de 2024 de \$112.749 millones, se ha logrado el recaudo de \$97.062 millones y aceptación de glosas por \$3.154 millones, quedando un saldo pendiente de pago de \$12.544 millones, correspondiente al 11% del total facturado, persiste un saldo significativo por cancelar y la facturación continúa generándose con normalidad mensualmente.
- El FFDS registró un incremento en el saldo de cartera bruta de 36%, pasando de \$36.492 millones a noviembre de 2024 a \$49.524 millones para diciembre de 2024 (incluyendo la totalidad de la facturación generada al tercero, tanto venta como no venta); dicha variación obedece a que, a pesar de que, el FFDS realizó el pago parcial de lo facturado y reconocido por concepto de irregulares a septiembre 2024, persiste un saldo significativo por cancelar de esta población. Por otra parte, para el mes de diciembre se generó facturación por concepto de subvenciones por valor de \$16.025 millones, los cuales serán cancelados en enero de 2025, generando un impacto en el saldo de cartera.
- Frente a las glosas y devoluciones desde el área de cartera se vienen realizando

retroalimentaciones a los diferentes servicios y procesos con el objeto de mitigar el problema. Se aclara que las barreras de acceso por parte de las EPSS en el cumplimiento de las normas que rigen el tema también han sido comunicadas a los Entes de Control, así como las malas prácticas en la recepción de cuentas.

- Es relevante reconocer que el proceso de cartera y cuentas médicas siempre ha contado con el apoyo y seguimiento de la alta gerencia, lo que permite el fortalecimiento de este.

CUENTAS POR PAGAR-DICIEMBRE

A corte 31 de diciembre de 2024, las cuentas por pagar ascienden a la suma de \$104.658 millones, de las cuales \$56.631 millones corresponde a bienes y servicios (compras) con una participación dentro de las cuentas por pagar del 54%, \$46.082 millones a servicios (proveedores) con una participación del 44% y \$1.945 millones a otros conceptos con una participación del 2% que detalladamente corresponde al reconocimiento de los honorarios y la remuneración de servicios técnicos de los contratos de prestación de servicios, servicios públicos (acueducto y alcantarillado, aseo, energía, telefonía y/o conectividad), y honorarios de los miembros pertenecientes a la junta directiva.

Tabla 171 CUENTAS POR PAGAR A 31 DE DICIEMBRE DE 2024, Cifras en millones de \$

CONCEPTO	0 - 30	31 - 60	61 - 90	91 - 180	181 - 360	> a 361	TOTAL	%
BIENES Y SERVICIOS (COMPRAS)	7.847	4.359	5.541	11.132	13.043	14.710	56.631	54%
SERVICIOS (PROVEEDORES)	4.292	4.701	4.799	8.236	10.767	13.288	46.082	44%
OTROS CONCEPTOS	1.849	82	13	0	1	0	1.945	2%
Total general	13.988	9.142	10.352	19.368	23.810	27.998	104.658	
% Participación	13%	9%	10%	19%	23%	27%		

Fuente: Estado de cuentas por pagar – Dinámica gerencial módulo pagos

Las cuentas por pagar a corte 31 de diciembre de 2024 comparadas con el mes inmediatamente anterior, presentan un incremento en el rubro de bienes y servicios (compras) por valor de \$966 millones correspondiente al 2%, servicios (proveedores) una disminución por valor de \$-7.236 millones que corresponde al -14%, y otros conceptos una disminución por valor de \$-16.611 correspondiente al -90%. En su totalidad a corte 31 de diciembre de 2024, se presentó una variación por valor de \$-22.880 millones correspondiente al -18% con respecto al corte 30 de noviembre de 2024.

Dichas variaciones se encuentran representadas en:

- El pago de contratistas adscritos a la Subred mediante contrato de prestación de servicios correspondiente a servicios prestados en el mes de diciembre 2024 y meses anteriores, se realizó dentro del mes.
- Se ejecutaron recursos propios por gestión de cartera y resolución 1500 como fortalecimiento suscrito con la secretaria distrital de salud.

A corte a 31 de diciembre de 2024 la Subred Norte ESE registra cuentas por pagar a proveedores de bienes y servicios por valor de \$104.658 millones, comparativo al mismo corte del año inmediatamente anterior \$97.331 millones generando una variación positiva por valor de \$7.327 millones equivalente al 8%, las cuales se detallan así: Por concepto de proveedores de bienes corporales como medicamentos, material médico quirúrgico y otros elementos médicos se presenta un aumento por valor de \$9.329 millones lo que representa un incremento del 19%, por concepto de servicios prestados por proveedores un aumento por valor de \$11.825 millones que corresponde a un 35% de aumento esto debido al bajo flujo de efectivo con que cuenta la ESE al momento de cubrir los servicios prestados en el ejercicio de su rol prestador y otros concepto una disminución por valor de \$-13.737 lo que se traduce en un -88% lo que en parte se atribuye a la reducción del gasto administrativo establecido en el decreto 056 del 09 de febrero de 2024 emitido por el Alcalde Mayor de Bogotá D.C.

Tesoreria-diciembre

El recaudo del efectivo se realizó diariamente en las unidades de mayores ingresos como son Engativá, Chapinero, Suba y Simón Bolívar y cada 8 días en los centros de menor movimiento en cada una de las localidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte, el cual es programado en diferentes días de la semana, para la entrega a la transportadora de los dineros recaudados por concepto de los copagos de la entidad, Simón Bolívar, Engativá, Suba y Chapinero entregan diariamente a la transportadora. Se verifico que los valores trasladados a la caja principal son los mismos consignados en la entidad bancaria y los que se reportan en el sistema de información, permitiendo de esta manera mantener la información clara y las cifras exactas en materia de efectivo tanto en libros contables como en el banco. Para realizar el control y la respectiva consolidación se requiere la verificación diaria de cada una de las cajas que nos permiten tener la seguridad que no existan saldos ni que se presenten novedades, y de llegar a presentarse realizar las respectivas correcciones de manera oportuna.

Tabla 172 CAJAS POR CONCEPTO DICIEMBRE DE 2024, Cifras en millones de \$

CONCEPTO	CANT.	VALOR	OBSERVACIONES
CAJA PRINCIPAL	1	15	CAJA PRINCIPAL
CAJA MENOR	1	0	GASTOS CAJA MENOR
TOTAL	2	15	

Fuente reporte sivicof cb-0115: informe sobre recursos de tesorería diciembre 2024

Costos-noviembre.

La variación en el resultado operacional acumulado de la subred en el periodo enero a noviembre de 2024 frente al mismo periodo del año 2023, presenta una variación absoluta de \$33.841 millones equivalente al 99%, es decir, que la pérdida disminuyó en la presente vigencia, dada principalmente por el incremento en la venta de servicios y la suscripción de convenios interadministrativos operacionales que ascendió a \$66.263 millones,

equivalente al 15%. Con respecto a los elementos del costo acumulados a noviembre, comparados entre las vigencias 2023 y 2024, se observa un incremento de \$32.422 millones, correspondiente al 7%, donde se puede evidenciar que la variación más importante se encuentra en el aumento de los costos de personal por valor de \$34.038 millones propio del ajuste legal anual establecido y la contratación del personal de planta por dignificación laboral.

Tabla 173 RESULTADO OPERACIONAL DE ENERO A NOVIEMBRE 2023 Y 2024, Cifras en millones de \$

RESULTADO OPERACIONAL DE ENERO A NOVIEMBRE 2023 Y 2024				
CONCEPTOS	ENERO A NOVIEMBRE 2023	ENERO A NOVIEMBRE 2024	VARIACIONES 2024-2023	%
INGRESO OPERACIONAL	448.291	514.554	66.263	15%
ELEMENTOS DEL COSTO				
COSTOS DE PERSONAL	336.437	370.475	34.038	10%
INSUMOS HOSPITALARIOS	63.197	61.315	-1.882	-3%
COSTOS GENERALES	82.789	83.055	266	0,3%
TOTAL	482.423	514.845	32.422	7%
RESULTADO OPERACIONAL	-34.132	-291	33.841	-99%

Fuente: Estados Financieros noviembre 2023 y 2024

Informe de costos comparativo noviembre 2023 vs 2024.

Los ingresos operacionales correspondiente al mes de noviembre 2023 vs 2024 presentan un decrecimiento del 16%, equivalente a \$8.300 millones representados principalmente en venta de servicios y convenios operacionales.

Los costos del mes de noviembre de 2024 frente a la vigencia 2023 presentan una disminución del 4% equivalentes a \$2.108 millones, representada en la disminución de insumos hospitalarios (33%) y costos generales (12%), los cuales están explicados por las medidas de reducción de costos tomadas a partir del mes de junio de 2024, como parte de la estrategia de optimización de reorganización de las áreas administrativas y asistenciales. Realizando el análisis del resultado operacional del mes de noviembre de manera comparativa entre las vigencias 2024 y 2023, se puede observar que el margen operacional disminuyó en \$6.192 millones con respecto a noviembre de 2023, debido principalmente a la disminución en la facturación por venta de servicios.

Tabla 174 RESULTADO OPERACIONAL NOVIEMBRE 2023 Y 2024, Cifras en millones de \$

RESULTADO OPERACIONAL NOVIEMBRE 2023 Y 2024				
CONCEPTOS	NOV 2023	NOV 2024	VAR 2024-2023	%
INGRESO OPERACIONAL	51.189	42.889	-8.300	-16%
ELEMENTOS DEL COSTO				
COSTOS DE PERSONAL	32.173	33.349	1.175	4%
INSUMOS HOSPITALARIOS	6.935	4.650	-2.284	-33%
COSTOS GENERALES	8.132	7.134	-998	-12%
TOTAL	47.240	45.132	-2.108	-4%
RESULTADO OPERACIONAL 2023 VS 2024	3.949	-2.243	-6.192	-157%

Fuente: Estados Financieros noviembre 2023 y 2024

Aunque se observan variaciones que incrementan algunos recursos del costos tales como, personal de planta, con un incremento del 19%, contratos con terceros con incremento del 57%, comunicación con un 218%, energía 37%, gas 21%, podemos evidenciar que el total de costos del mes de noviembre de 2024 disminuyó frente al mismo periodo de la vigencia anterior en \$2.108 millones, equivalente al 4,5% generado principalmente por la disminución en los rubros de: Dispositivos médicos con el -10%, reactivos de diagnóstico -86%, otros elementos de consumo médico asistencial -71%, sangre y sus derivados 46%, arrendamiento 96%, combustibles y lubricantes 52% y elementos de oficina 52%.

Tabla 175 VARIACIÓN COSTOS DE PERSONAL CONTRATO DIRECTO OPS, Cifras en millones de \$

VARIACIÓN COSTOS DE PERSONAL CONTRATO DIRECTO OPS				
MES	PERIODO 2023	PERIODO 2024	VARIACIONES 2024-2023	%
Enero	18.024	21.244	3.220	18%
Febrero	18.058	22.185	4.127	23%
Marzo	21.492	22.086	595	3%
Abril	20.798	22.084	1.286	6%
Mayo	22.732	21.550	-1.183	-5%
Junio	21.628	20.332	-1.296	-6%
Julio	21.881	20.634	-1.247	-6%
Agosto	21.921	18.897	-3.023	-14%
Septiembre	21.853	18.921	-2.932	-13%
Octubre	22.212	16.502	-5.710	-26%
Noviembre	22.087	21.093	-994	-4%
TOTAL OPS	232.685	204.434	-6.165	-2,65%

Fuente: Estados Financieros noviembre 2023 y 2024

Los incrementos en algunos recursos se deben en parte a la acumulación de facturas de periodos anteriores por parte de los supervisores de contrato, adicionalmente el área de costos a aunado esfuerzos por registrar las provisiones correspondientes a los costos o gastos del mes, también, se debe tener en cuenta que el costo esta dado por el despacho y suministro a paciente por lo cual si en algún periodo no se cuenta con inventarios disponibles en el momento en que se despachan se hace de manera masiva por los requerimientos que no se pudieron atender cuando no había el suministro por lo que es comprensible algunas de estas variaciones y la disminución en algunos costos se genera principalmente por las estrategias de reducción de turnos como en vigilancia y aseo.

El aumento del recurso de mano de obra de planta esta explicado por el incremento porcentual al personal de planta por cambio de vigencia. Para el caso del comparativo mes a mes durante las vigencias 2024 versus 2023 de contrato directo de personal de OPS, se observa una disminución general acumulada a noviembre de 2024 por valor de \$ 6.165 millones, producto de las medidas de reducción de los costos y los gastos,

durante el último semestre del año 2024, se nota una reducción importante en el costo y gasto de contratos de prestación de servicios de manera acumulada por personal asistencial y administrativo equivalente al 2,65% total.

CONTABILIDAD-NOVIEMBRE.

ESTADO DE LA SITUACIÓN FINANCIERA:

A continuación, se presentan los Estados Financieros de las vigencias 2023 y 2024 con fecha de corte noviembre 30 y se detalla el análisis comparativo, de la vigencia 2023, con respecto al mismo periodo de la vigencia 2024 de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

Tabla 176 COMPORTAMIENTO COMPARATIVO VIGENCIAS NOVIEMBRE 2023 VS NOVIEMBRE 2024
Cifras en millones de \$

CODIGO	CONCEPTO	NOVIEMBRE	NOVIEMBRE	VARIACION (\$)	VARIACION (%)
		2023	2024		
1	ACTIVO	719,260	717,955	-1,305	0%
2	PASIVO	231,027	222,874	-8,153	-4%
3	PATRIMONIO	488,233	495,081	6,848	1%

Fuente: Estados Financieros a noviembre 2023-2024

De acuerdo con análisis comparativo realizado con corte a noviembre 30 de la vigencia 2023, frente al mismo periodo de la vigencia 2024, podemos evidenciar en el Estado de Situación Financiera, que, en el grupo del activo, se presenta una disminución de \$1.305 millones equivalente al 0.18% representada principalmente en la disminución del efectivo; se registra una disminución en el pasivo por valor de \$8.153 millones equivalente al 4% generado principalmente por el aumento en las cuentas por pagar; por último, se registra un aumento en el patrimonio por valor de \$6.848 millones, equivalente al 1%, donde el rubro más representativo en este grupo está dado por la cuenta de resultado de ejercicios anteriores.

Activo

En este grupo encontramos los bienes y derechos tangibles e intangibles que posee la Subred Norte E.S.E., con corte a noviembre 30 de 2024, el activo registra la suma de \$717.955 millones.

El comportamiento del activo total con corte a noviembre 30 de 2024 con respecto al mismo periodo de la vigencia 2023, presentó una disminución de \$1.305 millones equivalente al 0.18%, distribuido así: disminución en el grupo de efectivo, por valor de \$4.416 millones correspondiente al 11%, debido a cumplimiento de pagos, para el desarrollo de las funciones de cometido estatal de la Subred Norte, al reintegro de recursos por concepto de convenios no ejecutados y por la ejecución de los gastos en desarrollo de los convenios suscritos por la Subred.

Se presenta un aumento en las cuentas por cobrar por valor de \$8.805 millones correspondiente a 6%, debido a la cesión de pagos de irregulares por parte del FFDS, suscripción de pagarés a particulares, falta de oportunidad en los pagos por parte de las

entidades, dificultad en el proceso de conciliación para la elaboración de acuerdos de pago, a la devolución de la facturación radicada, aumento en la facturación y a la entrada en estado de intervención forzosa de algunas EPS, por parte de la Supersalud, informe que se puede ver detallado en el componente de cartera, de igual manera desde la Dirección financiera y las áreas intervinientes en la gestión de recuperación de lo adeudado, adelantan todas las acciones posibles y acercamientos con las entidades.

Aumento en los inventarios por valor de \$715 millones correspondientes al 10%, en razón al ajuste de cifras en el plan de compras (adquisición) y en atención al ejercicio de contención del gasto. Disminución en la propiedad planta y equipo por valor de \$6.726 correspondientes al 1.3%, debido a ejecución plan de compras y depuración. Disminución de los otros activos por valor de \$316 millones correspondientes al 4%, debido al proceso de amortización de las pólizas de seguros, pago de cesantías.

Pasivo

Esta clase registra el valor de las obligaciones que tiene la Subred Norte E.S.E a favor de terceros, tales como: cuentas por pagar por adquisición de bienes y servicios, acreedores, impuestos, anticipos recibidos, ingresos recibidos por anticipado, obligaciones laborales, pasivos estimados y obligaciones contingentes, entre otros, a consecuencia del desarrollo de su objeto social, como lo es la prestación de los servicios de salud. Al cierre del mes noviembre de 2024 el pasivo disminuye a \$222.874 millones, compuesto contablemente de la siguiente manera:

El comportamiento del pasivo total con corte a noviembre 30 de 2023 con respecto al mismo periodo de la vigencia 2024, presentó una disminución total de \$8.153 millones equivalente al 4%.

Patrimonio

Representa el valor de los recursos reclasificados de los resultados obtenidos por la empresa, con el fin de satisfacer requerimientos legales o estatutarios, o fines específicos y justificados.

De acuerdo con el cuadro comparativo anterior, se observa un aumento total del patrimonio por un valor de \$6.848 millones correspondiente al 1%; el patrimonio de la vigencia 2023 registra un valor de \$488.233 millones, frente al patrimonio de la vigencia 2024, en el mismo periodo de corte que registra la suma de \$495.081 millones, este aumento, obedece principalmente a la variación en la cuenta de resultados del ejercicio con relación a la vigencia 2023, en específico por restitución del predio de san Fernando, registro de movimientos correspondientes a gastos y recuperaciones de vigencias anteriores.

ESTADO DE RESULTADO INTEGRAL NOVIEMBRE 2023 VS 2024.

OTROS PAGADORES – CONVENIOS/CONTRATOS: En este ítem se encuentra la facturación de ARL, Seguros de Vida, Prepagadas, Entes territoriales, FDL – UEL, IPS

privadas, Adres, Convenios Docente Asistenciales, Particulares y los contratos suscritos con las otras entidades del distrito por prestación de servicios de salud ocupacionales, se presenta aumento del 3% en comparación al año 2023, esto debido a la demanda espontánea y demanda inducida de los diferentes pagadores.

Tabla 177 ESTADO DE RESULTADO INTEGRAL NOVIEMBRE 2023 VS 2024, Cifras en millones de \$

INGRESOS							
CODIGO	NOMBRE	NOVIEMBRE2023	% PART	NOVIEMBRE2024	% PART	VAR \$	VAR %
43	VENTA DE SERVICIOS	446,837	89%	484,549	94%	37,712	8%
44	TRANSFERENCIAS Y SUBVENCIONES	52,820	11%	30,005	6%	-22,815	-43%
INGRESOS OPERACIONALES		499,657	100%	514,554	100%	14,897	3%
COSTOS DE OPERACIÓN							
63	COSTOS VENTA SERVICIOS DE SALUD	463,253	100%	447,382	100%	-15,872	-3%
COSTOS DE OPERACIÓN		463,253	100%	447,382	100%	-15,872	-3%
UTILIDAD BRUTA		36,403		67,172		30,769	85%
GASTOS ADMINISTRATIVOS							
51	ADMINISTRACIÓN	66,795	65%	61,982	67%	-4,813	-7%
53	DETERIORO, AMORTIZACIÓN, DEPRECIACIÓN Y PROVISIÓN	36,108	35%	31,003	33%	-5,104	-14%
GASTOS ADMINISTRATIVOS		102,902	100%	92,986	100%	-9,917	-10%
UTILIDAD O PERDIDA OPERACIONAL		-66,499		-25,813		40,686	-61%
OTROS INGRESOS Y GASTOS							
44	TRANSFERENCIAS Y SUBVENCIONES	27,863	227%	43,145	223%	15,282	55%
48	OTROS INGRESOS	8,658	71%	9,227	48%	569	7%
58	OTROS GASTOS	-24,255	-198%	-33,064	-171%	-8,809	36%
TOTAL OTROS INGRESOS Y GASTOS		12,266	100%	19,308	100%	7,042	57%
RESULTADO NETO DEL EJERCICIO		-54,233		-6,505		47,728	-88%

Fuente: Estados Financieros a noviembre 2023-2024

Dentro del grupo contable de ingresos se encuentran registrados los conceptos por: Venta por prestación de servicios de salud, subvenciones, y otros ingresos por concepto de fotocopias, rendimientos financieros, arrendamientos, rendimientos fondos de cesantías, aprovechamientos por recuperación, por provisión, entre otros.

De acuerdo con el cuadro anterior se observa un incremento en el total de los ingresos operacionales, por valor de \$14.897, a noviembre 30 de la vigencia 2024 se registra el valor de \$484.549 millones, con respecto al mismo corte de la vigencia anterior 2023, que registraba la suma de \$446.837 millones, determinado principalmente por la venta de

servicios de salud, el aumento en la facturación de los servicios ambulatorios consulta externa otras actividades, y servicios PGP.

Los costos de la operación, al cierre del mes de noviembre 30 de 2024 fueron de \$447.382 disminuyeron en \$15.872 millones frente a noviembre de 2023 con la suma de \$463.253 millones, representando una disminución del 3%. Los ingresos menos los costos generan una utilidad bruta de \$36.403 millones en la vigencia 2023, la cual aumento en \$30.769 millones con respecto a la vigencia 2024, que presenta utilidad de \$67.172 millones.

Los gastos administrativos disminuyeron en un 10%, pasando de \$102.902 millones en la vigencia 2023 a \$92.986 millones para la vigencia 2024, con una variación de \$9.917, siendo los rubros más representativos; disminución servicio de vigilancia y aseo, deterioro de cuentas por cobrar y provisión de litigios.

Tabla 178 **INDICADORES FINANCIEROS**

	NOV-23	NOV-24	DESCRIPCION
INDICE DE LIQUIDEZ	0.9	1.0	La Subred Norte ESE al cierre del mes de noviembre de 2024, por cada peso que adeuda posee 1 pesos para pagar o respaldar la totalidad de la deuda a corto plazo. Con respecto a la vigencia anterior el resultado de este indicador presenta un resultado superior debido a la disminución del pasivo corriente del 9%.
ACTIVO CORRIENTE / PASIVO CORRIENTE			
PRUEBA ACIDA	0.9	1.0	Por cada peso que adeuda la Subred Norte ESE dispone de 1 pesos para cubrirlo, es decir, tiene la capacidad de pagar la totalidad de sus pasivos a corto plazo sin vender sus mercancías. Con base en el comportamiento comparativo entre vigencias el indicador presente un mejor resultado debido a que el pasivo corriente registro una disminución del 9%
(ACTIVO CORRIENTE - INVENTARIOS) / PASIVO CORRIENTE			
NIVEL DE ENDEUDAMIENTO	32%	31%	Este indicador al cierre de noviembre presenta un resultado inferior con respecto a la vigencia inmediatamente anterior debido a la disminución del activo en 0,18% y la disminución del pasivo en 4%
(TOTAL PASIVO / TOTAL ACTIVO) * 100			

Fuente: Estados Financieros a noviembre 2023-2024

En general la operación de la Subred Norte ESE, se ha venido desarrollando conforme a las erogaciones o gastos propios de la gestión, en aras de cumplir con eficiencia y calidad con el objeto social de la institución, que es la prestación de servicios de salud, situación que se ha venido impactado de manera directa, con la situación actual que viene afrontando el sector salud.

Las operaciones contables se concilian mensualmente con cada una de las áreas generadoras y responsables de la información, tanto a nivel de movimientos como de saldos, acompañados por sus respectivos soportes documentales de custodia por cada una de las áreas generadoras de la información, en cumplimiento a lo señalado en la Resolución 193 de 2016 de la CGN.

En cuanto a las provisiones de los registros contables, que figuran en los Estados Financieros, en cuanto a los litigios y procesos jurídicos, corresponde a lo reportado en

el sistema SIPROJ WEB, de acuerdo con la calificación de los procesos por el área jurídica. Conciliación efectuada de manera trimestral con la oficina jurídica, con la calificación del contingente judicial y con lo establecido en la Resolución 421 de 2023 procedimiento procesos judiciales.

La Subred Norte ESE, ha venido llevando a cabo gestiones administrativas, para la optimización de los recursos, y reducción de gastos como la disminución y redistribución de la mano de obra en los diferentes procesos de la institución, política de cero papeles, uso racional de los servicios públicos, control de los gastos fijos, entre otras acciones.

SARLAFT/PADM/SICOF-DICIEMBRE

El Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos, Financiación del terrorismo SARLAFT, proliferación de armas de destrucción masiva PADM, Sistema Corrupción, opacidad y fraude SICOF es el sistema de prevención y control que deben implementar los vigilados¹, quienes deberán adoptar políticas, procedimientos y herramientas mínimas que contemplen todas las actividades que realizan en desarrollo de su objeto social y que se ajusten a las características de cada agente vigilado.

La Subred Norte ESE, cuenta con los procedimientos y metodologías para que la entidad esté protegida de ser utilizada en forma directa, a través de sus administradores, vinculados o contrapartes, como instrumento para el lavado u ocultamiento de activos, provenientes de dichas actividades, hacia la financiación de actividades terroristas, actividades de corrupción, opacidad o fraude.

En este sentido, la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, a través del *MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO SARLAFT PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA-PADM Y SISTEMA DE CORRUPCIÓN OPACIDAD Y FRAUDESICOF*, aprobado por la Junta Directiva, a través del Acuerdo 031-2022. Está comprometida en colaborar armónicamente con las demás entidades del Estado, en la generación de procedimientos de prevención y detección de estos delitos y los subyacentes, a través de una metodología de medición, evaluación y control del riesgo inherente a los mismos.

Informes entregados por la oficial de cumplimiento

¹ ... (1) Vigilados: *Agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) vigilados por la Superintendencia Nacional de Salud, en particular a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo y subsidiado, a las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) públicas y privadas de los grupos C1, C2 y D1 definidos en la Circular Externa 018 de Septiembre de 2015 y normas que la modifiquen o sustituyan, a las Empresas de Medicina Prepagada y a las entidades que prestan Servicios de Ambulancia Prepagada.*

- **Junta Directiva:** Informe de Gestión Vigencia 2022 a 2024 SARLAFT/PADM/SICOF.
- **Junta Directiva:** Informe vigencia 2024.
- **Unidad de Análisis de Información Financiera – UIAF (mensual),** correspondiente a la vigencia 2024 según los siguientes reportes: (ver tabla No. 1).

De acuerdo a lo registrado en la tabla anterior, para el periodo en mención, la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE ha cumplido con la presentación mensual del total de los informes requeridos por la Unidad de Información de Análisis Financiero (UIAF).

- **Evaluación SARLAFT procesos contractuales:**

En atención al cumplimiento del riesgo No.001 descrito en el mapa de riesgos anticorrupción “Configurar la posibilidad de contratar con personas naturales o jurídicas que se encuentran en listas restrictivas o de control, o en procesos administrativos o judiciales asociados al lavado de activos, financiación del terrorismo o delitos conexos con los mismos”

Procesos contractuales:

Para la vigencia 2024, de acuerdo a las solicitudes de la Dirección de Contratación, se han realizado las siguientes evaluaciones, así:

Tabla 179 Relación de verificaciones SARLAFT procesos contractuales, Vigencia 2024

MES	PROCESOS CONTRATACIÓN VIGENCIA 2024	NÚMERO DE REGISTROS CONSULTADOS
ENERO	5	59
FEBRERO	11	152
MARZO	9	55
ABRIL	9	79
MAYO	15	138
JUNIO	15	219
JULIO	9	281
AGOSTO	8	289
SEPTIEMBRE	22	614
OCTUBRE	19	248
NOVIEMBRE	5	65
DICIEMBRE	10	82
TOTAL	137	2281

Fuente: SISTEMA DE INFORMACIÓN AML RISK / ÁREA SARLAFT. 03-01-2025

Acciones realizadas

- Verificación y seguimiento de la herramienta de consulta AML RISK, lista de chequeo a los compromisos previstos en el objeto del contrato. particularmente, frente a la segmentación por factores de riesgo y determinación de factores de riesgo y

determinación de perfiles de riesgo de clientes, proveedores, empleados y contratistas por OPS. calculando el perfil de Riesgo.

- Se solicita prórroga y adición al contrato con el proveedor hasta el mes de junio de 2025.
- En el mes de abril de la presente vigencia se realizó la actualización del material publicado para la inducción MOODLE, incluyendo los componentes de Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (PADM) y el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF).
- En el mes de noviembre de la presente vigencia se realizó la actualización del material publicado para la reinducción MOODLE, incluyendo los componentes de Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (PADM) y el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF).

Abordaje conclusivo

- Durante la vigencia 2024 se llevó a cabo el reporte a la Unidad de Información de Análisis Financiero UIAF, del 100% de los informes generados en la Subred Norte ESE, dando cumplimiento a la normatividad vigente.
- Se da inicio en el segundo semestre de 2024 a las capacitaciones presenciales y virtuales a las diferentes áreas de la Subred Norte.
- Se realizó la entrega y presentación oportuna del 100% de los informes, evaluaciones, reportes y consultas propias del SARLAFT/ PADM/SICOF, a los entes de control, Junta Directiva y Dirección de contratación.
- Se efectuó al 100% de manera trimestral el seguimiento oportuno a los riesgos en la matriz anticorrupción, entregando los informes y soportes correspondientes.
- Se realizó la inclusión de los componentes de Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (PADM) y el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF) en la inducción y reinducción institucional de MOODLE, en el mes de abril y noviembre de 2024.
- Se realizó un plan de mejoramiento de acuerdo a la auditoría realizada por Control Interno con relación a la vigencia 2023, y se dio cumplimiento al 100% de las acciones establecidas.
- Se da cumplimiento a la asistencia a los comités de Oficiales de Cumplimiento de la Red Distrital y la Red del sector Salud, cumpliendo con el 100% de la participación.

LOGROS

- Cumplimiento del 99% en el cierre oportuno de los ingresos abiertos, correspondientes a servicios prestados con orden de salida.
- Cumplimiento del 97% en la facturación radicada de la vigencia 2024.
- Para el área de Tesorería se realizó conciliación y seguimiento de los convenios en su totalidad de 34 cuentas, se viene realizando gestión de 6 cuentas que se encuentran en depuración con información solicitada en la SDS, al interior de la

Subred no se cuenta con información.

- Desde Tesorería se realizó reorganización de actividades de cada uno de los colaboradores optimizando los tiempos especialmente del personal que está en otras unidades.
- Desde costos de manera mensual se solicita a las Áreas y Direcciones el censo de personal de contrato y de planta, tanto administrativo como asistencial desde el mes de septiembre, con el fin de darle confiabilidad a la información de los costos de personal en cada uno de los servicios que presta la Subred.
- Se está aplicando de la normatividad contable y tributaria a los registros de los hechos económicos efectuados desde las áreas de cuentas por pagar y almacén general.
- Los registros de los honorarios y/o remuneración servicios técnicos de los contratistas adscritos a la Subred Norte ESE mediante contrato de prestación de servicios se registran a las cuentas contables y centro de costos reales, dejando atrás la praxis de registrar a una sola cuenta contable por distribuir y aun centro de costo único minimizando el reproceso en el área de costos.
- Con corte a 30 de noviembre la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, registró un recaudo de \$55.977 millones correspondientes a ventas de servicios de salud, presentando un incremento del 56% con respecto a lo registrado a octubre de 2024, en total, para la vigencia 2024 se cuenta con un recaudo acumulado de \$443.403 millones.
- A este corte de la cartera liquida en proceso de cobro se obtuvo una rotación de la cartera de 58 días, frente al objetivo de 133 días de diciembre de 2020, lo que indica que los procesos y las actividades de cobro que se están adelantando al interior del Área, están generando un impacto positivo y una pronta recuperación de los valores facturados.
- Efectuado el análisis de la cartera con corte a noviembre 30 de 2024, se observa un saldo bruto por valor de \$430.591 millones y un saldo de neto de \$388.598 millones; al incluir lo correspondiente a saldos contables que se contabilizan en la cuenta 13, pero que no son parte de la gestión de cartera, el saldo neto de la cuenta se registra en \$391.315 millones, disminuyendo con respecto al saldo registrado a octubre de 2024 el cual ascendía a \$404.417 millones.
- Para el mes de noviembre de 2024 se presenta un total de glosas recibidas por valor de \$8.072 millones, que, sumado a lo registrado a octubre de 2024, da un total de glosa recepcionada \$82.737 millones, de los cuales quedaron pendientes por tramitar \$368 millones, resaltando que a pesar del volumen se vienen gestionando.
- Continuamos con procesos de conciliación extrajudicial antes la Superintendencia Nacional de Salud buscando aumentar el reconocimiento y con mayor celeridad de la facturación devuelta, glosada o no reconocida por las EPS y se está implementando el inicio de procesos de conciliación jurisdiccional.
- Capital Salud EPS, registró un incremento en la cartera bruta del 3% pasando de \$35.980 millones a octubre de 2024 a \$37.095 millones para noviembre de 2024; al descontar el valor de los pagos por aplicar que ascienden para este

- cierre a \$23.389 millones, se registra una cartera neta de \$13.706 millones, incrementado con respecto al saldo de cartera neta del cierre de octubre 2024.
- Para el cierre de septiembre 2024 se realizó un nuevo análisis de deterioro de acuerdo con lo contemplado en el Manual de Gestión del Ingreso de la Subred Norte E.S.E, dando como resultado un total de \$242.123 millones, que para noviembre de 2024 varió a \$241.424 millones (sin incluir el deterioro de los saldos contables), en resumen, el 60.10% de la cartera neta está deteriorada, lo que implica una baja probabilidad de recuperación.
 - Diseño de plan de depuración en seguimiento en Comité de sostenibilidad a partir de hallazgos detectados en el proceso de facturación y especialmente en la notificación de glosas y devoluciones por mayor valor facturado.
 - Se confirma elaboración y radicación de las 9 entidades intervenidas a través de Conciliación extrajudicial ante la Superintendencia de Salud, para las entidades S.O.S, Alianza Medellín, Asmet, Famisanar, Emssanar, Nueva EPS, Sanitas, Capresoca y Coosalud por el monto de cartera radicada con corte a 31 de octubre de 2024 por \$67.161 millones, así como también Cundinamarca por \$4.775 y Cajacopi por \$7.103 millones.
 - Fortalecimiento del Comité de sostenibilidad contable, en cuanto al manejo de la información financiera, actualización de la Resolución del Comité. Este año, se han realizado 6 reuniones del Comité Técnico de Sostenibilidad Contable. Como parte de las acciones de mejora implementadas, se ha decidido aumentar la frecuencia de las reuniones, pasando de ser bimestral a mensual. Esta medida responde al proceso de depuración contable que la entidad está llevando a cabo, en cumplimiento con la Resolución 193 de 2016, con el fin de asegurar una correcta y oportuna gestión contable.
 - Disminución de los gastos operativos de la Subred
 - Disminución de la pérdida frente a la vigencia anterior.
 - Incremento en el nivel de controles financieros y entrega de informes, que ayudan a la toma de decisiones y detección de errores u omisiones en la información financiera.
 - Actualmente, se está llevando a cabo el proceso de depuración de los procesos jurídicos. Para ello, se han establecido mesas de trabajo con el área jurídica, con el objetivo de desarrollar un instructivo o procedimiento que permita la correcta evaluación de los procesos judiciales en el sistema SIPROJ.
 - Cuanto, a la disposición del talento humano, pese a la disminución del 50%, se han atendido los compromisos en la entrega de informes, asistencia a la mesa técnica de contabilidad que se adelanta con la SDS. Así mismo la asistencia a las diferentes mesas en las cuales ha sido convocada el área de contabilidad.

DIFICULTADES.

- Parametrización del sistema de información en el área de Cuentas por pagar.
- Obsolescencia en la Infraestructura tecnológica (equipos de cómputo, impresoras,

escanear)

- Canales de transferencia de comunicación insuficientes (internet).

RETOS.

- Habilitar el recorrido de parte de la transportadora en todos los puntos de la Subred, actualmente solo tenemos este servicio en Engativá, Simón Bolívar, Chapinero y Suba, el resto de las unidades tres personas de planta realizan el recorrido en carros de la Subred.
- Parametrización del el Módulo de Costos en el Sistema Dinámica de la Subred Norte con el propósito de que los costos y gastos sean distribuidos desde el módulo y que este pueda generar informe anexo 4 en asignación primaria, primera, segunda y tercera distribución.
- Realizar la depuración de las partidas susceptibles de depuración incluidas en el estado de cuentas por pagar.
- Cumplir con el 98% de radicación de la vigencia 2024.
- Cumplimiento del 100% del cierre de ingresos pendientes por facturar de la vigencia 2024.
- Realizar una depuración contable efectiva y oportuna.

3.2. GESTIÓN JURÍDICA.

La Oficina Jurídica de la Subred Integrada de Servicios de salud Norte E.S.E., es la encargada de llevar a cabo la defensa prejudicial, judicial y extrajudicial de la entidad, como también la asesoría Jurídica a las distintas áreas de la entidad, para lograr lo anteriormente dicho se debe hacer un constante seguimiento a las gestiones realizadas por los Abogados encargados de los distintos procesos.

Dichos procesos se segregan en Defensa Judicial, Acciones de tutela y Asesoría a las demás dependencias de la Subred Integrada de Servicios de salud Norte E.S.E., en atención a estos procesos, para la vigencia 2024 se pueden evidenciar los siguientes logros.

LOGROS

Se llevó a cabo un constante seguimiento para la correcta calificación del contingente judicial, para lo cual debe ser calificado el 100% de los procesos en contra de la Subred Norte E.S.E., y que se apertura por trimestres, siendo cuatro (4) las calificaciones que deben realizar los abogados de Defensa Judicial por cada proceso que tenga a su cargo al año, gracias a esto, para la vigencia 2024, se logró el 100% del cumplimiento al Plan Operativo Anual (**POA**) por parte de la Oficina Jurídica.



The screenshot shows the SIPROJ DC web application interface. At the top, it displays the user name 'CASTELLANOS DURANGO VICTOR FABIAN' and the entity 'SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.'. The main heading is 'Reporte de Seguimiento a las Calificaciones'. Below this, there is a search bar with 'Entidad: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.' selected. A search button and a menu button are visible. The results section shows 'Número Total de registros encontrados: 1' and a table with the following data:

Entidad	Calif	Cant
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.	Calificado	511

Fuente: Sistema de Información de Procesos Judiciales (SIPROJ WEB)

Por parte de los Abogados de Defensa Judicial, se presentó el 100% de las fichas ante el comité de conciliación el cual para la vigencia 2024, se reunió 2 veces al mes, en aras de emitir concepto favorable o desfavorable respecto a las solicitudes de conciliación que llegaron desde la Procuraduría General de la Nación.

Para la vigencia 2024 respecto a acciones de tutela, no hubo ninguna sanción que prosperara, dirigida a la representante legal de la Subred Integrada de Servicios de salud Norte E.S.E., en atención a algún desacato por incumplimiento a fallo judicial.

Participamos en la elaboración del nuevo Manual de Gestión de los Ingresos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. el cual fue aprobado por acuerdo en el segundo semestre de año 2024.

Participamos en las modificaciones al nuevo Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. el cual fue publicado en el año 2024.

Se dio respuesta al 100% de los conceptos solicitados por otras Jefaturas a la Oficina Jurídica en el año 2024.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

- Desde la Oficina Jurídica se llevarán a cabo retroalimentaciones tanto presenciales como por medio digital, de las distintas modificaciones y actualizaciones de la normatividad vigente.
- Apropiación a los empleados y contratistas en temas de calidad.

3.3. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN.

COMPONENTE DE GESTIÓN

La gestión de los contratos celebrados por la Subred Norte ESE se realizó de manera electrónica en un 100%, mediante el Sistema Electrónico de Contratación Pública (SECOP II), dando cumplimiento a las fases pre contractual, contractual y post contractual y siguiendo los lineamientos normativos correspondientes. Durante el periodo se fortalecieron las competencias a los supervisores de contrato con el fin de fomentar una gestión contractual idónea con y competente que permite desarrollar una gestión contractual, mediante jornadas de capacitación y socialización de manuales, formatos y documentos obteniendo una apropiación del conocimiento del 100 %.

COMPONENTE DE CONTRATACIÓN:

Relación y estado de los diferentes procesos de contratación:

La Dirección de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, desarrolla la gestión contractual mediante dos subprocesos, contratación por orden de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión (**CPS**) y la contratación de bienes y servicios (**BYS**), bajo los lineamientos normativos, legales vigentes, aplicando las fases precontractual, contractual y post contractual mediante el Sistema Electrónico de Contratación pública (SECOP II).

SUBPROCESO DE CONTRATACION POR PRESTACION DE SERVICIOS

Para la vigencia 2024, a corte de 31 de diciembre para los servicios asistenciales, administrativos y lo que corresponde al plan de intervenciones colectivas PSPIC suscrito con la Secretaria Distrital de Salud los contratos vigentes a la fecha de corte son 4491. A continuación, se presenta el número de contratos vigentes para cada mes de la vigencia 2024.

Tabla 180 Contratos Vigentes a corte de cada periodo del 2024 y valores por rubro presupuestal

PERIODO	CONTRATOS VIGENTES	VALOR POR RUBRO			
		CSAG	PIC	HON	RST
ENERO	5834	16.047.012.938	5.303.039.262	1.060.403.422	1.389.940.058
FEBRERO	5490	15.582.652.846	5.111.826.076	1.050.049.904	1.312.139.274
MARZO	5608	15.937.973.430	5.182.540.430	1.084.438.888	1.337.946.698
ABRIL	5456	15.554.953.347	5.142.828.801	1.045.397.073	1.300.645.331
MAYO	5508	15.826.197.501	5.120.564.044	1.013.076.037	1.309.889.178
JUNIO	5066	15.282.904.526	4.220.423.130	1.024.042.737	1.251.820.343
JULIO	4808	14.640.613.955	4.177.970.947	855.166.016	1.119.446.295
AGOSTO	4682	14.562.528.744	4.119.525.602	703.923.640	942.453.463
SEPTIEMBRE	4593	14.331.163.820	4.027.775.513	705.078.443	931.462.879
OCTUBRE	4489	14.192.276.414	3.851.541.318	720.371.659	946.013.135
NOVIEMBRE	4611	14.035.704.659	4.363.630.259	723.043.127	959.935.623
DICIEMBRE	4491	13.766.942.677	4.407.624.713	726.674.476	953.006.174

Fuente: Base de datos Numeración CPS 2024

SUBPROCESO DE BIENES Y SERVICIOS

El subproceso de bienes y servicios realiza la contratación de los bienes, insumos y servicios necesarios para el adecuado funcionamiento y prestación de servicios.

Tabla 181 Contratos suscritos de bienes y servicios por modalidad, enero a diciembre 2024

MODALIDAD	CANTIDAD
1. CONTRATACIÓN DIRECTA	25
2. ÓRDEN DE COMPRA	38
3. CONVOCATORIAS PUBLICAS	8
4. INVITACIÓN A COTIZAR	126
5. EGAT	6
TOTAL	203

Fuente: Base de datos BYS – Dirección de contratación

Entidad de Gestión Administrativa y Técnica -EGAT

Durante la vigencia 2024, en cumplimiento de lo estipulado en Acuerdo Marco con el EGAT, las partes celebraron los siguientes Acuerdos de Adhesión:

- 010-2024 - EGAT: "ADQUISICIÓN DE EQUIPOS BIOMEDICOS Y MOBILIARIO NECESARIO PARA LA DOTACION DE CAPS DE VERBENAL PARA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E" - TERMINADO

- 011-2024 - EGAT: "ADQUISICIÓN DE EQUIPOS BIOMEDICOS Y MOBILIARIO NECESARIO PARA LA DOTACION DE CAPS DE VERBENAL PARA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E" - TERMINADO
- 012-2024- EGAT: "ADQUISICIÓN DE EQUIPOS BIOMEDICOS Y MOBILIARIO NECESARIO PARA LA DOTACION DE CAPS DE VERBENAL PARA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E" – TERMINADO
- 033-2024 - EGAT: "SERVICIO DE LAVANDERÍA Y DESINFECCIÓN DE PRENDAS HOSPITALARIAS CLASIFICACIÓN POR GRADO DE SUCIEDAD EMPAQUE, TRANSPORTE, LAVADO, DESINFECCIÓN DE PRENDAS CONTAMINADAS Y/O INFECCION CONTAGIOSA, SECADO, PLANCHADO, CLASIFICACIÓN, EMPAQUE Y DISTRIBUCIÓN DE ROPA SEGUN REQUERIMIENTOS DE LAS SUBREDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E." - EN EJECUCIÓN.

LIQUIDACION DE CONTRATOS

Durante la vigencia 2024 se realizó la gestión pertinente para la liquidación de los contratos, a corte de 30 de diciembre se encuentran liquidados 146.

IMPACTOS GENERADOS

- Mensualmente se publican los contratos nuevos celebrados por la Institución en la plataforma SECOP.

DIFICULTADES

- Insuficiencia de presupuesto para realizar contratos con abarquen periodos de tiempo superiores a un mes.

RETOS - FORTALEZAS GERENCIALES EN LA GESTION DE LA ENTIDAD

- Actualización de estatuto y manual de contratación.
- Fortalecer las competencias dentro los retos gerenciales.
- Expedientes contractuales Híbridos, de CPS y Bienes y Servicios.

3.4. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO.

OBJETIVOS DEL PROCESO.

Establecer lineamientos para la gestión del ciclo de vida de los servidores públicos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. (ingreso, desarrollo, permanencia, situaciones administrativas y retiro), en el marco de las políticas, planes y proyectos de mejoramiento de la calidad de vida laboral, convivencia, clima y cultura organizacional y el fortalecimiento de competencias, acordes a la normatividad vigente, con el fin de que contribuyan al cumplimiento del Direccionamiento Estratégico, con criterios de calidad y oportunidad.

ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL

- Planta de personal.

La Subred integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, cuenta con una Planta de Personal, derivada de las diferentes novedades reportadas, inherentes a los procesos que se derivan de la Estructura Organizacional de la E.S.E., la cual se relaciona a continuación con corte a 31 de diciembre de 2024, así:

Tabla 182 Planta de Personal Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

EMPLEOS	TOTAL DE EMPLEOS	PROVISTOS	VACANTES	ASIST	ADMI	ASIST	ADMI
				PROVISTOS	PROVISTOS	VACANTES	VACANTES
DIRECTIVO	19	18	1	8	10	0	1
ASESOR	4	3	1	0	3	0	1
PROFESIONAL	735	496	239	458	38	203	36
TÉCNICO	112	43	69	24	19	28	41
ASISTENCIAL	716	442	274	393	49	178	96
TRABAJADORES OFICIALES	211	62	149	37	25	45	104
TOTAL	1797	1064	733	920	144	454	279

Fuente: Dirección de Gestión del Talento Humano - Situaciones Administrativas

La planta de personal cuenta con un total de 1797 empleos, de los cuales el 59.21% (1064) se encuentran provistos y el 40.79% (733) se encuentran vacantes.

De los empleos provistos novecientos veinte (920) corresponden a los Procesos Misionales, lo que corresponde al 86.47% y ciento cuarenta y cuatro (144) a los Procesos de Apoyo, lo que equivale al 13.53%.

La siguiente tabla corresponde a la naturaleza del empleo y al estado o situación administrativa en que se encuentran los empleos, en la planta de empleos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., con corte al 31 de diciembre de 2024:

Tabla 183: Situaciones Administrativas Subred Norte 2024

SITUACION	TOTAL	%
CARRERA ADMINISTRATIVA	323	17,97%
EN ENCARGO	71	3,95%
LIBRE NOMBRAMIENTO	21	1,17%

PERIODO FIJO	37	2,06%
EN PROVISIONALIDAD	550	30,61%
TRABAJADOR OFICIAL	62	3,45%
VACANTE DEFINITIVA	668	37,17%
VACANTE TEMPORAL	65	3,62%
TOTAL	1797	

Fuente: Dirección de Gestión del Talento Humano - Situaciones Administrativas

El 17.97% son de carrera administrativa, el 3.95% se encuentra en encargo, el 30.61% están en provisionalidad, 1.17% son de libre nombramiento, el 2.06% son de periodo fijo, el 3.45% son trabajadores oficiales, el 3.62% son vacantes temporales y el 37.17% corresponde a vacantes definitivas.

- Vacantes por mes.

En la siguiente tabla se muestra el total de las vacantes de la planta de personal de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., mes a mes teniendo en cuenta los siguientes factores: terminación de periodo fijo, renuncia por pensión, voluntaria y encargo en otros empleos.

Tabla 184 Planta de Personal Subred Norte E.S.E. vacantes por mes.

ITEM	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
VACANTE DEFINITIVA	626	613	594	598	623	628	643	644	650	652	658	668
VACANTE TEMPORAL	59	70	68	68	67	76	67	67	65	64	64	65
TOTAL	685	683	662	666	690	704	710	711	715	716	722	733

Fuente: Dirección de Gestión del Talento Humano - Situaciones Administrativas

- Indicador de rotación

Se tiene un resultado total para la vigencia 2024 en la rotación en la Planta de Personal del 7.28%, esto se debe a los diferentes ingresos (periodo fijo, libre nombramiento y remoción, el mes de enero se realiza la provisión de empleos de la estrategia de formalización laboral de la vigencia 2023, encargos y en provisionalidad) y retiros (renuncias por; pensión, voluntarias, terminación de periodo fijo y terminación encargos).

Tabla 185 Indicador Rotación mes a mes Planta de Personal Subred Norte E.S.E.

ITEM	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
PROVISTOS	1112	1114	1135	1131	1107	1093	1087	1086	1082	1081	1075	1064
INGRESOS	83	22	32	3	6	14	24	6	8	1	4	5
RETIROS	21	27	8	6	32	26	19	7	12	2	11	16
VARIABLE	31	2,5	12	1,5	13	6	2,5	0,5	2	0,5	3,5	5,5
ROTACION %	2,79%	0,22%	1,06%	0,13%	1,17%	0,55%	0,23%	0,05%	0,18%	0,05%	0,33%	0,52%

Fuente: Dirección de Gestión del Talento Humano - Situaciones Administrativas

- Provisión de vacantes

En cumplimiento de lo dispuesto por la Administración Distrital, en el Plan de Desarrollo de Bogotá D.C. para el período constitucional comprendido entre el 01 de junio de 2020 y el 31 de mayo de 2024, denominado: "Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI", la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. realizó la provisión de ochenta (85) cargos de las vacantes de la planta de personal en los perfiles asistenciales y administrativos, de acuerdo con las necesidades del servicio y lo pactado

en el Acuerdo Sindical 2023. En este sentido, para 2024 se proveyeron 85 empleos los cuales fueron nombrados en la vigencia 2023 y posesionados en el I trimestre de 2024.

Por otro lado, la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., en el último trimestre de la vigencia, se estableció el procedimiento interno para la provisión de empleos, en la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., mediante Resolución No. 0730 del 16 de octubre de 2024 y se adelantaron las actuaciones administrativas con el fin de dar cumplimiento al punto No. 13 del Acta Final de Acuerdos de la Mesa de Negociación del Pliego Unificado de Solicitudes presentado por las Organizaciones Sindicales, vigencia 2024 que contempla:

- **Nombramientos en provisionalidad.**

Dando cumplimiento al punto No. 13 del Acta Final de Acuerdos de la Mesa de Negociación del Pliego Unificado de Solicitudes presentado por las Organizaciones Sindicales, a la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. - vigencia 2024, y una vez agotado el derecho preferente contemplado en la Ley 1960 del 27 de junio de 2019, por la cual se modifican la Ley 909 de 2004, el Decreto Ley 1567 de 1998 y se dictan otras disposiciones, se estableció el procedimiento para proveer 48 empleos en vacancia definitiva de empleados públicos :

Tabla 186 Nombramientos en provisionalidad.

DENOMINACIÓN DEL EMPLEO	CÓDIGO DEL EMPLEO	GRADO DEL EMPLEO	EMPLEOS A PROVEER
Auxiliar Área Salud (Auxiliar de Enfermería)	412	17	30

Las vacantes definitivas de empleados públicos que se generaron a partir del primero (1) de julio de 2024; cumpliendo con la normatividad legal vigente sobre la materia y en atención a las necesidades del servicio, a saber:

Tabla 187 vacantes definitivas

DENOMINACIÓN DEL EMPLEO	CÓDIGO DEL EMPLEO	GRADO DEL EMPLEO	EMPLEOS A PROVEER
Auxiliar Administrativo	407	09	1
Auxiliar Área Salud	412	13	1
Auxiliar Área Salud	412	17	4
Técnico Área Salud	323	13	1
Médico General	211	11	5
Médico Especialista (Pediatra 4 horas)	213	15	1
Médico Especialista (Psiquiatra 4 horas)	213	15	1
Médico Especialista (Medicina Interna 4 horas)	213	15	1
Enfermero	243	20	3
TOTAL			

Actividad que por cronograma se cierra en la vigencia 2025.

- **Encargos:**

Para la vigencia se han realizado 14 estudios técnicos para la provisión de empleos en encargo así:

- a) Auxiliar Área Salud - Código 412 - Grado 17
- b) Auxiliar Área Salud - Código 412 - Grado 13 (Auxiliar de Consultorio Dental)
- c) Auxiliar Administrativo - Código 407 - Grado 09
- d) Auxiliar Administrativo - Código 407 - Grado 11
- e) Enfermero - Código 243 - Grado 20
- f) Médico General - Código 211 - Grado 31
- g) Médico General - Código 211 - Grado 11
- h) Médico Especialista - Código 213 - Grado 32 - (Anestesiólogo)
- i) Médico Especialista - Código 213 - Grado 15 - (Cirujano Plástico)
- j) Médico Especialista - Código 213 - Grado 15 - (Pediatra)
- k) Médico Especialista - Código 213 - Grado 15 - (Psiquiatra)
- l) Médico Especialista - Código 213 - Grado 15 - (Ginecobstetricia)
- m) Odontólogo - Código 214 - Grado 11
- n) Técnico Operativo - Código 314 - Grado 22

NOMINA

Resultado de la secuencia de actividades que permiten de una manera ordenada, realizar la liquidación y el pago de salarios a los Servidores Públicos conforme lo establecen las normas laborales legales vigentes en el Distrito Capital.

- Gestión de Recuperación y Depuración de Incapacidades.

Se realizó la conciliación de saldos mensualmente entre las áreas de talento humano, cartera y contabilidad a través de la matriz de cartera clasificada por factura, cuenta y EPS o ARL para registrar y llevar control de todas las incapacidades recibidas y gestionadas superiores a dos días. La cartera de incapacidades a diciembre 31 de 2023 ascendió a \$358.119.329, comparado con el saldo a diciembre 31 de 2024 \$452.063.494, se presentó un crecimiento en las cuentas por cobrar de incapacidades del 26%.

Tabla 188: Cartera de Incapacidades por EPS

ENTIDAD	SALDO DIC_2023	FACT ENE-DIC 2024	TOTAL INCAPACIDADES	RECUPERACIÓN Y PAGOS APLICADOS	NOTAS CR Y DB	SALDO DIC 30 2024	%
ARL SURA	37.882.309	84.080.998	121.963.307	40.910.061	-951.848	82.005.094	116%
COOSALUD EPS	130	-	130	0	0	130	0%
E. P. S. ALIANSALUD	14.584.637	12.247.208	26.831.845	24.417.558		2.414.287	-83%
E. P. S. COMPENSAR	128.654.773	224.876.258	353.531.031	259.382.973	-322.736	94.470.794	-27%
E. P. S. FAMISANAR LTDA.	25.351.709	50.185.354	75.537.063	35.402.281	23.237	40.111.545	58%
FOSYGA ADRES	13.175.466	8.481.234	21.656.700	5.896.984		15.759.716	20%
E. P. S. NUEVA E.P.S.	45.067.932	72.318.754	117.386.686	40.278.644	6.710.700	70.397.342	56%
E. P. S. SALUD TOTAL	10.163.616	42.773.440	52.937.056	8.579.824		44.357.232	336%
E. P. S. SANITAS S. A.	40.512.195	169.532.949	210.045.144	179.111.946		30.933.198	-24%
E. P. S. SURA	42.726.562	43.843.952	86.570.514	26.452.885	14.820.111	45.297.518	6%
POSITIVA ARL	0	32.329.789	32.329.789	6.122.916	-109.765	26.316.638	100%

ENTIDAD	SALDO DIC_2023	FACT ENE-DIC 2024	TOTAL INCAPACIDADES	RECUPERACIÓN Y PAGOS APLICADOS	NOTAS CR Y DB	SALDO DIC 30 2024	%
TOTAL	358.119.329	740.669.936	1.098.789.265	626.556.072	20.169.699	452.063.494	26%

Fuente: Dirección Operativa de Gestión de Talento Humano.

Del saldo de incapacidades por valor de \$101.073.124, se obtuvo el concepto jurídico requerido para el saneamiento contable, de Seguros Bolívar: \$13.166.254, Colfondos: \$10.838.823 y Colpensiones: \$36.735.527 el cual se elaboraron las fichas de saneamiento contable, para llevar el proceso a comité de Sostenibilidad y efectuar depuración respectiva, los saldos de Cafesalud \$3.450.686 y Coomeva \$36.881.834 todavía no se pueden depurar teniendo en cuenta que estas Entidades están en proceso de calificación y todavía cuentan con personería jurídica según lo expuesto por la Líder de Cartera en comité de sostenibilidad.

- Ingresos y Retiros de Servidores Públicos.

El comportamiento de las novedades de personal en la vigencia 2024 fue el siguiente:

Tabla 189. Novedades de nómina por ingresos y retiros 2022- 2024

Vigencia	Número ingresos	Número Retiros
2022	104	129
2023	42	145
2024	156	141

Fuente: Dirección de Gestión del Talento Humano

- Cesantías e Intereses de Cesantías.

El siguiente comparativo de los saldos por concepto de cesantías para las vigencias 2020-2024, permite observar el comportamiento del mismo por régimen.

Tabla 190 Estado de la Cesantías 2022- 2024

REGIMEN	31 DE DICIEMBRE DE 2020	31 DE DICIEMBRE DE 2021	31 DE DICIEMBRE DE 2022	31 DE DICIEMBRE DE 2023	31 DE DICIEMBRE DE 2024
CESANTIAS VIGENCIAS ANT (LEY 50)	72.957.667	72.957.667	72.957.667	72.957.667	64.262.134
CESANTIAS LEY 50	0	0	4.963.598.046	5.752.532.277	6.732.711.352
CESANTIAS RETROACTIVAS	21.301.700.685	19.185.383.369	17.516.249.401	19.326.066.614	23.378.643.558
TOTALES	21.374.658.352	19.258.341.036	22.552.805.114	25.151.556.557	30.175.617.044

Fuente: Dirección de Gestión del Talento Humano

- a) Cesantías Ley 50/1990: Durante la vigencia 2024 se pagaron Cesantías definitivas (retirados) del Régimen Ley 50 en las nóminas mensuales conjuntamente con las prestaciones sociales, y el valor de \$6.732.711.352, las cuales de acuerdo a la normatividad legal vigente se debe consignar en las cuentas individuales de los fondos a favor de los servidores públicos a más tardar el día 14 de febrero de 2025. En este mismo concepto cesantías régimen Ley 50, están pendientes por pagar \$64.262.134 correspondientes a vigencias anteriores a la fusión según acuerdo 641 de 2016.

- b) Cesantías Régimen Retroactivo: El saldo por concepto de Cesantías retroactivas es por \$14.059.055.274, clasificadas contablemente como Cesantías a largo plazo, las cuales corresponden a la cuenta del Fondo de Cesantías Protección.
- c) Por concepto de cesantías retroactivas en proceso por valor **\$4.510.560.246**.
- d) En proceso de publicación de edictos y actos administrativos se encuentra en reconocimiento a los posibles beneficiarios de un ex servidor Q.E.P.D. de régimen Ley 50 por \$13.539.493, dos (2) fallecidos por valor de \$145.123.908 de régimen retroactivo.

- Vacaciones.

La vigencia 2024 inicia con 1112 servidores públicos activos. Durante la vigencia se realizó socialización a las diferentes direcciones, oficinas y áreas institucionales sobre del estado de la programación de vacaciones para minimizar la acumulación de períodos para disfrute, para lo cual se emite la Circular 003 de 2024 y Circular 022 de 2024, consolidando los lineamientos para el trámite de las distintas situaciones administrativas y otras solicitudes inherentes a la gestión del talento humano, el comportamiento de las últimas tres vigencias ha sido el siguiente:

Tabla 191. Comparativo Prima de Vacaciones Periodo 2020-2024 en pesos

	VIGENCIAS		
	2022	2023	2024
VALOR EJECUTADO PRIMA DE VACACIONES	3.178.266.020	3.283.616.415	3.599.241.908
No. DE SOLICITUDES	1068	1291	970

Fuente: Módulo de nómina del sistema de información Dinámica Gerencial en proceso de implementación.

El valor del informe disminuyó en relación con la vigencia 2023, debido al seguimiento realizado desde las Direcciones de los Servicios y Gestión del Talento Humano.

- Acreedores.

Mensualmente dentro de los términos definidos para liquidación de nómina se gestionó el concepto de acreedores; correspondientes al pago a Aseguradoras, Organizaciones Sindicales, Cooperativas, Libranzas, Seguros Funerarios, AFC y Fundaciones, de los servidores públicos con el siguiente comportamiento:

Tabla 192: Relación Mensual de Descuentos de Nómina Vigencia 2024

MES CAUSADO	Vr. DESCUENTOS en Pesos	%
ENERO	349.134.720	4,6%
FEBRERO	585.524.828	7,7%
MARZO	570.428.718	7,5%
ABRIL	582.254.875	7,7%
MAYO	649.795.743	8,6%
JUNIO	889.149.586	11,7%
JULIO	546.736.421	7,2%
AGOSTO	551.876.020	7,3%
SEPTIEMBRE	563.242.498	7,4%
OCTUBRE	584.594.873	7,7%
NOVIEMBRE	829.119.252	10,9%
DICIEMBRE	881.466.251	11,6%
TOTAL GENERAL	7.583.323.785	

Fuente: Dirección Operativa de Gestión de Talento Humano.

- **Seguridad Social y Parafiscales.**

La seguridad social se ha realizado de manera automática en el módulo de Dinámica Gerencial, liquidación que a la fecha genera inconsistencias las cuales se deben revisar con la nómina pagada y ajustar según el caso presentado, la ARL, los valores solicitados a presupuesto son generados por archivo de Excel.

Tabla 193 Seguridad Social y Parafiscales Vigencia 2022-2024

AÑO	PAGO
2022	26.711.444.800
2023	29.699.455.600
2024	\$ 33.000.813.600

Fuente: Dirección Gestión de Talento Humano.

- **Tiempo Suplementario.**

Corresponde al pago del tiempo suplementario a los servidores públicos que laboran por el sistema de turnos, y comprende: recargos nocturnos, dominicales, festivos y horas extras.

Imagen 7 Seguridad Social y Parafiscales Vigencia 2022-2024

Horas Extras, Dominicales y Festivos	
MES	TOTAL
ENERO	640.197.781
FEBRERO	533.316.209
MARZO	623.454.030
ABRIL	962.483.067
MAYO	609.628.302
JUNIO	749.637.944
JULIO	843.562.201
AGOSTO	728.008.625
SEPTIEMBRE	753.450.796
OCTUBRE	629.343.796
NOVIEMBRE	643.039.634
DICIEMBRE	754.180.835

Fuente: Dirección Gestión de Talento Humano.

- **Ausentismo.**

Durante la vigencia 2024, se recibió un total de 1.245 ausentismos, por concepto del día de familia, cumpleaños, citas médicas, asuntos personales, capacitaciones diferentes a las institucionales, permisos sindicales, por fallecimiento de familiares, procedimientos médicos, entre otros.

- **Sentencias**

Finalmente, de acuerdo a las mesas de trabajo realizadas con la oficina Jurídica, la liquidación de sentencias a 30 de diciembre avanza con un 53% de pre liquidaciones realizadas y remitidas a la oficina Jurídica.

Tabla 194: Sentencias.

SENTENCIAS JUDICIALES - EJECUTORIADAS	
Total, Sentencias	196
Sentencias pre liquidadas	103
Valor Sentencias pre liquidadas	\$ 10.619.642.627

Fuente: Dirección Gestión de Talento Humano.

BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS.

La ejecución del Plan de Bienestar e Incentivos de 2024, logró un impacto significativo en el bienestar integral de los colaboradores mediante diversas actividades. Iniciativas como las celebraciones de cumpleaños, caminatas y ferias fortalecieron el sentido de pertenencia y la cohesión del equipo, mientras que las políticas de prevención del acoso laboral, la desconexión laboral y los talleres de formación integral contribuyeron a la creación de un entorno laboral seguro y saludable. Asimismo, las asesorías personalizadas y las alianzas educativas promovieron el desarrollo profesional continuo, y las actividades deportivas y culturales favorecieron el equilibrio entre la salud física y emocionales.

Además, los programas dirigidos a familias y pensionados refuerzan el vínculo laboral-familiar mejorando la percepción institucional, alcanzando una ejecución del plan anual del 95.36% por encima de la meta propuesta del 90% para la vigencia 2024, acorde al seguimiento en ALMERA del indicador #07.

CLIMA LABORAL.

El Clima Laboral en la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. es un aspecto fundamental que impacta directamente en el bienestar y la productividad de los servidores públicos cuyo resultado en su última medición arrojó un riesgo bajo para la Subred.

El Clima Laboral se configura a partir de la percepción que tienen los trabajadores sobre su entorno laboral, sus relaciones interpersonales, sus oportunidades de crecimiento y desarrollo, y otros factores que determinan su comportamiento y desempeño.

En este contexto la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. reconoce la importancia de medir y comprender el Clima Laboral para implementar estrategias efectivas que promuevan el bienestar y la satisfacción de sus servidores. Es por ello que se ha implementado el instrumento de Clima Laboral/Ambiente Organizacional y calidad de vida en el trabajo, basado en el Modelo de Bienestar para la Felicidad Laboral propuesto por el Departamento Administrativo del Servicio Civil Distrital (DASCD).

Este instrumento, estructurado sobre cuatro ejes estratégicos, permite evaluar diversos aspectos del clima laboral y la calidad de vida en el trabajo (CVT) de los servidores y colaboradores a través de cuatro ejes principales con los cuales se desarrollaron las siguientes actividades son:

EJE: Estados mentales positivos:**Salario emocional/beneficios adicionales**

- Tamizajes cardiovasculares realizados a 133 colaboradores, identificando y dando seguimiento a casos moderados de riesgo.
- Cobertura en capacitaciones para prevención de riesgos específicos (6,720 colaboradores en prevención de DME, 3,851 en prevención de riesgos biológicos)
- Estrategias para el fortalecimiento de la salud emocional y física de los trabajadores.

Seguridad en el trabajo

- Intervenciones para la prevención de accidentes y enfermedades laborales.
- Implementación de medidas de control para riesgos biológicos, químicos y locativos.
- Inspecciones de puestos de trabajo y análisis de riesgos por oficio.

Burnout

- Resultados de la batería de riesgo psicosocial que impulsaron acciones preventivas y educativas.
- Cobertura de 5,679 colaboradores en capacitaciones relacionadas con manejo del estrés, demandas emocionales y primeros auxilios psicológicos.
- Capacitaciones en prevención y manejo del estrés.
- Pausas activas y talleres en habilidades de afrontamiento emocional.
- Implementación de estrategias de seguridad basada en el comportamiento

EJE: Conocimiento de las fortalezas propias

Durante la vigencia de 2024, en la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., se implementaron 19 actividades enfocadas en mejorar el clima laboral y promover el eje de reconocimiento de las fortalezas propias, con factores claves como liderazgo, manejo de conflictos, empoderamiento, administración del talento humano y autogestión.

EJE: Propósito de vida

En el marco del Modelo de la Felicidad, la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. llevó a cabo 7 actividades las cuales se repiten en el año y son específicas en el eje Propósito de Vida, dirigidas a fortalecer el desarrollo personal, la administración del tiempo, la autoevaluación, la integridad, la autonomía y la actitud de los servidores y sus familias

EJE: Relaciones interpersonales

Las actividades desarrolladas en el marco del Eje Relaciones Interpersonales evidencian un enfoque integral para fortalecer el clima laboral en la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. Durante 2024, se implementaron iniciativas clave como los Talleres de Formación Integral, las Alianzas y/o Convenios Culturales, el Grupo de Danzas. Estas tres actividades, realizadas en diferentes meses del año, contribuyeron significativamente

a la prevención del moobing y al fortalecimiento del sentido de pertenencia de los colaboradores. Asimismo, fomentaron un ambiente laboral armónico, inclusivo y comprometido con el desarrollo personal, profesional y social de los servidores y sus familias, alineándose plenamente con los objetivos del eje.

Finalmente, para el cuarto trimestre de la vigencia 2024, y bajo la misma herramienta establecida por el DASCOD, se dio inicio a la medición de percepción de clima laboral con la participación de 230 servidores y percepción de ambiente organizacional con la participación de 820 contratistas, logrando una participación total de 1050 colaboradores.

CAPACITACIÓN.

Para el periodo de reporte y acorde con las actividades del Plan Institucional de Capacitación – PIC 2024, el nivel de cumplimiento del plan fue del 100%, por encima de la meta propuesta del 98% para 2024, acorde al seguimiento en ALMERA del indicador #13.

- **Inducción:** Para el periodo de reporte, enero a diciembre del 2024, se hizo la gestión, diseño, publicación y seguimiento a inducción institucional y las diferentes actividades programados en el plan de la vigencia.

Tabla 195 Indicador inducción institucional

Inducción virtual Moodle Quirón	Cronograma 2024	Participaciones			
		Planta	CPS	Otro	Total
Enero a diciembre 2024	✓	138	1050	99	1287

Fuente: bases de datos Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E 2024

Indicador: Número de colaboradores que realizan la inducción virtual en el periodo / Número de colaboradores que ingresan durante el periodo de medición * 100, con un cumplimiento acumulado 2024: **96%**

Se observó un alto nivel de satisfacción acumulada con respecto a la Inducción Institucional 2024, donde el 47.94% (n=617) de los colaboradores indicaron estar "Muy Satisfecho", seguida de "Satisfecho" con el 39.86% (n=513), acumulando una satisfacción del 87.80%.

- Indicador de Ejecución del Plan de Capacitación: (Número de actividades ejecutadas/ Número de actividades programadas* 100).

Según los resultados de ejecución del plan se observó una ejecución del 100% en la medición, con una medición de satisfacción del 89.86.

Tabla 196 Cobertura capacitación número de actividades ejecutadas/programadas

Mes	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
Numerador	8	6	13	7	13	9	7	10	9	7	5	3	97

Denominador	8	6	13	7	13	9	7	10	9	7	5	3	97
Total	100%												

Fuente: Dirección de Talento Humano

Finalmente se logra concluir que los indicadores del Plan Institucional de Capacitación, se mantuvieron por encima del 85%. (cumplimiento del Plan 100%, Inducción institucional 96%, Satisfacción 87.80% en inducción y 89.86% en capacitación).

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Durante la vigencia del 2024 se desarrollaron actividades enfocadas a mitigar las posibles consecuencias en la salud de los funcionarios y colaboradores frente a la exposición al riesgo, el porcentaje de cumplimiento de lo planeado fue de 93%, por encima de la meta programada que fue del 85% para la vigencia 2024, acorde al seguimiento en ALMERA del indicador #05.

- Autoevaluación Estándares Mínimos Resolución 0312 de 2019.

Los Estándares Mínimos corresponden al conjunto de normas, requisitos y procedimientos de obligatorio cumplimiento de los empleadores y contratantes, mediante los cuales se establecen, verifican y controlan las condiciones básicas de capacidad técnico-administrativa y de suficiencia patrimonial y financiera indispensables para el funcionamiento, ejercicio y desarrollo de actividades en el Sistema de Gestión de SST.

Se presenta el comportamiento en la medición a partir del año 2020, donde se obtuvo un puntaje de 80.3; el ejercicio de mejora continua del SGSST ha permitido obtener en el año 2024 un puntaje de 97.5 que de acuerdo a la Resolución 0312 de 2019 Art 7; lo ubica en el nivel ACEPTABLE, lo que indica que se debe mantener la calificación e incluir en el Plan de Anual de Trabajo las mejoras detectadas.

- Indicadores Accidentalidad y Enfermedad Laboral SISSN

Con relación al índice de frecuencia de accidentalidad laboral del año 2024 terminó con un resultado de 4.54% lo que significa que por cada 100 trabajadores que trabajaron en el año, se presentaron 4.5 accidentes de trabajo. Los datos indican que la accidentalidad presentada se encuentra por debajo de la meta anual fijada de 4.8%.

- Indicador de Severidad de Accidentes de Trabajo SISSN

Con relación al indicador de severidad de accidentes de trabajo se encontró que el resultado para el 2024 fue del 15,71, lo que significa que por cada 100 colaboradores que han prestado sus servicios en el año 2024 se perdieron 15.71 días por accidentes de trabajo. Los resultados indicaron que la severidad en la accidentalidad presentada se encuentra por encima de la meta anual fijada para el año 2024, la cual es del 9.68%.

Tabla 197 . Avance de cumplimiento de los estándares mínimos por periodo Comparativo 2020 al 2024 SISSN

CICLO	ESTÁNDAR		CALIFICACION 2020	CALIFICACION 2021	CALIFICACION 2022	CALIFICACION 2023	CALIFICACION 2024
I. PLANEAR	RECURSOS (10%)	Recursos financieros, técnicos, humanos y de otra índole requeridos para coordinar y desarrollar el Sistema de Gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo (SG-SST).	4	4	4	4	4
		Capacitación en el Sistema de Gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo.	6	6	6	6	6
	GESTION INTEGRAL DEL SGSST (15%)	Política de Seguridad y Salud en el Trabajo, objetivos y metas.	13	15	15	15	15
II. HACER	GESTIÓN DE LA SALUD (20%)	Condiciones de salud en el trabajo.	6	9	9	9	9
		Registro, reporte e investigación de las enfermedades laborales, los incidentes y accidentes del trabajo.	3	3	3	3	5
		Mecanismos de vigilancia de las condiciones de salud de los trabajadores.	6	6	6	6	6
	GESTIÓN DE PELIGROS Y RIESGOS (30%)	Identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos	11	15	15	15	15
		Medidas de prevención y control para intervenir los peligros/riesgos.	12,5	15	15	15	15
GESTION DE AMENAZAS (10%)	Plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias.	10	10	10	10	10	
III. VERIFICAR	VERIFICACIÓN DEL SG-SST (5%)	Gestión y resultados del SG-SST.	3,75	3.75	3.75	5	5
IV. ACTUAR	MEJORAMIENTO (10%)	Acciones preventivas y correctivas con base en los resultados del SG-SST.	5	5	7.5	7.5	7.5
TOTALES			80,3	91.75	94.25	95,5	97.5

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. Dirección Operativa de la Gestión del Talento Humano

- Indicador de Incidencia de Enfermedad Laboral periodo anual - 2024 SISSN.

Con relación a la Enfermedad laboral del año 2024 se encontró un resultado en el indicador de Incidencia de 66.11, significa que por cada 100.000 trabajadores existen 66.11 casos nuevos de enfermedad laboral en la SISSN, o por cada 100 trabajadores en el año se presentan 0.6 casos nuevos de enfermedad laboral.

- Indicador de Prevalencia de Enfermedad Laboral periodo anual - 2024 SISSN.

En el indicador de Prevalencia se tuvo un resultado de 22.893, significa que por cada 100.000 trabajadores existen 22.893 casos de enfermedad laboral en la SISSN, o por cada 100 trabajadores se presentan 22.8 casos de enfermedad laboral. El mayor número de enfermedades laborales calificadas han sido por COVID 19, le siguen osteomuscular, por esfera mental y por dermatología.

Los resultados plantean un reto para la vigencia 2025 en seguir controlando y disminuyendo la frecuencia y severidad de la accidentalidad laboral de la institución, así como el control de la incidencia y prevalencia de enfermedad laboral, ya que la meta se encuentra en 22.000 casos.

RECLUTAMIENTO.

En el periodo se implementaron acciones pertinentes para la consecución del talento humano requerido tipo de vinculación OPS, adicionalmente con acompañamiento con la Oficina de Desarrollo Institucional se actualiza el procedimiento **AP-TH-P-01 Identificación Y Reclutamiento Del Talento Humano** disponible para consulta en Almera; adicionalmente se implementaron acciones tendientes al cumplimiento de los estándares SUA correspondientes a Gerencia del Talento Humano; tales como idoneidad del talento humano mediante aplicación de test y/o entrevistas, además de retomar la verificación de títulos.

A diciembre 31 de 2024, se registró que el 78% de los requerimientos radicados cumplieron los términos de radicación y un 22% no lo hizo. Por otro lado, al cierre de vigencia se encuentran en proceso de consecución de perfiles 523 requerimientos para un 23%. A su vez, se registró que el 23% de los requerimientos radicados cumplieron se encuentran en proceso de reclutamiento, siendo los perfiles de auxiliares de enfermería con un 38.2%, enfermero con un 26.2% y médico general con un 4.4%, los de mayor rotación y por consiguiente mayor volumen de gestión.

Para el cuarto trimestre de la vigencia se implementó la matriz para seguimiento de los candidatos por perfil y su cumplimiento de los requisitos mínimos documentales. Así mismo, se realizó brigada de revisión documental encontrando que 310 personas presentaron documentos pendientes de entrega, siendo los más recurrentes:

- a) Formulario SARLAFT: 259 casos.
- b) Esquema de vacunación: 275 casos.
- c) Afiliación EPS: 254 casos.
- d) Hoja de Vida SIDEAP: 235 casos.

POLÍTICAS

- Integridad.

Indicador de Ejecución Plan de Integridad: A lo largo de la vigencia 2024, se han ejecutado 11 actividades del Plan de Integridad. Con una meta establecida del 90%, el avance logrado es del 91.67%, superando así el objetivo previsto. Indicador (Acciones ejecutadas / acciones programadas*100%), $11/12 * 100 = 91.67\%$.

Indicador Apropiación de conceptos de Integridad: Durante la vigencia 2024, un total de 463 personas realizaron el postest de conocimientos en integridad tras recibir la capacitación correspondiente. De este grupo, 437 participantes obtuvieron un puntaje superior al 80%, lo que representa una tasa de aprobación del **93.39%**, 26 personas no alcanzaron este umbral.

Indicador Percepción Política Integridad: En el marco de la evaluación de la percepción política de integridad, se llevó a cabo el despliegue de la prueba de

percepción de integridad utilizando la herramienta proporcionada por el DAFP. La meta establecida para el año 2024 era que 583 servidores y colaboradores de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. completaran esta evaluación. Sin embargo, se logró superar ampliamente esta proyección, alcanzando un total de 705 participantes que realizaron el test. Este resultado refleja un significativo interés y compromiso por parte de los servidores y colaboradores en fortalecer los valores de integridad dentro de la organización.

- **Teletrabajo.**

De acuerdo con los resultados presentados hasta diciembre de 2024, se tiene un consolidado de treinta y nueve (39) trabajadores activos, Se logró alcanzar un total de 39 tele trabajadores activos, representando un cumplimiento del 28.8% conforme al Artículo 12 del Decreto Distrital 050 de 2023 superando la meta del 10%.

- **Desconexión Laboral.**

A diciembre 31 de 2024, se socializaron las políticas entre ella la de desconexión laboral, integridad y teletrabajo a través de conversatorios con diversas unidades y oficinas, en este marco, se realizaron un total de 523 pretest y 520 postest; el promedio de adherencia alcanzado fue del 99.43%, lo que refleja un nivel alto de apropiación de las políticas discutidas. Este resultado indica que, si bien existe un entendimiento significativo de los temas tratados, es fundamental seguir reforzando tanto el conocimiento como la aplicación de estas políticas en el entorno laboral.

Actividades realizadas.

Socialización y sensibilización de la Política de Desconexión Laboral de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

Apropiación de conocimiento de la Política de Desconexión Laboral de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

Percepción de la implementación de la Política de Desconexión Laboral de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

- **Mujer y Genero.**

Política de Mujer y Genero. La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., en el marco de la acción institucional, se compromete a fortalecer el reconocimiento, garantía y restitución de los derechos de las mujeres que laboran en la institución, contribuye a modificar las condiciones evitables de desigualdad, discriminación y subordinación que, en razón al género, persisten aún en los ámbitos social, económico, cultural y político de la sociedad.

En el marco de la evaluación del porcentaje de inclusión de mujeres en el talento humano de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., se estableció como meta alcanzar al menos un 50% de participación femenina en la institución. Según los datos

recopilados durante el año, el indicador anual refleja una inclusión del 67.95% de mujeres frente al 32.05% de hombres. Este resultado evidencia que la meta de inclusión femenina ha sido ampliamente superada en cada trimestre del año, reafirmando el compromiso de la institución con la promoción de la equidad de género y el cumplimiento de la Política de Mujer y Género.

Este porcentaje refleja un desempeño constante a lo largo del año, con resultados trimestrales de 67.4% en el primer trimestre, 68.1% en el segundo, 67.4% en el tercero y 66.3% en el cuarto trimestre. Estos datos evidencian un cumplimiento sostenido del indicador, demostrando el compromiso de la entidad en incentivar la participación de las mujeres y consolidar espacios que promuevan el bienestar y la equidad de género dentro de la institución.

- **Eje de Transformación Cultural.**

Para esta vigencia, se realizaron actividades de capacitación en temas relacionados con: Características de un buen líder, La Buena Comunicación y Estrategias del Liderazgo, y entre otras las siguientes:

Simulacro de Acreditación. Se desarrollaron 8 talleres los cuales contaron con la participación de 147 colaboradores del nivel directivo, táctico y operativo los equipos de mejoramiento y personal que representa las sedes objeto de postularon para el proceso de Acreditación.

Consolidación en la Estructura del Modelo de Mejoramiento. Se desarrolló la estructura para el diseño e implementación del Modelo de Mejoramiento institucional, profundizando el enfoque sistémico, sistemático e integral mediante la apropiación del direccionamiento estratégico, la gestión del riesgo, la gestión por procesos y el diseño e implementación de autoevaluación con base en el Sistema Único de Acreditación; promoviendo el mejoramiento continuo en la calidad de la prestación de servicios en la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE.

Se definieron los pilares para gestionar el cambio en la Subred Norte E.S.E., alineados con la cultura organizacional deseada y enmarcados en los siguientes ejes.

- **Seguridad de la atención:** Promoviendo una cultura de seguridad.
- **Gestión del riesgo:** Con énfasis en el riesgo clínico.
- **Humanización de los servicios:** Fomentando una cultura de humanización
- La estrategia “**Gestionando el cambio**” se enfocó en un desarrollo sistémico, sistemático e integral de mejoramiento, basado en la modificación de comportamientos a partir de la voluntad de las personas.

Durante la vigencia 2023 y con corte a junio de 2024, se diseñó e implementó la estrategia “Gestionando el cambio: Juntos marcamos la diferencia”, que incluyó el desarrollo de 59

talleres con una participación total de 1.233 colaboradores. Estos participantes se distribuyeron en los diferentes niveles jerárquicos de la institución:

- 21% nivel estratégico.
- 46% nivel táctico (mayor participación).
- 33% nivel operativo.

PLANES DE MEJORA.

Se presenta consolidado de cumplimiento de los planes de mejora vigentes de la Dirección de Talento Humano con corte a 31 de diciembre de 2024.

Tabla 198 Planes de Mejora Vigentes Dirección de Talento Humano

SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORA DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO (Acciones terminadas entre el 1 de enero al 31 de diciembre 2024)					
FUENTE	ATRAZADAS		TERMINADAS	TOTAL ACCIONES	% CUMPLIMIENTO
	NO INICIADA	EN DESARROLLO			
Capital Salud	0	0	4	4	100%
Control Interno	0	0	24	24	100%
Sanitas	0	0	3	3	100%
Veeduría Distrital	0	0	2	2	100%
Revisoría Fiscal	0	1	23	24	96%
Autoevaluación acreditación	0	1	15	16	94%
Contraloría	0	1	1	2	50%
Total general	0	3	72	75	96%

Fuente: Dirección Talento Humano – Reclutamiento.

PRINCIPALES LOGROS CUANTITATIVOS Y CUALITATIVOS ALCANZADOS DURANTE LA VIGENCIA ACTUAL, ASÍ COMO LAS DIFICULTADES Y RETOS 2025

LOGROS

Resolución No. 0730 de 2024, por medio de la cual se establece el procedimiento interno para la provisión de empleos en la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

- Implementación del módulo de nómina Dinámica Gerencial en un 90% y Software Almera.
- Impacto en la accidentalidad laboral, la frecuencia de accidentalidad manteniendo por debajo de la meta establecida, lo que indica que las estrategias empleadas han contribuido con el control de la accidentalidad laboral, a través de las estrategias de Intervención para el autocuidado, prevención de caídas, prevención del riesgo biológico, acompañamiento y articulación con líderes y áreas.
- En el año 2024 se logró incrementar el número de brigadistas de la Subred contando con 210 los cuales han terminaron el ciclo de formación.
- Durante la vigencia 2024, se liquidaron oportunamente las nóminas quincenales, mensuales, el incremento salarial, el retroactivo correspondiente, la prima de

servicios y la prima de navidad, realizando la remisión a la Dirección Financiera, para el pago oportuno.

- Intervenciones con cobertura a una amplia gama de necesidades, desde celebraciones y reconocimientos hasta programas de salud, bienestar emocional y desarrollo personal.
- Articulación con el PDI y POA: Los Planes del decreto 612 de 2018, que dependen de la Dirección de Talento Humano están alineados con los objetivos del Plan de Desarrollo Institucional y Operativo Anual, contribuyendo al logro de los resultados institucionales y generando un impacto positivo en el clima laboral.
- Enfoque en la salud y el bienestar integral: Se han implementado diversas acciones para promover hábitos saludables, la gestión emocional y el equilibrio entre la vida laboral y personal.

RETOS

- Fortalecer la oportunidad y calidad en las respuestas de la Dirección.
- Oportunidad en el reclutamiento del personal, que permita satisfacer las necesidades en la prestación del servicio.
- Definir un plan de trabajo integral para la transformación cultural de la Subred
- Contribuir con la dinamización del Plan Estratégico de Seguridad Vial de la Institución.
- Actualización de la plataforma documental del Proceso.
- Realizar el plan de trabajo resultado de la medición del Clima Laboral de la ESE.
- Pago de cesantías retroactivas por retiro definitivo solicitadas a partir de junio de 2024 y solicitud de cesantías parciales de la vigencia 2024.
- Avanzar en la actualización y diseño de más y mejores experiencias de capacitación para el talento humano de la entidad.
- Mantener y fortalecer los procesos que permitan lograr la mejora continua, acorde con las políticas institucionales y con la meta de acreditación.
- El reto para el 2025 es fortalecer las acciones en roles y responsabilidades del sistema, continuar con el seguimiento a cumplimiento de indicadores, de matriz legal, actualizar la política y objetivos, mantener y fortalecer las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para el control y disminución de la accidentalidad y enfermedad laboral, continuar con el mejoramiento continuo del sistema en cuanto a los estándares mínimos del sistema de acuerdo con la Resolución 0312 de 2019.
- Implementar estrategias de mejora continua de la calidad del servicio, la eficiencia en la gestión de recursos, la innovación tecnológica, el bienestar del talento humano en concordancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible.
- Mejorar los espacios de bienestar (espacio de alimentación, descanso, casilleros) de la Subred

DIFICULTADES

- Parametrización de la nómina, que permita confiabilidad de los datos.
- Para la vigencia 2024, no se dio cumplimiento a la adquisición y entrega de dotación para trabajadores oficiales.

3.5. GESTIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO Y TECNOLÓGICO.

La Dirección Administrativa, enmarca sus actividades en el proceso de gestión del recurso físico y ambiente tecnológico, el cual cuenta con los siguientes subprocesos:



A la fecha esta dirección cuenta con 160 colaboradores de los cuales: 111 están bajo la modalidad de CPS y 51 de planta (**Anexo 1, matriz talento humano dirección administrativa**). A continuación, se detalla cada uno de los subprocesos a cargo de la dirección

TECNOLOGIA BIOMÉDICA 2024

El subproceso de gestión tecnología biomédica realiza la debida gestión tecnológica de acuerdo con la normatividad en vigencia, mediante la cual se asegura la disponibilidad de la dotación, con un enfoque sistemático, en términos del costo/beneficio, la eficacia, la seguridad y humanización, con el propósito que los servicios de salud prestados en la Subred Norte sean óptimos, oportunos, seguros y puedan alcanzar altos estándares de calidad en el cuidado del paciente.

PRINCIPALES LOGROS.

Instalación de imágenes diagnosticas

En el subproceso se cuenta con un mecanismo que se ejecuta por medio de la **matriz oferta demanda** la cual fue actualizada en 2024 con el fin de no solo evidenciar la tecnología faltante sino también la tecnología que podría ser reubicada en otro servicio y/o unidad. Las instalaciones más significativas son las siguientes:

Se instaló en la unidad de Engativá el equipo rayos x convencional DR600 en el segundo semestre del 2024, con pruebas de funcionamiento y gestión oportuna de licenciamiento de radiación ionizante.

Además, se realizó la instalación del equipo Sistema de radio-fluoroscopia DR800 digital estacionaria en la unidad de Engativá en el segundo semestre del 2024, con pruebas de funcionamiento y gestión oportuna de licenciamiento de radiación ionizante.

Por último, se realizó la renovación del equipo rayos x convencional de la unidad de Centro de Servicios Especializado ECOTRON, con pruebas de funcionamiento y gestión oportuna de licenciamiento de radiación ionizante, en el primer semestre del 2024.

- Implementación de la centralización de dispositivos médicos en todas las Unidades de Atención Ambulatoria, asegurando un almacenamiento adecuado y una trazabilidad precisa de los equipos.
- Implementación de una lista de trabajo dinámica para la lectura de exámenes en los equipos de imágenes diagnosticas para mejorar la interoperabilidad entre dispositivos y optimizar los flujos de trabajo.
- Articulación con el subproceso de activos fijos para la implementación de un mecanismo de seguimiento para el control de inventarios.
- Participación en el proceso de ruta de mejoramiento de la calidad Cohorte III 2024 en articulación con seguridad el paciente y farmacovigilancia obteniendo el reconocimiento “HACER LAS COSAS BIEN TRAE COSAS BUENAS.

ADQUISICIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA

Desde el subproceso de gestión tecnología biomédica se cuenta con programa de renovación de tecnología biomédica, por el cual se establece desde la evaluación de la tecnología hasta el ingreso a la subred. Para el seguimiento de programa se cuenta con indicador **Porcentaje (%) Gestión del programa de renovación de la tecnología biomédica**, el cual para el 2024 se obtiene 90% de cumplimiento con la renovación lo que equivale 617 equipos.

Se realiza la adquisición de tecnología por medio de diferentes convenios, para renovación tecnológica y completar dotación de acuerdo con la capacidad instalada de cada sede de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte.

De igual manera se da a conocer que, con respecto al cumplimiento del programa de renovación para la vigencia 2024 se obtuvo un resultado del 90%, con un total de 553 equipos adquiridos, de los cuales tenemos: Digitalizador, incubadoras neonatales, equipo de órganos, lámparas cielíticas, rayos x convencional, infantometro, unidades odontológicas, entre otros.

Por medio del programa de renovación de la tecnología para el cuarto trimestre del 2024, el programa de renovación cuenta con un cumplimiento del 90% y como cierre del año se obtiene un porcentaje del 90%.

Para el primer semestre del año 2024 se implementa el entrenamiento a los colaboradores que conforman el subproceso de gestión de la tecnología biomédica. Se realizan entrenamiento en equipos de autoclaves, bombas de infusión lámpara ciélfica, mamógrafo, marcapasos entre otros; con el fin de fortalecer competencias.

Licenciamiento de equipos de radiación ionizante

Durante vigencia del 2024 se tramitaron 11 licencias de equipos de radiación ionizante, poniendo en marcha los servicios de imágenes diagnósticas instalados en las diferentes unidades de servicios de salud de la subred norte

Laboratorio de aseguramiento metrológico

Con el fin de fortalecer el laboratorio de aseguramiento metrológico y soportar el programa de aseguramiento metrológico, se lleva a cabo la adquisición de equipos patrón, abarcando una mayor cantidad de equipos, otorgando calidad y seguridad en los procesos. Para la fecha ya se cuenta con 12 simuladores y patrones con los cuales se pueden realizar calibración a diferentes tipos de equipos.

Para vigencia 2024 se logra ejecutar 3.750 actividades de aseguramiento metrológico en la subred norte y por el cual se da cumplimiento al indicador denominado **Porcentaje (%) de cumplimiento de Plan de Aseguramiento metrológico** con el 99%.

Programa de tecnovigilancia

El programa de tecnovigilancia realiza visitas a los depósitos de las unidades ambulatorias, haciendo verificación de los criterios establecidos por la normatividad vigentes en cuanto almacenamiento de dispositivos médicos para el último semestre de 2024 se obtuvo un cumplimiento del 100%. Esto con el fin de mitigar riesgos en la prestación de servicios y dar cumplimiento a lo exigido.

Implementación de códigos QR

Para la vigencia 2024, se ha logrado la implementación de códigos QR, los cuales permiten acceder a toda la información relacionada con el equipo biomédico en el que se encuentra instalado dicho código. Esta iniciativa facilita el acceso rápido y preciso a datos relevantes, mejorando la gestión y el seguimiento de los equipos en tiempo real.

Para el año 2024 se logra el 100% de creación de códigos QR, esto equivale a 973 códigos programados.

PRINCIPALES RETOS

- Dar cumplimiento al programa de renovación de la tecnología biomédica, renovando la totalidad de la tecnología planteada para el año en vigencia.
- Fortalecer el proceso de aseguramiento metrológico de la tecnología, mejorando el laboratorio de metrología, logrando definir el espacio en la unidad fray Bartolomé de las casas en articulación con infraestructura.
- Fortalecimiento de competencias y talento humano en el subproceso de gestión de la tecnología.
- Ser reconocidos por los servicios en la gestión de acreditación relacionada con tecnología biomédica, mediante la semana de la tecnología biomédica mediando la apropiación y adherencia al proceso.
- Aumentar el cierre de casos en la mesa de servicios durante el mismo mes de su creación, junto a las calificaciones realizadas por el servicio.
- Adquirir, instalar y poner en funcionamiento la totalidad de la dotación de la sala de hemodinamia del Hospital Simón Bolívar, en cumplimiento de la resolución 1487 de 2024.
- Incrementar al 50% los depósitos de almacenamiento de acuerdo a la verificación para los dispositivos y equipos biomédicos en todas las unidades de servicios de salud.
- Coordinar la integración con el programa de capacitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

INGENIERÍA EQUIPO INDUSTRIAL

El subproceso de equipos industriales garantiza la funcionalidad, disponibilidad y mantenimiento eficiente de los equipos industriales integrados a la infraestructura física de las distintas unidades y sedes de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

DESCRIPCIÓN:

En la vigencia de 2024, la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. enfrentó retos significativos en la gestión del mantenimiento preventivo de los equipos industriales, con un cumplimiento promedio de sólo el 49% (fuente: matriz de seguimiento del plan de mantenimiento preventivo para Equipo Industrial). Este resultado subraya las dificultades inherentes al proceso, particularmente en lo que respecta a la contratación de proveedores especializados. Entre las causas más relevantes se incluyen la percepción negativa relacionada con el historial de pagos de la Subred Norte E.S.E., la limitada disponibilidad de empresas especializadas y otros factores externos que generaron complicación para la ejecución de los contratos de mantenimiento preventivo.

Como consecuencia de estas barreras, se afectó la continuidad de los servicios de mantenimiento preventivo, lo que impactó negativamente en la ejecución oportuna de las actividades programadas, reduciendo la efectividad de los objetivos establecidos para la vigencia 2024.

Por otro parte, la gestión del mantenimiento correctivo fue sobresaliente, dado que alcanzó un cumplimiento promedio del 97% (fuente: base de datos de mesa de servicio para Ingeniería Equipo Industrial). Dicho resultado refleja la capacidad del equipo técnico para responder con agilidad y eficacia ante las fallas, minimizando los tiempos de inactividad y garantizando la disponibilidad continua de los equipos. La alta tasa de éxito en este ámbito se debe a una planificación eficiente, una ejecución diligente y una coordinación efectiva entre los equipos de trabajo, lo cual permitió una pronta resolución de los problemas y la fiabilidad de los servicios prestados.

En conclusión, si bien el mantenimiento preventivo se vio afectado por factores externos y operacionales, el rendimiento sobresaliente en el mantenimiento correctivo destaca el compromiso con la mejora continua, la resiliencia operativa y la fiabilidad de los equipos industriales que son vitales para el funcionamiento de las unidades de salud.

PRINCIPALES LOGROS

- Aunque el mantenimiento preventivo alcanzó un cumplimiento promedio del 49%, este desempeño permitió identificar los principales desafíos, como la percepción negativa del historial de pagos y la escasez de empresas especializadas, con ello permite esclarecer y fortalecer los procesos internos en la futura vigencia.
- Alta eficiencia y respuesta oportuna en el cumplimiento promedio del 97% en el mantenimiento correctivo lo cual refleja una gestión sobresaliente, demostrando la capacidad técnica y operativa para abordar fallas con agilidad y eficacia, minimizando los tiempos de inactividad en los servicios esenciales.
- Del logro anterior también se destaca la efectividad de la planificación, la diligencia en la ejecución y la coordinación entre los equipos técnicos, factores que contribuyeron a mantener la funcionalidad y disponibilidad de los equipos industriales en las diferentes sedes.
- A pesar de los retos enfrentados, la gestión del mantenimiento evidenció un fuerte compromiso con la mejora continua y la optimización de procesos. Los resultados obtenidos en el mantenimiento correctivo resaltan la resiliencia del equipo y la capacidad para garantizar que los equipos industriales cumplan con su propósito dentro de la misión institucional.

PRINCIPALES RETOS:

- Fortalecer relaciones con proveedores especializados: Es prioritario mejorar la percepción y relaciones con los proveedores y/o contratistas, estableciendo acuerdos claros y condiciones de pago que favorezcan la continuidad del servicio.
- Optimización de procesos administrativos: Se debe agilizar los procesos administrativos, en particular los relacionados con la contratación y pagos a proveedores, para mitigar los tiempos de mora y/o retrasos y garantizar la ejecución de los planes de mantenimiento preventivo.
- Mejorar la planificación del mantenimiento preventivo, incorporando prácticas de monitoreo continuo, para reducir la necesidad de intervenciones correctivas y asegurar la disponibilidad de los equipos industriales a lo largo tiempo.

DIFICULTADES:

- La percepción negativa del historial de pagos por parte de la Subred Norte E.S.E., y la escasez de empresas especializadas continuarán siendo barreras importantes para el mantenimiento preventivo.
- La ejecución oportuna del mantenimiento preventivo se verá afectada por factores como la falta de recurso humano, que esté capacitado para la atención del mantenimiento preventivo.
- La escasez de personal calificado en mantenimiento preventivo sigue siendo un reto importante en la gestión del mantenimiento

MANTENIMIENTO E INFRAESTRUCTURA

Para la vigencia 2024, se proyectó la ejecución de 638 actividades, que incluyen mantenimiento correctivo, mantenimiento preventivo y las adecuaciones de infraestructura necesarias para cumplir con los requisitos de habilitación, así como para subsanar las observaciones derivadas de los conceptos sanitarios y otros requerimientos.

Al 31 de diciembre se ejecutaron 518 actividades, lo que representa un cumplimiento del 81.2% respecto a la planificación inicial. Este avance refleja un progreso significativo, especialmente considerando la disponibilidad limitada de personal técnico. A pesar de las restricciones en cuanto a recursos, se ha logrado ejecutar una proporción considerable de las actividades planificadas, lo cual es un indicio positivo del compromiso y la eficiencia en la ejecución de los trabajos.

Durante el mes de noviembre, derivado de la temporada de lluvias, se presentaron filtraciones en 17 sedes, lo que afectó los cielos rasos, muros y acabados. Para solucionar estos problemas, se identificaron y subsanaron las fuentes de filtración en las cubiertas mediante la aplicación de impermeabilización y el sellado de fisuras. Además, se repararon los daños ocasionados por la humedad, eliminando manchas y restaurando los acabados afectados. Para prevenir futuros daños debido a lluvias prolongadas, se incrementó la frecuencia de limpieza de las cubiertas. Estas acciones garantizaron que los espacios se mantuvieran en condiciones óptimas para su uso.

Es importante destacar que el área de infraestructura también realiza diversas actividades de apoyo, tales como:

- Instalación de cableado estructurado para nuevos puntos de datos.
- Apoyo en la reparación de estantes y aplicación de pintura.
- Fabricación de superficies de trabajo para optimizar los espacios, conforme a las intervenciones proyectadas y a la inspección de puestos de trabajo proporcionada por la Dirección de Gestión del Talento Humano.

- Apoyo en la instalación y el retiro de cortinas para garantizar el cumplimiento de los protocolos de limpieza y desinfección en las áreas de hospitalización y urgencias.

Atención mesas de servicio

Con corte al 31 de diciembre de 2024, se alcanzó un cumplimiento del 86,54% en la atención de las solicitudes registradas en las mesas de servicio, evidenciando un total de 8192 solicitudes presentadas y 7089 cerradas. Este logro refleja un enfoque estratégico que prioriza las solicitudes clasificadas como de alta y media prioridad, cumpliendo con los lineamientos establecidos en el Manual de Identificación de Necesidades del Proceso de Gestión de Recursos Físicos y Ambiente Tecnológico.

En relación con el indicador de oportunidad de respuesta, se evidenció que 2660 solicitudes fueron gestionadas y cerradas en el sistema, en cumplimiento con lo establecido en el Manual de Identificación de Necesidades del Proceso de Gestión de Recursos Físicos y Ambiente Tecnológico. Este número corresponde al 32,5% del total de las solicitudes recibidas. Es importante destacar que las actividades ejecutadas se desarrollaron dentro de los tiempos establecidos. Sin embargo, se identificaron dificultades en el proceso, al momento de realizar el cierre en la plataforma. Además, la evaluación del cumplimiento toma como referencia la fecha de solución registrada en el aplicativo, lo que puede impactar la medición de manera significativa si no se realiza un cierre oportuno.

PRINCIPALES LOGROS:

- Respuesta oportuna a las solicitudes clasificadas como prioridad Alta y Media, dando cumplimiento a los lineamientos establecidos en el manual de identificación de necesidades.
- Atención y gestión de mesas de servicios de periodos pendientes, realizando actividades inconclusas o a las que no se les había dado inicio.
- Gestión óptima de los recursos en insumos físicos disponibles, así como también la gestión adecuada del personal técnico, logrando abarcar una mayor cantidad de actividades y generando la resolución de las mismas.
- La fusión de los procesos de mantenimiento preventivo y la mejora en la planificación y el seguimiento han sido avances significativos, tanto para la infraestructura física como para los equipos industriales.
- Se ha logrado consolidar un sistema de gestión que facilita la identificación temprana de necesidades de mantenimiento, mejorando la respuesta ante posibles fallos.

DIFICULTADES:

- Cumplimiento de normativas y estándares: Adaptarse a la nueva y constantes actualizaciones y exigencias de normativas técnicas y sanitarias que afectan la infraestructura.

- Presupuesto limitado: Gestionar los recursos financieros de manera eficiente para cubrir las necesidades de mantenimiento preventivo y correctivo, especialmente en un contexto de restricciones presupuestarias.
- Capacitación y retención de personal: Asegurar que el personal de mantenimiento esté bien capacitado y motivado para enfrentar los desafíos tecnológicos y operativos en constante cambio.
- Mantenimiento preventivo versus correctivo: Mantener un equilibrio entre las acciones preventivas para evitar emergencias y las acciones correctivas necesarias cuando surgen problemas, minimizando tiempos de inactividad y costos imprevistos.
- Infraestructura envejecida: Gestionar el mantenimiento de infraestructuras antiguas o en mal estado, lo que requiere un enfoque más cuidadoso y a menudo costoso para garantizar su operatividad.
- Logística y suministro de repuestos: Gestionar de manera eficiente la cadena de suministro de materiales para evitar demoras en la gestión del mantenimiento.
- Mejorar la comunicación y documentación: Establecer canales de comunicación claros y eficaces entre todas las partes involucradas en el mantenimiento de la infraestructura, asegurando la correcta documentación y seguimiento de las actividades.

OPORTUNIDADES DE MEJORA:

- Aprovechar al máximo el presupuesto disponible mediante la priorización de necesidades, la identificación de áreas críticas y la implementación de prácticas de gestión de recursos más eficientes.
- Desarrollar programas de formación continua y planes de incentivos para garantizar que el personal técnico esté actualizado con las últimas tecnologías y prácticas de mantenimiento, lo que contribuirá a mejorar la calidad y la eficiencia operativa.
- Mejorar la planificación y ejecución del mantenimiento preventivo para reducir la frecuencia y la gravedad de las intervenciones correctivas, lo que minimizaría tiempos de inactividad y costos imprevistos.
- Optimizar la cadena de suministro de repuestos y materiales, implementando un sistema de gestión más eficiente para reducir demoras en el mantenimiento y garantizar la disponibilidad de piezas clave a tiempo.
- Orientar el plan de mantenimiento hacia el cumplimiento de la normatividad de habilitación, garantizando que todas las unidades y procesos se ajusten a los requisitos establecidos por las autoridades competentes, y contribuyendo a la mejora continua de la calidad y seguridad en los diferentes servicios de la Subred Norte.

ACTIVOS FIJOS

DESCRIPCIÓN: Durante la vigencia 2024 se avanzó con respecto a los planes de mejora establecidos por la Revisoría Fiscal con cierre a 2023, sin embargo, nos encontramos realizando la depuración contable, en cuanto a la revisión de la parametrización del módulo de Activos Fijos, teniendo cuenta que se evidenciaron algunas inconsistencias

en lo referente a depreciación, vidas útiles y fechas de adquisición, lo que no ha permitido el 100% de la depuración.

Debido a las inconsistencias evidenciadas el comité de inventarios, el subgerente corporativo, recomendó iniciar una nueva toma física de inventarios solo de Propiedad, Planta y Equipo, en donde se tengan en cuenta los equipos biomédicos, equipos industriales, y equipos de cómputo, con el fin de reorganizar la información y validar que se tiene en realidad y cruzar frente a lo que se encuentra registrado en el sistema de información.

De acuerdo a lo anterior, se adelantó la toma física del inventario de la Propiedad, Planta y Equipo y se dio inicio con la depuración en el sistema de información

LOGROS:

Depuración Modulo de Activos Fijos

- Dos (2) ambulancias que en el año 2020 habían sido siniestradas, y pagadas por la aseguradora.
- Sede de Orquídeas, permanecía en el sistema de información como un activo de la institución y en realidad era un predio que se tenía en arriendo y el cual se encuentra en proceso de entrega.
- Verbenal: Contaba con dos situaciones, la primera el edificio que se encuentra registrado en el sistema de información había sido demolido dentro de los contratos 102-2021 obra y 111-2021 interventoría, por tal razón se debió sacar del sistema el valor de esa edificación e incluir en la PPE la nueva edificación.
- Granja: Edificio que fue demolido y se encontraba registrado en el sistema de información, por tal razón se debe excluir de DINAMICA.

Toma física de inventario

Dentro de la gestión adelantada en el último trimestre del año, es la nueva toma física de inventarios de los elementos de Propiedad Planta y Equipo de los grupos de Ingeniería Biomédica, industrial y de sistemas. Lo anterior se realizó teniendo en cuenta las bases de datos remitida por cada uno de los líderes de los subprocesos de Ingeniería Biomédica, ingeniería Industrial y de Sistemas con el fin de realizar posteriormente los respectivos cruces en el sistema de información, para así continuar con la depuración contable y de DINAMICA GERENCIAL.

Bajas

El área de Activos Fijos se encuentra adelantando el inventario de bajas en las unidades de EMAUS con una base de inventario de 940 elementos, mientras que en Engativá Calle 80 encontramos 904 elementos. Con el ánimo de realizar la depuración de bajas, la Subred está priorizando el contrato del Banco popular - Martillo, con fin de lograr depurar por una parte la base de datos del sistema de información y por otro lado la limpieza y organización de las diferentes sedes de la Subred.

OPORTUNIDADES DE MEJORA:

El grupo funcional de Activos Fijos, tiene claro que dentro de los objetivos para la vigencia 2025, se encuentra adelantar toma física general del 100% de los activos, depurar la base de datos del sistema de información y lograr una parametrización del sistema de información acorde a la realidad de cada uno de los activos, y por ultimo lograr la depuración y evacuación de los elementos catalogados de baja, ya que en la actualidad se encuentran ocupando un espacio importante en cada una de nuestras sedes.

DIFICULTADES

Durante la vigencia se ha tenido dificultad con respecto a la información registrada en DINAMICA GERENCIAL, ya que mensualmente se han presentado diferencias a la hora de realizar la conciliación entre Activos Fijos y Contabilidad, lo anterior obedece básicamente a la parametrización y al cargue inicial que se realzo, dado que las depreciaciones, las fechas de adquisición y los saldos en libros no concuerdan en algunos grupos del módulo de Activos Fijos. En cuanto a la toma física de inventario, se presentaron algunas dificultades en cuanto a la consolidación de los equipos de trabajo dado a las múltiples labores que desarrollan cada una de las áreas y sus respectivos apoyos.

RETOS 2025

Dar inicio a la ejecución del contrato Banco Popular – Martillo y Desintegración parque automotor, con el fin de abrir los espacios que ocupan en la actualidad estos bienes lograr la depuración de los mismos en el sistema de información.

Continuar con la depuración sistema de información, realizando las diferentes pruebas en cuanto a depreciaciones y validación del estado actual, valor y ubicación de cada uno de los activos.

GESTIÓN AMBIENTAL

El subproceso de Gestión Ambiental implementa los programas del Plan Institucional de Gestión Ambiental-PIGA, mediante el planteamiento de metas anuales y el desarrollo de un plan de acción orientado al cumplimiento del objetivo de cada programa del PIGA y de la política ambiental, adicionalmente, la Subred, viene trabajando en estrategias que le permitan dar pasos hacia un hospital verde y saludable. Para la vigencia 2024, se planteó un plan de acción con las siguientes metas y actividades, por cada programa del PIGA:

Programa de uso eficiente de agua

Tabla 199. Metas y actividades programa de uso eficiente de agua

Meta del programa	Actividades asociadas	% de cumplimiento
Mantener el consumo	Divulgar estrategias de uso eficiente del agua a funcionarios y/o contratistas de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	100%

Meta del programa	Actividades asociadas	% de cumplimiento
mensual menor o igual a 212.500 m3.	Contar con el 100% de dispositivos hidrosanitarios ahorradores en 2 centros de salud (Garcés Navas y Prado)	
	Instalar 10 sistemas ahorradores en llaves de lavamanos en las diferentes unidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	
	Implementar 1 sistema de reutilización de agua de lavamanos para descarga de sanitarios (Boyacá Real)	
	Publicar 4 piezas comunicativas sobre uso eficiente y ahorro de agua	

Fuente: Plan de acción PIGA 2024

Para la implementación de este programa, con corte al mes de noviembre se realizaron sesiones de sensibilización y capacitación sobre uso eficiente y ahorro de agua a 3165 servidores, colaboradores y 511 usuarios en las diferentes sedes de la Subred, se realizaron inspecciones mensuales en cada uno de los servicios de los centros de salud mediante las cuales se obtiene una adherencia al programa.

Por otro lado, como estrategias de prácticas sostenibles se realizó la instalación de 1 sistemas de reutilización de aguas lluvia para descarga de sanitarios en el centro de salud Boyacá Real y 1 sistemas de recolección de aguas lluvias para limpieza de áreas y superficies en el Centro de Salud Garcés Navas, adicionalmente se realizó la implementación del 100% de sistema ahorradores en llaves y lavamanos, en los centros de salud Prado y Garcés Navas. Estas estrategias encaminadas al uso eficiente del recurso pretenden sumar a la implementación de tecnologías limpias, para que paulatinamente estos centros se consoliden como unidades catalogadas como hospitales verdes y saludables, destacando que con esta actividad la Subred cuenta actualmente con 5 centros de salud con esta tecnología.

Respecto a la meta de consumo planteada en el periodo de enero a noviembre de la vigencia 2024, se reportó un consumo de agua 177.480 m3, con un promedio mensual de 14.790 m3/mes. A continuación, se describe el comportamiento de consumo de agua por trimestre, en el que se evidencia una disminución anual importante de -18.05% respecto a la vigencia anterior.

Tabla 200. Consumo periódico de agua - Subred Integrada de servicios de salud Norte E.S.E

PERIODO	2023	2024	% VARIACIÓN
I TRIMESTRE	50.673 m3	53.022 m3	5%
II TRIMESTRE	51.184 m3	50.123 m3	-2%
III TRIMESTRE	56.972 m3	37.194 m3	-34.7%
IV TRIMESTRE	57.752 m3	37.141 m3	-35.7%

Fuente: Bases de indicadores PIGA - consumo recursos no renovables

Programa de uso eficiente de energía

Tabla 201. Metas y actividades programa de uso eficiente de energía

Meta del programa	Actividades asociadas	% de cumplimiento
Mantener el consumo mensual menor o igual a 5.700.000 Kwh	Divulgar estrategias de uso eficiente de energía a funcionarios y/o contratistas de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	100%
	Mantener adherencia del programa de uso eficiente de energía sobre 95%, en la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	
	Instalar el 100% de luminarias Led en 2 centros de salud de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E (Garcés Navas y Prado)	
	Publicar piezas comunicativas sobre uso eficiente y ahorro de energía	

Fuente: Plan de acción PIGA 2024

Para la implementación de este programa, con corte al mes de noviembre se realizaron sesiones de sensibilización y capacitación sobre uso eficiente y ahorro de energía a 3604 servidores, colaboradores y 511 usuarios en las diferentes sedes de la Subred, se realizaron inspecciones mensuales en cada uno de los servicios de los centros de salud mediante las cuales se obtiene una adherencia al programa del 99%.

Por otro lado, como estrategias de prácticas sostenibles se realizó la implementación del 100% luminarias LED, en los centros de salud Prado y Garcés Navas. Estas estrategias encaminadas al uso eficiente del recurso pretenden sumar a la implementación de tecnologías limpias, para que paulatinamente estos centros se consoliden como unidades catalogadas como hospitales verdes y saludables, destacando que con esta actividad la Subred actualmente cuenta con 14 centros de salud y 4 sedes de salud pública, archivo y/o bodega, que cuenten con esta tecnología eficiente.

Respecto a la meta de consumo planteada, en el periodo enero a diciembre, de la vigencia 2024, se reportó un consumo de energía de 4.037.700 Kwh, con un promedio mensual de 336.475 Kwh/mes.

En relación, con la trazabilidad del consumo de energía, a continuación, se describe su comportamiento por trimestre, en el que se evidencia una disminución anual importante en el consumo de -8% respecto a la vigencia anterior.

Tabla 202. Consumo periódico de energía – Subred Integrada de servicios de salud Norte E.S.E

PERIODO	2023	2024	% VARIACIÓN
I TRIMESTRE	1.078.435 Kwh	922.882 Kwh	-14%
II TRIMESTRE	1.106.945 Kwh	1.060.058 Kwh	-4%
III TRIMESTRE	1.129.441 Kwh	1.057.602 Kwh	-6%
IV TRIMESTRE	1.067.038 Kwh	997.158 Kwh	-7%

Fuente: Bases de indicadores PIGA - consumo recursos no renovables

Es de aclarar que en el periodo octubre-noviembre de la vigencia 2023 la empresa ENEL Codensa presento error en la facturación y no reporto el consumo de gran cantidad de sedes por tal razón al realizar la comparación con la vigencia 2024 se impacta el indicador. Por otro lado, en el reporte descrito no se contempla consumo del Hospital Fray Bartolomé de las Casas ya que se encuentra en reclamación ante ENEL Codensa por el no reporte del mismo en la vigencia.

Programa de gestión de residuos

Tabla 203. Metas y actividades programa gestión de residuos

Meta del programa	Actividades asociadas	% de cumplimiento
Meta anual: Aumentar 0,5% la generación de material reciclable.	Divulgar la adecuada segregación de residuos a funcionarios y/o contratistas de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	76%
	Divulgar la adecuada segregación de residuos a 950 usuarios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	
	Realizar 2 campañas de reciclaje en la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	
	Publicar 4 piezas comunicativas sobre adecuada segregación de residuos	
	Adquisición de 1 compactador de residuos ordinarios para el Hospital Simón Bolívar.	

Fuente: Plan de acción PIGA 2024

Para la implementación de este programa se realizaron periódicamente inspecciones de verificación de condiciones ambientales en cada centro de salud, evaluando el cumplimiento y adherencias al PGRH, a fin de fortalecer los resultados de adherencia se realizaron sesiones de capacitación constantes, para los cuales se logró cobertura de 4499 funcionarios y/o contratistas y 511 usuarios, con corte a noviembre de la vigencia 2024. Por otro lado, se trabajó constantemente en el aumento de la generación de material aprovechable en todas las áreas mediante capacitaciones y campañas, que para esta vigencia se dieron en el marco de la Semana Ambiental y del mes de diciembre permitiendo a los colaboradores involucrarse de manera activa con el aprovechamiento de materiales reciclables.

Respecto a la meta planteada, en el periodo enero a noviembre, de la vigencia 2024, se reportó la generación de 61 Ton de material aprovechable, con un promedio mensual de 4.8 Ton/mes, lo cual corresponde a un aumento del 8.4% comparado con la vigencia anterior.

Programa de consumo sostenible

Tabla 204. Metas y actividades programa consumo sostenible

Meta del programa	Actividades asociadas	% de cumplimiento
Meta anual: Elaborar 2 fichas de bienes y servicios con criterios de	Elaborar fichas de bienes y/o servicios con criterios de sostenibilidad aplicables a la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	100%

Meta del programa	Actividades asociadas	% de cumplimiento
sostenibilidad para contratos en los que aplique inclusión de cláusulas ambientales	Elaborar propuesta para implementar el aprovechamiento de residuos orgánicos generados en área de servicio de alimentación. Instalar panel solar para iluminación de áreas exteriores.	
Meta anual: Reducir en un 0,25% la adquisición de número de unidades de EPSU respecto a la línea base (2019)	Realizar campaña lúdica en donde se promueva la erradicación de plásticos de un solo uso	

Fuente: Plan de acción PIGA 2024

El objetivo de este programa es promover la producción y el consumo sostenible de la institución a fin de contribuir a la disminución de impactos ambientales y adaptación al cambio climático. Para ello la Subred se planteó la inclusión de cláusulas ambientales dentro de los procesos de contratación, logrando en la vigencia 2024 incluir cláusulas en los contratos de adquisición de contenedores para residuos y en el contrato de operación y mantenimiento de las plantas de tratamiento de aguas residuales, destacando que con esta actividad la Subred actualmente cuenta con 8 fichas con criterios de sostenibilidad para bienes y servicios, aplicables a 8 contratos que se encuentran actualmente en ejecución.

Por otro lado, en esta vigencia se continuo con la implementación de estrategias para la eliminación de uso de plásticos, para lo cual se realizaron campañas lúdicas en la Semana ambiental, indicando los impactos que genera el uso de este material, así mismo se divulgo mediante videos informativos y se continua con la eliminación paulatina de mezcladores de plásticos y de vasos plásticos, logrando un porcentaje de reducción de 100% en vasos plásticos y en mezcladores, incluyendo los mezcladores biodegradables, bajo la ejecución del contrato de “Servilimpieza”.

Adicionalmente, en términos de energías renovables se instaló un panel solar para la iluminación del cicloparqueadero del Hospital Engativá, estrategia encaminada a promover el uso de energías limpias que aporten a la disminución de gases efecto invernadero y a ofrecer un entorno más seguro y funcional para los funcionarios y colaboradores que hacen uso de bicicletas.

Programa implementación de prácticas sostenibles

Tabla 205. Metas y actividades programa implementación de prácticas sostenibles

Meta del programa	Actividades asociadas	% de cumplimiento
Meta anual: Aumentar en 0,25% los bici usuarios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	Instalar cicloparqueaderos en diferentes unidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. Mejorar el sistema de registro actual de bici usuarios mediante un sistema más eficiente	64%

Meta del programa	Actividades asociadas	% de cumplimiento
Meta anual: Aumentar la implementación de energías renovables mediante la instalación de 1 panel solar en una unidad de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	Instalación de estación de carga solar para vehículos en CSE.	

Fuente: Plan de acción PIGA 2024

Para la implementación de este programa se realizaron actividades enmarcadas en el Plan Integral de movilidad sostenible, con el objetivo de fortalecer el uso de transportes alternativos y lograr aumentar la cantidad de ingresos de bici usuarios registrados en la Subred, para ello, con corte al mes de noviembre se instaló 1 ciclo parqueadero de 24 cupos en el Hospital Simón Bolívar, con condiciones que permitieron la certificación de sello de oro, de igual forma se instalaron 2 cicloparqueaderos más en el Centro de Salud Usaquén y el Centro de Salud Garcés Navas.

Por otro lado, se ha desarrollado un aplicativo interno destinado al registro de bici usuarios y a la gestión de la información relacionada. Este proyecto ha sido ejecutado en colaboración con el área de sistemas, con el objetivo de avanzar en la implementación de una herramienta tecnológica que facilite la gestión de la movilidad en la Subred Norte. El aplicativo, se denominó “EcoMove Norte” y surge como una solución innovadora para optimizar y modernizar los procesos relacionados con la movilidad y la sostenibilidad en la Subred Norte E.S.E, además, promueve la movilidad sostenible y contribuye al fortalecimiento de las acciones del Plan Integral de Movilidad Sostenible.

Actualmente, el aplicativo se encuentra en fase de prueba piloto, con el objetivo de verificar su funcionalidad. Posteriormente, se llevará a cabo una socialización oficial y capacitación para su implementación efectiva en todas las sedes de la Subred Norte.

PRINCIPALES LOGROS:

Con el desarrollo del plan de acción PIGA y el cronograma de actividades de hospitales verdes y saludables, de la vigencia 2024, se ha logrado disminución en el consumo de agua, energía y disminución en volumen y costos en la facturación de residuos no aprovechables del Hospital Engativá

Consumo de agua: En el periodo de enero a noviembre la vigencia 2024, se reportó un consumo de agua 177.480 m³, con un promedio mensual de 14.790 m³/mes, lo que se traduce en una disminución de 18.05% respecto al mismo periodo de la vigencia anterior.

Respecto a la implementación de prácticas sostenibles asociadas al uso eficiente de este recurso, la Subred inicio en el año 2021, el plan piloto de implementación de prácticas sostenibles en el Centro de Salud la Española, en el que se instalaron paneles solares, sistemas de recolección de aguas lluvia y 100% de dispositivos hidrosanitarios de bajo consumo y luminarias LED, obteniendo resultados con impactos significativos, en la disminución del indicador de consumo de agua, reportando disminución de 59% para la vigencia 2022, de 42% para la vigencia 2023 y de 63% en los periodos reportados de la vigencia 2024, en comparación con la línea base (vig. 2021).

Con este plan piloto, se dio paso a extender las estrategias a otros centros de Salud, incluyendo ahora a Boyacá Real, Hospital Chapinero y Hospital Engativá en los que se inició trabajando con diagnósticos para la evaluación física de dichos centros y la viabilidad de trabajar estrategias sostenibles, obteniendo resultados de impacto, en el Centro de salud Boyacá Real con una disminución del indicador de consumo de agua, de 41% en comparación con la línea base (vig. 2023).

Consumo de energía: En el periodo enero a diciembre, de la vigencia 2024, se reportó un consumo de energía de 4.037.700 Kwh, con un promedio mensual de 336.475 Kwh/mes, lo que se traduce en una disminución de 8% respecto al mismo periodo de la vigencia anterior.

Gestión de residuos: La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, viene trabajando en estrategias que le permitan dar pasos hacia un hospital verde y saludable, una de las líneas de intervención inscritas está orientada a residuos, con la que se trabajó en la instalación de un compactador de residuos no aprovechables, en el Hospital Engativá. Con la entrada en funcionamiento del compactador, se presenta un impacto en el volumen de generación de residuos no aprovechables y en el costo por la recolección y disposición final de los mismos, logrando una disminución del 68% en volumen de residuos y 67% en costos por recolección y tratamiento de residuos, de acuerdo con la facturación con corte a 31/10/2024.

En el marco de esta línea de intervención también se realiza seguimiento al compactador de residuos no aprovechables del Hospital Centro de Servicios Especializados, en el que se presenta un impacto en el volumen de generación de residuos no aprovechables y en el costo por la recolección y disposición final, logrando una disminución en volumen de residuos del 67% para el año 2024, del 83% en el año 2023 y de 83% en el año 2022, comparado con la línea base, vigencia 2021; respecto a los costos por recolección y tratamiento de residuos, se logró una disminución del 69% para el año 2024, del 79% en el año 2023 y de 82% en el año 2022, comparado con la línea base, vigencia 2021.

En relación de la gráfica anterior, es importante aclarar que el volumen de la vigencia 2021 corresponde al aforo realizado en el periodo en el que el distrito se encontraba en pandemia por Covid-19, lo cual disminuyó la generación de residuos no peligrosos. El compactador de residuos se optimizó en el año 2021 pero entró en funcionamiento en el II trimestre del año 2022, en donde se inicia a evidenciar el impacto en disminución de volumen y costos, resultados que se continuaron evidenciando en la vigencia 2023. Para la siguiente vigencia 2024, se presentó errores en la facturación de Área limpia, aumentando el volumen y por ende el costo, no obstante, se presentó la reclamación pertinente y se estableció mediante Resolución No. 1524636 del 07 de junio de 2024 de "Área Limpia", el ajuste al volumen de residuos no aprovechables generados y por ende al costo de recolección y tratamiento de los mismos.

OPORTUNIDADES DE MEJORA:

Fortalecer la adherencia en manejo de residuos en los colaboradores de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

Aumentar la adopción de tecnologías sostenibles, como sistemas de reutilización de agua lluvia y la instalación de paneles solares.

DIFICULTADES:

En relación con la trazabilidad de consumos no renovables, se ha evidenciado una disminución significativa en el consumo de agua de 18.05% y 8% en el consumo de energía, respecto a la vigencia anterior. No obstante, la disminución en los metros cúbicos y Kwh, no ha implicado la disminución del costo por consumos en pesos (\$), lo cual se debe a que las tarifas por metro cubico de agua y Kwh en consumo de energía, han presentado aumento periódico, respecto a la vigencia anterior, además, es de tener en cuenta que estas tarifas son variables de acuerdo a diferentes aspectos como: los costos de la cadena de valor de la energía, que incluye actividades de generación, transmisión, distribución y comercialización, de acuerdo a lo que establece la Resolución CREG 119 de 2007.

ALMACEN GENERAL

El Almacén General tiene como propósito garantizar el suministro oportuno de los insumos y elementos requeridos para la adecuada Prestación de los Servicios de Salud en las diferentes farmacias, servicios asistenciales y áreas administrativas de la Institución por lo que durante la vigencias 2024 se trabajó en garantizar el abastecimiento, con un uso eficiente de los recursos asignados basado en los principios de racionalidad y oportunidad, atendiendo las necesidades para la prestación de los servicios asistenciales y administrativos necesarios para la atención de nuestros usuarios y sus familias y minimizar así los reportes de faltantes de insumos en los servicios, situación también reportada en los diferentes espacios de reunión “Conectados con la Gerente”.

En el transcurso del año 2024 el Almacén General de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte reorganizó su estructura y funcionamiento en aspectos relacionados con Talento Humano, Infraestructura y operación logística general.

Acreditación:

Frente al proceso de Acreditación que adelanta la Subred, desde el Almacén General se participa como integrante de las mesas de Ambiente Físico y Gestión de la Tecnología sin tener oportunidades de mejora asociadas al proceso.

Plan operativo anual:

Frente a la meta establecida en el Plan Operativo Anual para la vigencia 2024 “Mantener el ingreso proveniente de stakeholders con beneficio público”, con base en la información reportada en el Sistema de información Dinámica Gerencial, para la vigencia 2024 se

recibieron 10 donaciones por valor de \$117.150.403=, manteniendo así un ingreso derivado de las donaciones que aportan a la gestión de la institución.

PRINCIPALES LOGROS:

Como logros del Almacén General durante la vigencia 2024 se pueden mencionar:

- Realizar la gestión para la contratación de los insumos requeridos por la institución, con el fin de brindar una adecuada prestación de los servicios asistenciales y minimizar los riesgos que dichos faltantes puedan llegar a generar.
- Unificación del Almacén General buscando un mayor control y optimización de los recursos.
- Lograr que la totalidad de los servicios, realicen los pedidos por el sistema de información Dinámica Gerencial.
- Centralización de la parte administrativa y operativa del almacén, logrando así una mayor articulación del proceso.

DIFICULTADES:

Frente a las dificultades del Subproceso para la vigencia 2024:

- Dificultades con los proveedores asociadas a temas de cartera, que condicionan el adecuado despacho de los insumos así mismo deficiente respuesta por parte de ellos ante las necesidades institucionales, lo que dificulta la fluidez normal del proceso.
- La comunicación al interior de la institución que no permite que la información llegue oportuna, clara y completa a las diferentes unidades y áreas de la Subred.
- Talento humano poco proactivo, con hábitos ya definidos y difícil adaptación al cambio.

OPORTUNIDADES DE MEJORA:

- La consolidación del proceso ya como almacén unificado, con un adecuado ciclo de respuesta.
- La articulación de los servicios a las nuevas directrices derivadas de la unificación, para lograr que el proceso de solicitud y despacho fluya adecuadamente sin generar faltantes en los servicios.
- Lograr avanzar y finalizar los procesos de depuración y conciliación de préstamos con las diferentes entidades.

GESTIÓN DOCUMENTAL

Durante la vigencia 2024, la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. consolidó avances significativos en la gestión documental, cumpliendo con los lineamientos establecidos en el Plan Archivístico Institucional y afrontando los retos propios de los procesos archivísticos en una entidad de esta magnitud.

Este informe detalla los logros obtenidos, las dificultades enfrentadas y las oportunidades de mejora identificadas, presentando un panorama integral de los resultados obtenidos y los retos para futuras vigencias.

PRINCIPALES LOGROS:

- Transferencia primaria de 189 metros lineales de documentos al archivo central, superando en un 10% la meta anual establecida.
- Digitalización de 25,000 documentos para su cargue en la plataforma Dinámica Gerencial, garantizando acceso electrónico y trazabilidad documental.
- El equipo de trabajo responsable estuvo conformado por 26 integrantes distribuidos en los subprocesos clave de la gestión documental. Este grupo multidisciplinario fue esencial para la ejecución de las actividades contempladas en el Plan Institucional de Archivo.
- Radicación y sustentación de seis Tablas de Valoración Documental (TVD), impactando positivamente en hospitales estratégicos de la Subred.
- Cumplimiento del 80,39% de las actividades programadas en el plan institucional de archivo.
- Implementación de un programa de capacitación en normatividad archivística y manejo de herramientas digitales para el 90% del personal.
- Consolidación de un esquema eficiente de trabajo que garantizó la disponibilidad del 100% de la documentación requerida en consultas internas y externas.
- Cumplimiento normativo en materia de conservación documental con indicadores superiores al 70% en todas las sedes.
- Mejora en la satisfacción del usuario, alcanzando un 99% en la entrega de historias clínicas.

OPORTUNIDADES DE MEJORA:

- **Fortalecimiento Tecnológico:** Incrementar la inversión en herramientas tecnológicas para masificar la digitalización y mejorar la integración de plataformas.
- **Capacitación Continua:** Diseñar un programa anual de capacitación en normativas archivísticas y nuevas tecnologías para mantener al personal actualizado.
- **Mejora en la Infraestructura:** Implementar medidas para optimizar las condiciones de almacenamiento en los centros de acopio documental.
- **Revisión y Actualización de la TRD:** Realizar un análisis exhaustivo de las tablas de retención documental para asegurar su alineación con la normativa vigente.

DIFICULTADES:

- **Recursos Tecnológicos Limitados:** La falta de equipos de digitalización masiva obstaculizó la ejecución de procesos a mayor escala, al igual que la desactualización de los dispositivos actuales.
- **Retrasos Normativos:** Demoras en la aprobación de las Tablas de Valoración Documental por parte del Consejo Distrital de Archivo.
- **Retrasos Operativos:** Problemas en la entrega de soportes físicos por parte de áreas clínicas, lo que generó rezagos en la digitalización.

VEHÍCULOS Y TRANSPORTE

Desde el subproceso de Vehículos y transporte se cuentan con siete conductores para prestar el servicio de Gerencia, subgerencias y las necesidades de la Subred Norte como es el traslado de insumos, medicamentos, activos fijos, Equipos biomédicos e infraestructura entre otros.

Mantenimiento de vehículos

La Subred Norte para las vigencias 2021 a diciembre de 2024 ha contado con el **CONTRATO 108-2021 CON TOYOCAR'S** cuyo objeto es: Contratar el servicio integral de mantenimiento preventivo y correctivo, con mano de obra, suministro de repuestos, llantas, lubricantes y demás insumos requeridos para las intervenciones y/o mantenimientos, servicio de grúa, carro taller, monta llantas, lavado y desinfección, revisión técnico mecánica y de emisiones contaminantes, y otros que sean requeridos por los vehículos que conforman el parque automotor de la subred norte ese: ambulancias y otros.

Combustibles y lubricantes

La subred cuenta con la orden de compra 114977 con la empresa DISTRACOM S.A. cuyo objeto es: "Contratar el suministro de combustible de A.C.P.M y gasolina para el abastecimiento del parque automotor y equipo industrial, perteneciente a la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E."SUMINISTRO DE COMBUSTIBLE PARA EL PARQUE AUTOMOTOR Y EQUIPO INDUSTRIAL DE LA ENTIDAD.

Durante la vigencia 2023 se certificó un consumo de combustibles por valor de \$787.208.350 presentando un promedio mensual de \$65.600.695.

Durante la vigencia 2024 se certificó consumo de combustibles por valor de \$853.738.304 presentando un promedio mensual de \$ 71.144.858 en el transcurso de la vigencia 2024. Presentado una diferencia del 7.79% entre vigencias, debido al desgaste natural del parque automotor esto hace que se incremente el consumo y alza del combustible entre vigencias.

Alquiler de vehículos

Objeto: Contratar el servicio de transporte especial de pasajeros para el ejercicio del cumplimiento de las funciones de las unidades de prestación de servicios de que conforman la subred integrada de servicios de salud norte E.S.E.

Durante la vigencia 2023 se ha certificado valor de \$ 8.007.601.668 presentando un promedio mensual de \$ 667.300.139

Durante la vigencia 2024 se ha certificado valor de \$7.226.276.664 presentando un promedio mensual de \$ 602.189.722

Presentado una diferencia del 7.79% entre vigencias, disminución que se presenta debido a la cantidad de vehículos que se requieren en los convenios.

DIFICULTADES

- Dentro de las dificultades que se presentó durante la vigencia la deuda con los proveedores ya que se pone en riesgo el servicio de la empresa contratada

- Los vehículos administrativos, por su antigüedad presenta paras en la operación para realizar intervenciones en el taller
- Las alzas en los precios de combustible han afectado la facturación.

PRINCIPALES LOGROS:

Con el fin de formalizar los procesos del área DEL PARQUE AUTOMOTOR, se establecieron los siguientes logros en el proceso de mantenimiento vehículos:

- Se implementó un sistema de control mediante un chip de tanqueo individual por vehículo, que se habilita con un volumen previamente autorizado, basado en el histórico de consumo promedio de cada vehículo. Este sistema proporciona información detallada del consumo de manera diaria y en tiempo real.
- Se solicitó al proveedor, en base a su experiencia y conocimiento, que enviara una relación individual por vehículo, donde se describan las características de cada abastecimiento (placa, volumen, hora, valor, entre otros). Esto permitió ejercer un control más riguroso entre el consumo de combustible y el rodamiento de los vehículos.
- Como parte de la gestión continua, se fortaleció el uso de chips de tanqueo individual por vehículo, que permiten habilitar un volumen autorizado conforme al histórico de consumo promedio, proporcionando datos detallados y en línea sobre el consumo de combustible.
- A pesar de las fluctuaciones en los precios del combustible, se logró mantener un equilibrio en el consumo del parque automotor de la Subred Norte, optimizando los recursos disponibles.
- Se dio una respuesta ágil y eficiente a las necesidades de servicio de transporte de los vehículos administrativos de la Subred Norte, garantizando la operatividad y cobertura necesaria para las actividades diarias.

Retos 2025

- Realizar seguimiento constante con el fin de evidenciar alguna anomalía en la tendencia de mejora que se lleva a la fecha, para la oportuna acción correctiva pertinente.
- Se realizar nuevos procesos en alquiler, mantenimiento de vehículos y combustibles. Que garanticen la continuidad en la prestación de servicios de la Subred Norte.
- Tener estabilidad en la facturación mediante el control de preoperativos y mantenimientos preventivos para evitar daños mayores que eleven la facturación.
- Mantener el parque automotor de la Subred Norte funcional para logra prestar los servicios en forma normal.
- Se actualizarán las tarjetas de propiedad, para evitar inconvenientes con las autoridades competentes.
- Contribuir para la normalización del Plan estratégico de seguridad vial PESV
- Se continuará con el cumplimiento del servicio oportuno de los vehículos en alquiler tercerizados para las necesidades de la Subred Norte.

- Lograr que mediante controles utilizando la plataforma que proporciona el proveedor control de cada vehículo sobre el consumo diario.

VIGILANCIA

En el subproceso de vigilancia encargada de prestar el servicio de vigilancia y seguridad privada en la modalidad fija sin armas y medios tecnológicos, por medio del contrato Vigente No. 183 del 2023: vigencia desde el 01 de diciembre del 2023 hasta el 31 de enero 2025.

PRINCIPALES LOGROS:

- La empresa de vigilancia Dinapower Ltda. Ha instalado mas Medios tecnologicos de los contratados sin costo adicional lo cual permite una mayor cobertura visual.

- Tabla 206 Instalación medios tecnológicos

- MEDIOS TECNOLOGICOS	- CANTIDAD TOTAL CONTRATADO DIC 2023	- TOTAL, INSTALADOS A DIC 2024
- CAMARAS hasta 2 megapíxeles	- 692	- 717
- DVR	- 37	- 60
- MONITORES para cámara	- 37	- 37
- CENTRALES DE MONITOREO	- 5	- 5

- Se logro minimizar el riesgo de pérdida de bienes, daño de las instalaciones, detener perturbaciones a la tranquilidad individual en lo relacionado con la vida y los bienes propios o de terceros.
- Se realizaron rondas con el fin de prevenir la acumulacion de medicamentos y dispositivos medicos para luego ser sustraídos de la subred.
- Junto con el area de activos fijos se logro que el personal asistencial y administrativo para cualquier traslado de los activos de la subred, Realice la debida elaboracion del documento de traslados.
- Se logro que la Empresa de Vigilancia y Seguridad privada, gestionara mecanismos de apoyo y prevención en los casos de agresión por parte de los pacientes u otro ciudadano a la misión médica, de acuerdo con los alcances definidos en el marco legal.
- Mediante la socialización de protocolo de autocuidado se logro fomentar la responsabilidad de cultura de seguridad y autoprotección a todo el personal de la subred.
- Capacitación por parte de hospitalización para vigilancia frente al manejo de pacientes alterados y psiquiátricos.

- Se participó activamente en el proceso de acreditación de las unidades priorizadas.

DIFICULTADES:

- La situación financiera frente a la falta de flujo de caja en la Subred Norte a generado una cartera con la empresa de vigilancia a más de 240 días y esto afecta el servicio por inconformidad de los vigilantes.
- En algunas unidades se presentan riesgos de seguridad por el mal estado de algunas puertas, rejas, ventanas, chapas y falta de iluminación en áreas perimetrales.

OPORTUNIDADES DE MEJORA:

- Llegar a 5% en las fugas de pacientes.
- Que el 100% de los funcionarios y colaboradores de los servicios asistenciales cumplan con la entrega de los equipos biomédicos a cargo del servicio en cada cambio de turno.
- Que el dispositivo de vigilancia sea parte activa de las capacitaciones de los procesos en los cuales somos transversales.
- Estrategia de seguridad y vigilancia para disuadir los panoramas vulnerables que se encuentran plasmados en los informes de seguridad utilizando los medios tecnológicos actuales.
- La prevención de ataques a la misión médica y a los guardas de seguridad, promoviendo una mayor productividad y cumplimiento de las consignas de cada puesto.
- Implementar estrategias para reducir el riesgo de hurto, daño a los bienes de la subred y proteger a los colaboradores, funcionarios, usuarios y acompañantes que ingresen a la subred norte.

SERVICIOS GENERALES- ASEO

Durante el año 2024, los servicios integrales de aseo, limpieza y desinfección hospitalaria, cafetería, mantenimiento de césped y jardinería, prestados en la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., por el Servilimpieza S.A., han enfrentado retos relacionados con la rotación del personal y la optimización de turnos. Por lo cual se han implementado estrategias efectivas que han mejorado significativamente los indicadores clave, incluyendo la disminución en la tasa de rotación y el fortalecimiento de las capacitaciones.

Capacitaciones

El fortalecimiento del talento humano ha sido clave, logrando un 93% de cumplimiento en capacitaciones planificadas entre junio y diciembre. Se capacitaron a 1.738 participantes en temas como, procesos de limpieza y desinfección, manejo de insumos y derrames, uso de maquinaria especializada, entre otros.

PRINCIPALES LOGROS:

- Mediante el seguimiento continuo y gracias a la gestión de los supervisores de cada sede, se logró disminuir el índice de rotación del personal, mejorando la prestación de los servicios.
- Se ha mantenido un alto cumplimiento a la ejecución de capacitaciones, superando el 90% en la cobertura de las actividades formativas.

OPORTUNIDAD DE MEJORA:

- Fortalecer la adherencia del personal a los protocolos institucionales que contribuyan a la mejora continua.

3.6. GESTIÓN TICS

Durante la vigencia 2024, el proceso de Gestión de TICS ha desempeñado un papel fundamental como habilitador estratégico para el fortalecimiento y modernización tecnológica de la entidad. En línea con nuestro objetivo de liderar la planeación estratégica de las TIC, enfocamos los esfuerzos en el desarrollo e implementación de iniciativas que promuevan el gobierno abierto, la innovación y la prestación de servicios tecnológicos eficientes.

El presente informe detalla las actividades y logros alcanzados durante el año 2024, abarcando desde la definición e implementación de políticas y lineamientos tecnológicos, hasta la gestión operativa de los servicios de TI. Se destacan las acciones realizadas en materia de administración de sistemas de información, fortalecimiento de la infraestructura tecnológica, y el aseguramiento de la disponibilidad y seguridad de los servicios informáticos institucionales.

IMPLEMENTACIÓN DE TECNOLOGÍA SDWAN

Se realizó una modernización integral de la infraestructura de comunicaciones mediante la implementación de canales SDWAN:

- Despliegue exitoso en la sede Chapinero para sedes pequeñas de ETB (100% completado en enero 2024)
- Implementación de canales con TIGO UNE para las sedes Simón, Calle 80, Suba y Rionegro (100% completado en enero 2024)
- Migración exitosa del canal de Servidores TIGO en la sede Chapinero (100% completado en enero 2024)

Tabla 207: Actividades y logros de seguridad y recursos

Actividad	Fecha	% Avance
Implementación de canal SDWAN con movimiento de sedes pequeñas de ETB en la sede Chapinero	Enero 2024	100
Implementación de canal SDWAN con TIGO UNE para sedes Simón, Calle 80, Suba y Rionegro	Enero 2024	100
Implementación de canal SDWAN con movimiento de canal de Servidores TIGO en la sede Chapinero	Enero 2024	100
Implementación de autenticación multifactor en el correo institucional	Febrero 2024	100
Cancelación MPLS ETB sede Rionegro	Marzo 2024	100
Cancelación MPLS TIGO sede Suba Salud Publica	Feb-Dic 2024	100
Migración canales MPLS de ETB a TIGO	Abr-Jun 2024	100
Migración Agilsalud de Azure a AWS	Mayo 2024	80
Actualización y estabilización Sistema de Información DGH	Ago-Sep 2024	100
Cancelación MPLS ETB sede San Luis	Diciembre 2024	50

Fuente: Oficina Sistemas de Información – TIC

Estos logros han permitido modernizar la infraestructura tecnológica institucional, mejorando la eficiencia operativa y fortaleciendo la seguridad de la información.

AGILSALUD - SGDEA SISTEMA DE GESTIÓN DE DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS DE ARCHIVO.

Durante la vigencia 2023, la Subred Norte E.S.E implementó Ágilsalud, el nuevo Sistema de Gestión Documental adquirido por la Secretaría Distrital de Salud (SDS) como reemplazo del sistema ORFEO. Este proceso ha contado con la participación activa de las oficinas de Gestión Documental, Sistemas y Comunicaciones como referentes institucionales.

Ante la decisión de la SDS de discontinuar el pago de la infraestructura “cloud” en Azure donde actualmente se aloja Agilsalud, la Subred Norte E.S.E ha iniciado el proceso de contratación para evaluar dos alternativas estratégicas: mantener el servicio en Azure mediante contratación directa o realizar la migración a la plataforma AWS.

La Oficina de Sistemas ha identificado como prioridad estratégica garantizar la disponibilidad presupuestal para el sostenimiento de la infraestructura “cloud” que soportará el sistema Agilsalud. Como parte de esta gestión, al cierre de la vigencia 2024 se estableció el cronograma para la ejecución de pruebas de migración de la plataforma, asegurando así la continuidad y estabilidad del servicio.

ESTRATEGIA CERO PAPEL

Para la vigencia 2024 se estableció como meta disminuir en 10% el consumo de papel por dependencias tomado como línea base la vigencia 2023.

Como logros obtenidos se destacan:

- Resultado alcanzado: Disminución del 12.81%
- El consumo de papel pasó de 15,604,997 hojas en 2023 a 13,606,079 hojas en 2024.
- Se logró superar la meta establecida por un margen de 2.81%
- Implementación de un cuadro de control simplificado para seguimiento
- Desarrollo de una herramienta de autocontrol en Power BI para monitoreo del consumo:
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojOTdkZDUxZWQtYTFiMy00YzRmLWEwYTEtZTU5MjYxNWVhZjA1IiwidCI6IjQzZjM1MDE5LTk0MzgtNDM4OC1iYWlwlLTRIjN2M5MWJjZTBjMyJ9&pageName=ReportSection>
- Disminuciones significativas en áreas clave: *Salud Pública*: Reducción del 77% (de 2,451,161 a 555,938 hojas) y *Cartera*: Reducción del 74% (de 60,163 a 15,352 hojas).

Oportunidades de Mejora

- Necesidad de mejorar las estadísticas detalladas por usuario en tiempo real.

- Fortalecer el control en áreas que mostraron aumentos significativos.
- Implementar mecanismos más detallados de seguimiento por oficina/usuario.

CORREO INSTITUCIONAL.

En enero de 2022 entró en operación la plataforma de correo outlook 365 como reemplazo a la anterior plataforma de correo Zimbra.

Como principales logros se destacan:

- Mantenimiento del costo mensual en \$10 millones a pesar de las presiones inflacionarias.
- Administración optimizada de 555 licencias activas a diciembre de 2024.
- Asignación eficiente de diferentes tipos de licencias basada en el análisis de consumo mensual.

Oportunidades de Mejora

- Desarrollar estrategias para mantener la eficiencia en costos ante futuros incrementos por inflación.
- Evaluar periódicamente las necesidades reales de los usuarios para ajustar los planes de licenciamiento.

CANALES MPLS E INTERNET.

La Oficina de Sistemas ha implementado y mantenido un sistema robusto de monitoreo en tiempo real para la infraestructura tecnológica institucional, destacándose por los siguientes logros:

- Implementación de soluciones basadas en software libre para el monitoreo continuo de:
 - Canales de comunicación.
 - Servidores institucionales.
 - Equipos activos de red.
- Adopción de tecnologías avanzadas mediante la incorporación de algoritmos de inteligencia artificial que permiten:
 - Predicción proactiva de patrones de consumo.
 - Visualización en tiempo real del comportamiento de la infraestructura.
 - Anticipación a posibles incidentes tecnológicos.

SERVIDORES.

La Oficina de Sistemas ha consolidado un sistema eficiente de monitoreo de recursos en servidores institucionales, caracterizado por:

- Implementación de una solución automatizada mediante PowerShell para:
 - Generación horaria de logs de consumo.
 - Registro sistemático del comportamiento de servidores.
 - Recopilación continua de datos de rendimiento.

- Desarrollo de visualizaciones dinámicas en Power BI que permiten:
 - Análisis detallado de patrones de consumo.
 - Seguimiento en tiempo real del rendimiento de servidores.
 - Generación de informes gerenciales para la toma de decisiones.

Esta implementación ha fortalecido la capacidad de monitoreo y análisis de la infraestructura de servidores, facilitando la toma de decisiones oportuna y la optimización de recursos tecnológicos institucionales.

INCIDENTES FUERA DE LÍNEA.

La Oficina de Sistemas realiza el monitoreo y seguimiento de eventos que generan interrupciones en los servicios tecnológicos institucionales. Durante la vigencia 2024 se registraron los siguientes resultados:

Logros:

- Monitoreo Integral de Incidentes.
- Registro de 108 incidentes que generaron eventos fuera de línea.
- Cobertura de monitoreo en 28 sedes institucionales.

Oportunidades de Mejora:

- Implementar un protocolo estricto para el registro periódico y sistemático de todas las caídas de servicio.
- Fortalecer el proceso de registro inmediato de incidentes cuando estos ocurren.
- Implementar indicadores de seguimiento para medir la efectividad en el registro de incidentes.

AUTOMATIZACIÓN E INNOVACIÓN

Durante la vigencia 2024, la Oficina de Sistemas de Información TIC lideró la iniciativa estratégica enfocada en la automatización de procesos y la innovación tecnológica institucional. Este enfoque se centró en el desarrollo e implementación de soluciones digitales que permiten optimizar la gestión, el seguimiento y el control de diversos procesos críticos de la Subred Norte E.S.E.

Entre los principales logros obtenidos se encuentran:

Desarrollos Completados (100% de avance)

- ✓ Implementación del Cuadro de Control para Brotes Epidemiológicos en Power BI.
- ✓ Desarrollo del sistema de Evaluación de Provisionales utilizando SharePoint, Forms y Power BI.
- ✓ Creación del Cuadro de Control de Evaluación Inventario Biomédico.
- ✓ Implementación del sistema de Control de Mantenimiento de Equipo Industrial integrando múltiples tecnologías:
 - i. SharePoint
 - ii. Google Forms
 - iii. Google Apps Script

iv. Power BI

Participación Académica

- ✓ Exitosa presentación en el Congreso de docencia, investigación e innovación con la ponencia sobre innovación en la Subred Norte E.S.E.

Proyectos en Desarrollo Avanzado

- ✓ Cuadro de Control de Ambulatorios (80% de avance).
- ✓ Implementación con SharePoint, Power BI y n8n (herramienta de automatización).

Proyectos en Desarrollo Medio

- ✓ Sistemas con 50% de avance:
 - Cuadro de Control de Hospitalización
 - Cuadro de Control de Sendas
- ✓ Ambos utilizando SharePoint, Power BI y n8n (herramienta de automatización)

Iniciativas en Fase Inicial

- ✓ Proyecto de Inteligencia Artificial con MINTIC para optimización del Call Center (20% de avance)
- ✓ Desarrollo del Cuadro de Control de Urgencias (20% de avance)

Aspectos Destacados:

- Integración exitosa de múltiples plataformas tecnológicas (SharePoint, Power BI, n8n, Google Suite)
- Enfoque en la automatización de procesos críticos institucionales
- Desarrollo de soluciones innovadoras para el sector salud.
- Combinación efectiva de herramientas de automatización y visualización de datos.

PROTOTIPO DEL CUADRO DE CONTROL PARA BROTES EPIDEMIOLÓGICOS

En la vigencia 2024 se encuentra en funcionamiento el prototipo desarrollado en Power BI del Cuadro de Control para Brotes epidemiológicos para facilitar el seguimiento y entendimiento de los registros.

PROTOTIPO DEL CUADRO DE CONTROL DE EVALUACIÓN PROVISIONALES

Se encuentra en funcionamiento el prototipo desarrollado en SharePoint, Forms y Power BI del Cuadro de control de evaluación provisionales para facilitar la recolección y gestión de los registros.

PROTOTIPO DEL CUADRO DE CONTROL DE EVALUACIÓN INVENTARIO BIOMÉDICA

Desde mayo de 2024 se encuentra en funcionamiento el prototipo desarrollado en SharePoint, Forms y Power BI del Cuadro de control de evaluación inventario biomédica para facilitar la recolección y gestión de los registros. Prototipo del Cuadro de control de mantenimiento equipo industrial

Desde abril de 2024 se encuentra en funcionamiento el prototipo desarrollado en SharePoint, Google Forms, Google Apps Script y Power BI del Cuadro de control de mantenimiento equipo industrial para facilitar la recolección

PROTOTIPO DEL CUADRO DE CONTROL DE AMBULATORIOS

Desde septiembre de 2024 se encuentra en funcionamiento el prototipo desarrollado en SharePoint, Power BI y n8n del Cuadro de control de ambulatorios para facilitar el seguimiento y entendimiento de los registros.

PROTOTIPO DEL CUADRO DE CONTROL DE HOSPITALIZACIÓN

Desde septiembre de 2024 se encuentra en funcionamiento el prototipo desarrollado en SharePoint, Power BI y n8n del Cuadro de control de hospitalización para facilitar el seguimiento y entendimiento de los registros. Prototipo del Cuadro de control de sendas

Desde septiembre de 2024 se encuentra en funcionamiento el prototipo desarrollado en SharePoint, Power BI y n8n del Cuadro de control de sendas para facilitar el seguimiento y entendimiento de los registros.

PROYECTO IA MINTIC OPTIMIZACIÓN DE LA GESTIÓN DEL CALL CENTER

Desde noviembre de 2024 se viene trabajando la iniciativa de Microcentros Virtuales de IA MINTIC con el objetivo de optimizar la gestión del Call Center de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte mediante la implementación de un sistema de inteligencia artificial con capacidades de procesamiento de lenguaje natural (NLP), que automatice consultas frecuentes y derive solicitudes complejas a operadores humanos, con el fin de optimizar la gestión y asignación de citas médicas a través de un asistente virtual automatizado para llamadas telefónicas.

PROTOTIPO DEL CUADRO DE CONTROL DE URGENCIAS

En la vigencia 2024 se cuenta con el funcionamiento del prototipo desarrollado en SharePoint, Power BI y n8n del Cuadro de control de urgencias para facilitar el seguimiento y entendimiento de los registros.

GESTIÓN SISTEMA DE INFORMACIÓN - BASE DE DATOS

Durante la vigencia 2024, la administración de bases de datos logró avances significativos en la modernización y optimización de la infraestructura tecnológica:

- **Actualización Tecnológica:** actualización exitosa a SQL Server 2022 Enterprise, mejorando significativamente el rendimiento y la seguridad de las bases de datos institucionales.
- **Fortalecimiento de Infraestructura:**
 - a. Incremento de capacidad en memoria RAM de 386 GB a 512 GB
 - b. Optimización de almacenamiento con discos SSD de alto rendimiento

- c. Implementación de configuraciones basadas en mejores prácticas de Microsoft

Gestión de Respaldos y Recuperación: Implementación de un sistema robusto de respaldos con esquemas diarios, semanales, mensuales y semestrales, garantizando la seguridad y disponibilidad de la información institucional.

Oportunidades de Mejora

Se identificaron las siguientes áreas de fortalecimiento para la vigencia 2025:

1. **Alta Disponibilidad:**
 - a. Implementación pendiente del clúster de Windows para Always On
 - b. Fortalecimiento de mecanismos de recuperación ante desastres
2. **Optimización de Reportería:**
 - a. Migración planificada de 411 reportes a procedimientos almacenados
 - b. Mejoramiento del rendimiento en la generación de informes
3. **Monitoreo y Control:**
 - a. Implementación de sistema automatizado de notificaciones
 - b. Desarrollo de check list diario para control operativo
 - c. Fortalecimiento de procesos de mantenimiento preventivo

Estas mejoras están orientadas a garantizar la continuidad operativa y la optimización del rendimiento de los sistemas de información institucionales

SOLUCIONES INFORMÁTICAS - PÁGINA WEB Y OTRAS SOLUCIONES

Durante la vigencia 2024, la Oficina de Sistemas lideró la renovación tecnológica institucional que fortalecieron la eficiencia operativa y mejoraron la experiencia de usuarios internos y externos:

La actualización de la página web institucional alcanzó más del 90% en estándares de accesibilidad, mientras que la nueva intranet optimizó la comunicación interna. Se implementaron soluciones específicas como la Mesa de Servicios con integración multitarea y el Sistema de Registro de Asistencia para la Oficina de Calidad.

Logros:

Desarrollo y Modernización de Plataformas Web

- Migración y actualización de la página web institucional con el 60% de cumplimiento en estándares de accesibilidad.
- Implementación de nueva intranet con gestor de contenido moderno
- Desarrollo del aplicativo de Registro de Asistencia para la Oficina de Calidad

Optimización de Servicios Tecnológicos

- Implementación de Mesa de Servicios con integración de nuevas áreas.
- Establecimiento de SLAs para medición de tiempos de respuesta

Herramientas de Automatización e Inteligencia de Negocio

- Desarrollo de Robot Pro para automatización de procesos institucionales

- Elaboración de dashboards de indicadores y mesa de servicios publicados en la intranet institucional para consulta y toma de decisiones.
- Desarrollo de Reports Norte con conexión a 7 bases de datos SQL Server.

Innovación Tecnológica

- Avance del 80% en el desarrollo del Chatbot institucional con integración API
- Desarrollo al 70% del aplicativo EcoMove Norte
- Implementación de nuevas funcionalidades en aplicativos existentes
- Con el fin facilitar el acceso de los usuarios a los servicios de salud, se implementa en agendamiento para citas de medicina general y citas de radiología a través de la página web en el sistema de Información Dinámica Gerencial Hospitalaria, el cual entro en producción a partir del 1 de noviembre de 2024, a 31 de diciembre de 2024 por este medio se han asignado las siguientes citas:

Tabla 208 Citas asignadas por agendamiento web – Nov – Dic 2024

Especialidad	Cantidad
Laboratorio Clínico de Hematología y Banco de Sangre	70
Medicina General	208
Radiología e Imágenes Diagnósticas	11
Total General	289

Fuente: Oficina Sistemas de Información - TIC

- Se encuentra en proceso de pruebas el sistema de auto agendamiento a través del IVR para los usuarios de las EAPB de capital Salud, Coosalud y Sanitas régimen subsidiado para las especialidades de medicina general y citas para radiología.

Oportunidades de Mejora

- **Integración y Escalabilidad**
- Completar la integración de WhatsApp en el Chatbot
- Mejorar la interoperabilidad entre sistemas institucionales
- Optimizar la velocidad de generación de reportes
- **Capacitación y Documentación**
- Fortalecer la capacitación a usuarios en nuevas herramientas
- Mejorar la documentación técnica de los sistemas
- Capacitar a administradores de contenido en estándares de accesibilidad
- **Monitoreo y Optimización**
- Implementar herramientas de monitoreo continuo
- Extender los SLAs a todas las áreas de servicio
- **Seguridad y Rendimiento**
- Optimizar el rendimiento para mayor cantidad de usuarios simultáneos
- Fortalecer protocolos de seguridad en todas las plataformas
- Mejorar tiempos de respuesta en aplicativos críticos

SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN

Durante la vigencia 2024, la Oficina de Sistemas fortaleció la seguridad y privacidad de la información institucional a través de la implementación de estrategias y controles alineados con el Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información definido por MinTIC.

LOGROS

1. Ausencia de Incidentes de Seguridad

- No se registraron incidentes que comprometieran la disponibilidad o confidencialidad de la información.
- 95% de disponibilidad en la operación normal de los sistemas de información

2. Fortalecimiento de la Cultura de Seguridad

- Capacitación y sensibilización a 383 colaboradores en políticas de seguridad
- Obtención de un índice de adherencia del 96.06% en las buenas prácticas de seguridad
- Socialización de 12 políticas de seguridad y privacidad de la información.

3. Gestión de Riesgos de Seguridad de la Información

- Ejecución del 100% del Plan de Acción de Riesgos de Seguridad
- Actualización del inventario de activos de información para el 72% de los procesos institucionales
- Seguridad WiFi: en todas las sedes excepto Chapinero, se implementó el registro de dispositivos que se conectan a la red móvil.
- Fortalecimiento de seguridad de la información: se implementó la autenticación multifactor en el correo institucional (100% completado en febrero 2024), mejorando significativamente la seguridad del acceso a las comunicaciones institucionales.

4. Mejoras Tecnológicas

- Adquisición e implementación de software EDR (Endpoint Detection and Response) en los equipos institucionales de la entidad.
- Formulación y aprobación del Plan de Recuperación ante Desastres (DRP).

Oportunidades de Mejora

1. Gestión de Activos de Información

- Completar la actualización de la matriz de activos para los procesos pendientes
- Fortalecer los mecanismos de seguimiento y control

2. Capacitación y Sensibilización

- Ampliar el alcance de las capacitaciones a más unidades y servicios
- Desarrollar programas específicos por áreas y niveles de riesgo

3. Infraestructura de Seguridad

- Implementar pruebas periódicas del Plan de Recuperación ante Desastres
- Fortalecer los sistemas de detección y prevención de amenazas

4. Monitoreo y Control

- Implementar herramientas adicionales para el seguimiento en tiempo real.

- Mejorar los procesos de documentación y registro de eventos.

SISTEMA DE INFORMACIÓN DINÁMICA GERENCIAL

La Oficina de Sistemas desarrollo una estrategia para la estabilización del Sistema de Información Dinámica Gerencial, logrando mejoras significativas a pesar de los retos técnicos enfrentados, en la vigencia 2024 se destacaron los siguientes logros:

Frente a la ejecución de actividades programadas para la implementación del sistema de información Dinámica Gerencial que se ejecutó en tres fases, logrando un cumplimiento de la primera fase del 100%, la segunda fase del 100% y la tercera fase un cumplimiento del 93%, logrando una ejecución total del proyecto del 98%.

En la tercera fase no se ejecutó el 7% de las actividades programadas debido a la suspensión de operaciones del módulo “control de visitantes”, pendientes por entrar en producción los módulos de nutrición y dietas y costos hospitalarios. Adicionalmente se ejecutaron 192 semanas de acompañamiento presencial por parte del proveedor SYAC que se finalizaron el 25 de octubre de 2024.

Frente a la capacitación del personal de los módulos contemplados en la fase III (10 módulos) se logró una capacitación del 100% del personal frente a la parametrización de cada uno, a su vez se finalizó la parametrización de los módulos (laboratorio clínico, preauditoría de cuentas, gestión gerencial, quejas y reclamos, promoción y prevención, activos fijos, nómina, costos hospitalarios, control de visitantes y nutrición y dietas.)

Los módulos pendientes para entrar en producción son: costos hospitalarios y nutrición y dietas. Se suspendió la operación de Control de visitantes.

Por otra parte, en el 2024 se realizó la ejecución de un plan para el monitoreo continuo de los módulos del sistema de información logrando:

Indicador de Cumplimiento

- 98.03% de ejecución en el plan de trabajo para el monitoreo del sistema de información.
- Ejecución de 50 actividades de 51 programadas
- Alineación con el marco de arquitectura empresarial de MinTIC
- **Mejoras en Historia Clínica**
- Ajuste de 42 formatos de historia clínica
- Creación de 22 fichas de notificación obligatoria
- Actualización de plantillas según requerimientos del Comité de Historias Clínicas.
- **Gestión de Reportes y Soporte**
- Desarrollo y mantenimiento de 411 reportes para módulos administrativos, financieros y asistenciales
- Atención de 19,856 solicitudes de soporte específicas del sistema

- Implementación de capacitaciones presenciales y virtuales para usuarios finales
- **Actualización del Sistema de Información**
- En la vigencia 2024 se realizaron 4 cambios de versión del sistema de información corrigiendo errores, actualizando procesos de acuerdo con cambios de normativas e implementando directivas especiales de la Subred Norte E.S.E
- Implementación exitosa de las compilaciones 61158, 62853, 63482 y 64878 del 10 de octubre 2024.
- El sistema de información se encuentra enviando todos los documentos CDA's, definidos en el proyecto Bogotá Salud Digital (Consulta Externa, Salud Oral, Materno Perinatal, Laboratorio, Hospitalización, Consulta de Urgencias, radiología y fórmula médica).
 - A través de la plataforma de Bogotá Salud Digital, los profesionales del área de la salud pueden consultar las atenciones a pacientes de capital salud de otras Subredes.
- Mejoras en facturación electrónica y validación DIAN.
- Se realizaron ajustes en la parametrización en los módulos de admisiones, artera, facturación, historias clínicas, servicios IPS y ajustes en los procesos de facturación cartera y generación, proceso de liquidación y desmaterialización de facturas de acuerdo a la normativa Resolución 2275 y 2284.

Oportunidades de Mejora

1. Gestión de Versiones

- Fortalecer la verificación de directivas liberadas por el proveedor
- Verificar las versiones con el personal de cada proceso antes de su implementación en producción, para identificar y resolver posibles problemas.
- Prevenir reprocesos y pérdida de información.

2. Capacitación y Soporte

- Ampliar cobertura de capacitaciones a más áreas
- Fortalecer estrategias de transferencia de conocimiento
- Mejorar documentación de procesos y procedimientos

3. Desarrollo y Personalización

- Optimizar tiempos de respuesta en ajustes y desarrollos
- Mejorar la integración entre módulos
- Fortalecer el proceso de pruebas de nuevas funcionalidades

4. Monitoreo y Control

- Implementar indicadores adicionales de seguimiento
- Fortalecer el proceso de control de calidad
- Mejorar los mecanismos de retroalimentación con usuarios finales

GESTIÓN ADMINISTRATIVA GOBIERNO DIGITAL.

Durante la vigencia 2024, la Oficina de Sistemas fortaleció significativamente la implementación de las políticas de Gobierno Digital, Seguridad Digital y Protección de Datos Personales, enfocándose en mejorar la calidad y eficiencia de los servicios tecnológicos prestados a la ciudadanía. Se destacan los siguientes logros estratégicos:

Gestión Estratégica de TI

- ✓ Ejecución del 94% del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETI) 2024
- ✓ Avance del 54% en el Plan de Mejora del proceso de Gestión TICS, según evaluación de la Oficina de Control Interno.
- ✓ Actualización del Manual de Gestión del Riesgo incluyendo los riesgos asociados a la protección de datos personales.

Control y Seguimiento

- ✓ Monitoreo efectivo de riesgos institucionales y de corrupción a través del sistema Almera
- ✓ Implementación del plan de mejora de Revisoría Fiscal sobre Dinámica Gerencial, alcanzando un 80% de avance al cierre del cuarto trimestre
- ✓ Ejecución y seguimiento al plan de mejora FURAG 2024 con un avance del 92%.

4. MACROPROCESO DE EVALUACIÓN

4.1. EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN.

OBJETIVO

Presentar la gestión realizada durante la vigencia 2024 por parte de la Oficina de Control Interno como instancia encargada de la evaluación independiente de los controles internos existentes en la Subred

ALCANCE

El presente informe abarca la gestión realizada por la Oficina de Control Interno desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2024.

CRITERIOS

- 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.
- Decreto 1083 de 2015: Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública.
- Decreto 1499 de 2017: Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015.

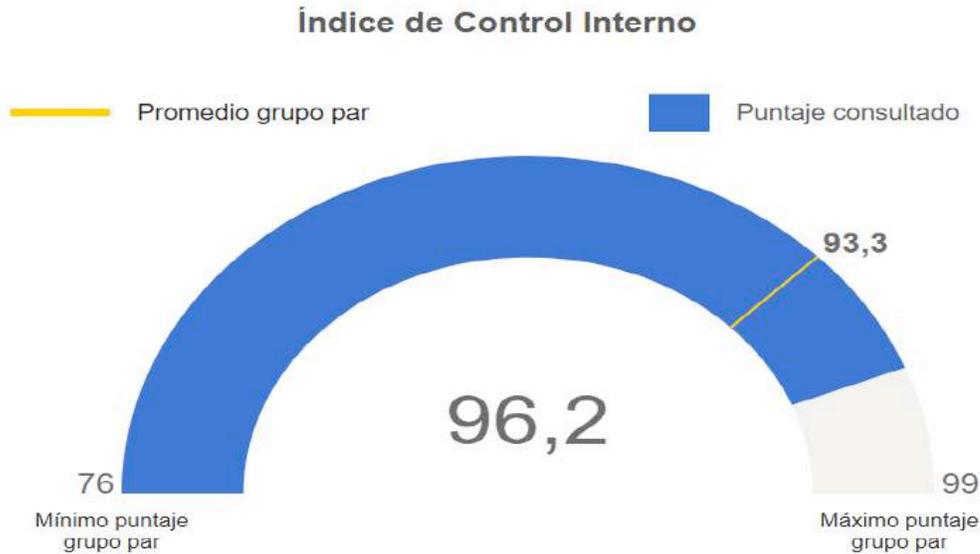
METODOLOGÍA

- Revisión de los resultados de las actividades desarrolladas por la Oficina de Control Interno durante la vigencia.
- Análisis de la información recopilada.
- Elaboración y organización del informe.
- Presentación y publicación del informe.

RESULTADOS

En la evaluación correspondiente al Índice de Control Interno de la Subred, realizada para la vigencia de 2023 y evaluada en 2024, se obtuvo un puntaje de 96.2, lo que representa un desempeño superior al promedio del grupo de comparación, que fue de 93.3. Aunque el resultado del año anterior fue de 96.6, la diferencia de 0.4 puntos refleja una estabilidad en el sistema de control interno y en el cumplimiento de los lineamientos del Modelo Estándar de Control Interno (MECI), destacándose por encima de los parámetros establecidos en el grupo de referencia.

Gráfica 33 Índice de Control Interno

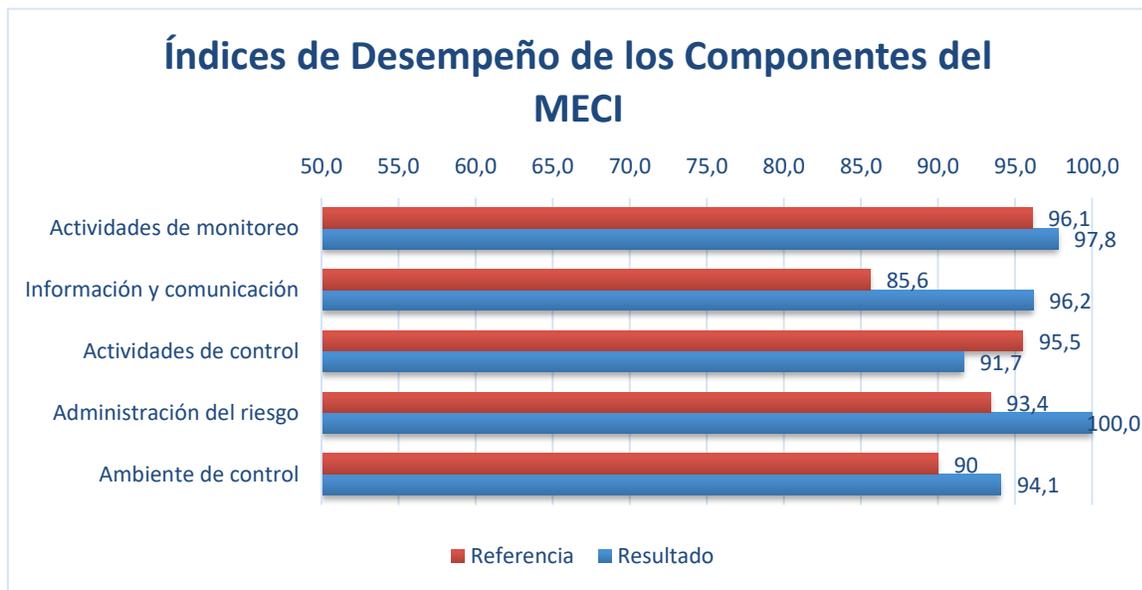


Fuente: Resultados medición del desempeño institucional 2023 DAFP

Índices de Desempeño de los Componentes del MECI

En la evaluación de los **cinco componentes del Modelo Estándar de Control Interno (MECI)** aplicada a la Subred Norte, se obtuvieron los puntajes que se muestran a continuación:

Gráfica 34 Índices de Desempeño de los Componentes del MECI.



Resultados medición del desempeño institucional 2023 DAFP

Fuente:

Tabla 209 Índice, puntaje obtenido , valor de referencia y análisis.

Índice	Puntaje obtenido	Valor medio de ref.	Análisis
Ambiente de Control	94.1	90	El puntaje de 94.1 refleja un desempeño por encima del valor medio de referencia (90), lo que evidencia un ambiente de control sólido y bien establecido que favorece la gestión institucional.
Administración del Riesgo	100	93.4	Con un puntaje de 100, la Subred ha logrado una gestión de riesgos excepcional, superando significativamente el valor de referencia de 93.4, lo cual refleja una excelente identificación y manejo de los riesgos institucionales.
Actividades de Control	91.7	95.5	Aunque el puntaje de 91.7 se mantiene cercano al valor de referencia, que es de 95.5, la diferencia de 3.8 puntos sugiere la existencia de oportunidades para mejorar en la implementación de actividades de control, especialmente en procesos y áreas clave de la gestión.
Actividades de Monitoreo	97.8	96.1	Con un puntaje de 97.8, ligeramente superior al valor medio de referencia de 96.1, se demuestra un monitoreo efectivo y continuo de los procesos, lo que permite una evaluación constante de la gestión institucional.
Información y Comunicación	96.2	85.6	El puntaje de 96.2 es notablemente superior al valor de referencia de 85.6, refleja que los procesos de información y comunicación dentro de la Subred están bien estructurados y operan de manera eficiente, facilitando una transparencia y fluidez en el intercambio de información.

Fuente: Oficina de Control Interno .2024.

En general, la Subred muestra un desempeño notorio en la mayoría de los índices del MECI, con una gestión sólida en el ambiente de control, sobresale en la gestión de riesgos, mantiene un monitoreo efectivo y cuenta con procesos de información y comunicación eficientes. No obstante, las actividades de control presentan ciertas oportunidades de mejora, que deben ser abordadas en la próxima vigencia.

Evaluación Independiente del sistema de Control Interno

De acuerdo con la evaluación independiente realizada por la Oficina de Control Interno para la vigencia 2023, en el marco de la Séptima Dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), se obtuvo un puntaje de 87.8, lo que representa una disminución de 2 puntos en comparación con la vigencia 2022. Esta situación amerita revisar y fortalecer el esquema de líneas de defensa, que son los niveles de control diseñados para mitigar los riesgos en la entidad. Además, se requiere implementar el sistema de gestión de riesgos de la entidad, el cual permitirá identificar, evaluar y gestionar los riesgos de manera efectiva. Igualmente, es importante mejorar las estrategias de prevención para evitar la materialización de los riesgos, asegurando así la efectividad y transparencia en el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Actividades ejecutadas por la Oficina de Control Interno

Con el propósito de dar cumplimiento a la evaluación independiente y a los criterios establecidos en el Sistema de Control Interno, la Oficina de Control Interno formuló y presentó el Plan Anual de Auditoría para la vigencia 2024. Este plan, en conformidad con la normativa distrital, específicamente el Decreto 221 de 2023, fue aprobado en la sesión del 20 de diciembre de 2023 del Comité Institucional de Control Interno y publicado en la página Web de la entidad: link <https://historico.subrednorte.gov.co/transparencia/control/reportes-control-interno/plan-anual-auditor%C3%ADas>

El Plan Anual de Auditoría abarcó el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2024, e incluyó un total de 54 actividades, las cuales fueron distribuidas en diferentes tipos de informes. De estas actividades, se contemplaron auditorías a procesos, informes de ley, informes de seguimiento y otros roles inherentes a las funciones de la oficina, a ser desarrollados durante la vigencia.

Es importante señalar que, en el caso de los informes de ley e informes de seguimiento, algunos de estos contaron con una periodicidad recurrente.

Auditorías a procesos

Durante la vigencia, la Oficina de Control Interno ejecutó las auditorías a procesos priorizados y establecidos en el Plan Anual de Auditoría 2024. Los resultados de estas auditorías fueron debidamente socializados a los responsables del proceso y a los miembros del Comité Institucional de Control Interno y publicados en la página web institucional, garantizando la transparencia y el acceso a la información.

Las siguientes son las auditorías realizadas a los procesos:

- Gestión Contractual
- Gestión de Servicios Complementarios
- Gestión del Talento Humano
- Auditoría puntual – Invitación Directa 048 de 2024
- Auditoría Proceso Gestión de Hospitalización
- Auditoría Proceso Gestión Jurídica
- Auditoría Proceso Gestión de Riesgo en Salud
- Auditoría Proceso Gestión Financiera
- Auditoría de Proceso Gestión de Calidad
- Auditoría Proceso Urgencias - Subproceso APH
- Auditoría Ambiente Físico y Tecnológico
- Auditoría Gestión TICS

Adicionalmente y por solicitud expresa de la Gerencia, la Oficina de Control Interno realizó 2 auditorías excepcionales y un (1) seguimiento especial:

- Auditoría Excepcional - Canales Movistar
- Auditoría Excepcional - Proceso Contrato de Aseo ID 048 – 2024
- Seguimiento - Proceso Contractual, Contrato 5296-11

Cada una de estas auditorías ha sido diseñada y ejecutada con el objetivo de evaluar y fortalecer los controles internos en los procesos mencionados, contribuyendo así al cumplimiento de los objetivos institucionales y la mejora continua.

Informes de Ley

Con relación a los informes de Ley, a la fecha se dio cumplimiento con el reporte oportuno de todos los informes programados en el PAA. Al igual que los informes de auditoría, estos se encuentran socializados y publicados en la página web de la Subred en el numeral 4.8 de la sección de Transparencia y Acceso a la información pública. A continuación, se listan los informes de Ley realizados:

- Informe de seguimiento al PAAC – III Cuatrimestre 2023
- Directiva 015 de Procuraduría de 2022 – Seguimiento disposiciones normativas de talento humano
- Informe de Evaluación del Sistema de Control Interno
- Evaluación de Dependencias
- Informe de austeridad del gasto – MINHACIENDA
- Informe Control Interno Contable
- Arqueo de Caja Menor
- Informe de cumplimiento a la Directiva 008
- Informe Derechos de Autor
- Reporte del SUIT
- Rendición de Cuentas
- Seguimiento al Informe de entrega de Gestión de Gerencia – Ley 951 de 2005
- Seguimiento PQRSF
- Seguimiento al Programa de Transparencia y Ética Pública – I Cuatrimestre 2024 - SUPERSALUD
- Seguimiento a directrices de la Política de Gobierno Digital – Dc 1078 de 2015
- Reporte FURAG II - DAFP
- Informe de seguimiento comités institucionales - asistenciales
- Circular 017 de 2017 – Procuraduría- Seguimiento SIDEAP y Conflicto de Interés
- Seguimiento al Programa de Transparencia y Ética Pública II Cuatrimestre 2024 - Supersalud
- Seguimiento al cumplimiento de la función disciplinaria
- Informe Ley de cuotas
- Seguimiento Decreto 221 de 2023
- Seguimiento Ley de Transparencia

Seguimientos

Los seguimientos realizados por la Oficina de Control Interno tienen como objetivo principal revisar el avance en el cumplimiento de los planes, procedimientos y políticas establecidos, así como verificar la efectividad de las acciones correctivas implementadas en respuesta a auditorías previas. A continuación, se presentan los seguimientos realizados por la Oficina de Control Interno durante la vigencia 2024:

- Seguimiento Planes de mejoramiento (4)
- Seguimiento Planes de mejoramiento de la Supersalud
- Seguimiento Plan de Mejoramiento Contraloría 2023 (para cuenta anual)
- Seguimiento Planes de Mejoramiento – Investigaciones sumarias – Veeduría Distrital
- Seguimiento y verificación a la publicación de los planes de acción del Decreto 612
- Cumplimiento SARLAFT – Circular Supersalud
- Circular 016 de 2016 - Supersalud
- Seguimiento al Plan Estratégico del Talento Humano – en el marco del FURAG
- Seguimiento a Reservas Presupuestales y Cuentas por Pagar
- Seguimiento Operaciones Recíprocas
- Resultados del FURAG
- Seguimiento a los convenios a cargo de la Subgerencia de Servicios de Salud
- Seguimiento a la Gestión del Riesgo
- Política Anti soborno – Procuraduría – Guía de lineamientos anti sobornos para el Distrito – Veeduría Distrital
- Seguimiento Plan de Continuidad del Negocio
- Acompañamiento toma física de inventarios 2024

Evaluación de otros roles de la Oficina de Control Interno

Rol de Relación con Entes Externos de Control

Durante la vigencia 2024, la Oficina de Control Interno desempeñó un papel clave como enlace en la coordinación de las respuestas a los requerimientos derivados de la visita realizada por la Contraloría de Bogotá, que tuvo lugar entre junio y noviembre del mismo año. Este rol fue importante para asegurar la comunicación y atención de las observaciones realizadas por dicho ente de control.

De manera adicional, se realizaron seguimientos periódicos al Plan de Mejoramiento suscrito con la Contraloría de Bogotá, llevando a cabo los respectivos reportes de avance. A 31 de diciembre de 2024, se verificó la totalidad de las acciones definidas en el Plan de Mejora.

Asimismo, en cumplimiento con las exigencias legales, la Oficina de Control Interno presentó los informes requeridos por los entes de control externos, entre los que se destacan:

- Rendición de cuentas

- Austeridad del gasto
- Informe de Sistema de Control Interno Contable
- Derechos de autor
- Cumplimiento de la Directiva 08 de 2021
- Seguimiento a metas del Plan de Desarrollo Institucional
- Atención y seguimiento a SINPROC – de la Personería Distrital.

Rol de Evaluación de la Gestión del Riesgo

En lo que respecta al rol de evaluación de la gestión del riesgo, la Oficina de Control Interno llevó a cabo diversas actividades de auditoría enfocadas en este ámbito, asegurando una revisión integral y sistemática del riesgo institucional.

Las actividades se iniciaron con la formulación del Plan Anual de Auditoría, el cual fue estructurado sobre la base de un enfoque basado en riesgos, garantizando que las áreas y procesos más críticos fueran debidamente evaluados y auditados.

A lo largo de la vigencia 2024, se ejecutaron auditorías que incluyeron la evaluación de aspectos metodológicos clave, tales como la identificación y evaluación de controles, la elaboración y análisis de mapas de riesgos operacionales, de gestión y de corrupción, lo que permitió identificar posibles debilidades en los controles existentes y recomendar acciones correctivas oportunas.

Además, se llevaron a cabo auditorías específicas para evaluar el **Sistema de Gestión de Riesgos (SICOF)** y el **Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo (SARLAF)**, conforme a los lineamientos establecidos por la Superintendencia de Salud. Estos informes contribuyeron al fortalecimiento de la gestión del riesgo en la Subred y al cumplimiento de los estándares regulatorios.

Monitoreo de Planes de Mejoramiento Internos.

En cuanto a los Planes de Mejora internos, se ha evidenciado una mejora continua tanto cualitativa como cuantitativamente. De 400 acciones distribuidas en 16 planes de mejora, muchos de los cuales estaban rezagados de vigencias anteriores, se redujo a 268 acciones distribuidas en 10 planes, alcanzando un cumplimiento del 91%. Este avance se debe en gran medida a la implementación de una **estrategia preventiva** que incluyó la revisión de acciones con riesgo de vencimiento, así como al compromiso de cada uno de los procesos para reportar de manera efectiva el seguimiento de las acciones.

Tabla 210 Monitoreo de Planes de Mejoramiento Internos

Período	No. Planes	No. Acciones	Completas	Cumplimiento
1er. Trimestre	16	400	297	74%
2do. Trimestre	20	453	381	84%
3er. Trimestre	12	303	221	73%

Período	No. Planes	No. Acciones	Completas	Cumplimiento
4to. Trimestre	10	268	245	91%

Fuente: Comportamiento Planes de Mejora Internos – vigencia 2024

DIFICULTADES

Recursos limitados para cumplir los objetivos: La Oficina de Control Interno enfrentó limitaciones en cuanto a personal, presupuesto y tecnología. Aunque estas restricciones no impidieron el cumplimiento de los objetivos establecidos en el Plan Anual de Auditoría, sí generaron dificultades en cuanto a la oportunidad y el alcance de algunas auditorías y seguimientos específicos.

Falta de capacitación en normatividad vigente y auditorías: Se identificó una necesidad de mayor capacitación para el personal en temas relacionados con la normatividad vigente y las mejores prácticas en auditorías, lo que dificultó la oportunidad y el alcance de algunas auditorías.

Entrega inoportuna e incompleta de información durante auditorías e informes de ley: Durante las auditorías y la elaboración de informes de ley, se presentaron dificultades relacionadas con la falta de completitud y la demora en la entrega de la información solicitada a las áreas auditadas. Esta situación generó retrasos en la realización de auditorías y la presentación de informes.

RETOS

Fortalecimiento de la Capacitación y Sensibilización en Gestión de Riesgos: Es recomendable implementar programas de capacitación continua para los responsables de los procesos internos en la identificación y gestión de riesgos, con el fin de consolidar una cultura de prevención y control en todos los niveles de la organización.

Optimización de la Implementación y Seguimiento de los Planes de Mejora: Aunque se ha dado seguimiento trimestral a los planes de mejoramiento, un reto clave será articular con la Oficina de Calidad el proceso de reporte de información al aplicativo ALMERA, con el fin de garantizar un seguimiento efectivo de tercera línea de defensa, a los planes de mejoramiento derivados de los hallazgos de la Oficina de Control Interno y de entes externos.

Fortalecimiento del Sistema de Gestión del Riesgo: Es recomendable llevar a cabo revisiones periódicas de los subsistemas que integran el Sistema Integrado de Gestión del Riesgo, con el fin de garantizar su alineación con los cambios en el entorno institucional, regulatorio y operativo. Dichas revisiones permitirán identificar puntos de mejora, adaptar los procesos a nuevas exigencias y asegurar la eficacia del sistema en la mitigación de riesgos.

Impulsar la cultura de reporte oportuno y de calidad: Un reto importante será continuar fortaleciendo la cultura del reporte oportuno y de calidad por parte de las

dependencias de la Subred Norte, lo que contribuirá a la mejora continua de los procesos y facilitará la toma de decisiones basadas en datos confiables.

Mejorar la productividad y aprovechar la experiencia de los auditores: Un desafío será aumentar la productividad y aprovechar al máximo la experiencia de los profesionales encargados de las auditorías, manteniendo siempre la objetividad e imparcialidad en las actividades desarrolladas, lo que se traducirá en un enfoque más sistemático y disciplinado, promoviendo la mejora continua en la gestión del riesgo, el control interno y el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la Subred.

FORTALEZAS

Cumplimiento total del Plan Anual de Auditoría (PAA): La Oficina de Control Interno alcanzó un cumplimiento del 100% de las actividades programadas en el Plan Anual de Auditoría 2024, lo que refleja un manejo adecuado de los recursos y una planificación efectiva. Además, se incorporaron 5 actividades a solicitud de la Alta Dirección, lo que elevó el cumplimiento total al 110%.

Fortalecimiento de la Gestión del Riesgo: La Oficina de Control Interno centró sus esfuerzos en la evaluación de la gestión del riesgo, realizando auditorías específicas sobre el Sistema de Gestión de Riesgos (SICOF) y el Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo (SARLAF), cumpliendo con los lineamientos de la Superintendencia de Salud y contribuyendo a la mejora continua de los controles internos.

Eficiente Relación con los Entes Externos de Control: La Oficina actuó como enlace clave en la coordinación de respuestas a los requerimientos de la Contraloría de Bogotá, logrando un cumplimiento del 100% en las acciones definidas en el Plan de Mejora. Además, presentó los informes exigidos por los entes de control externos, asegurando la transparencia y el cumplimiento normativo.

Compromiso con la Mejora continua y la Transparencia: Las actividades realizadas por la Oficina de Control Interno, tanto en auditorías como en seguimiento a planes de mejora, reflejan el compromiso con la mejora continua, la transparencia y la eficiencia operativa, asegurando el cumplimiento de las políticas y procedimientos institucionales.

Actualización exitosa de la documentación del proceso en el aplicativo Almera, asegurando la integración de las últimas versiones para optimizar la gestión del proceso.

4.2. GESTIÓN DISCIPLINARIA.

Durante la vigencia 2024, la Oficina de Control Disciplinario Interno (OCDI) en observancia a las metas institucionales y en obediencia a los estatutos propios de la Ley 1952 de 2019 (Código General Disciplinario – CGD), modificada por la Ley 2064 de 2021, conservó el control de seguimiento de la gestión disciplinaria, mediante la matriz parametrizada (BASE DE PROCESOS_OCID), la cual se encuentra establecida en un servicio de alojamiento y sincronización de archivos (Drive Institucional), que ha permitido ejercer un control efectivo en el seguimiento y actualización de expedientes, con el fin de garantizar el cumplimiento de los términos procesales acorde con la norma disciplinaria vigente y demás normas concordantes y reglamentarias que regulan la materia.

A tono a lo anterior, se realizaron mesas de trabajo mensuales con el equipo de la OCDI, para el estudio y la socialización de los lineamientos procedimentales ofrecidos por la norma reglamentaria y por la Secretaria Jurídica Distrital en materia disciplinaria, como de los talleres y conferencias brindados por la Personería de Bogotá D.C. Asimismo, se desarrolló al interior de la oficina el siguiente cronograma de capacitaciones (abril – diciembre 2024), con el fin de establecer línea transversal para la gestión de los trámites a cargo:

Imagen 8. tomada del cronograma de capacitaciones (Abril – junio 2024)

TEMA CAPACITACION	EXPOSITOR	FECHA	DESTINATARIOS	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
Origen de la actuación disciplinaria y fuentes de la noticia disciplinaria	Dra. Martha Parrado	30-abr	Martha Parrado German Sandoval Jhon Ostos Rafael García, Katherine Aya				
¿Cómo evaluar una noticia disciplinaria?	Dr. German Sandoval	14-may	Martha Parrado, German Sandoval Jhon Ostos Rafael García, Katherine Aya				
Decisión inhibitoria	Dr. Davies Bateman García	4-jun	Martha Parrado German Sandoval Jhon Ostos Rafael García, Katherine Aya				
Preservación del orden interno y Remisión por competencia	Dra. Martha Parrado	14-jun	Martha Parrado German Sandoval Jhon Ostos Rafael García 26/4/2024 Katherine Aya				
La indagación previa	Dr. John Ostos	1-jul	Martha Parrado German Sandoval Jhon Ostos Rafael García, Katherine Aya				
La Investigación disciplinaria	Dr. Rafael García	15-jul	Martha Parrado German Sandoval Jhon Ostos Rafael García, Katherine Aya				
Metodología de la investigación disciplinaria	Dr. Rafael García	29-jul	Martha Parrado German Sandoval Jhon Ostos Rafael Garcia, Katherine Aya				

Fuente: Imagen tomada del cronograma de capacitaciones (Abril – junio 2024)

Imagen 9 cronograma de capacitaciones (Julio – septiembre 2024)

TEMA CAPACITACIÓN	EXPOSITOR	FECHA	DESTINATARIOS	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE
Decisión inhibitoria	Dr. John Ostos	20-ago	Martha Parrado German Sandoval Jhon Ostos Rafael García, Katherine Aya			
Preservación del orden interno y Remisión por competencia	Dr. Rafael García	12-sep	Martha Parrado German Sandoval Jhon Ostos Rafael García, Katherine Aya			
Cierre de la investigación y evaluación	Dra. Martha Parrado	30-sep	Martha Parrado German Sandoval Jhon Ostos Rafael García, Katherine Aya			

Fuente: Imagen tomada del cronograma de capacitaciones (Julio – septiembre 2024)

Imagen 10 cronograma de capacitaciones (Diciembre 2024)

TEMA CAPACITACION	EXPOSITOR	FECHA	DESTINATARIOS	DICIEMBRE
Notificación de las decisiones del proceso disciplinario	Katherine Aya	30-abr	Martha Parrado, German Sandoval, Jhon Ostos y Jonnathan Wilches	

Fuente: Imagen tomada del cronograma de capacitaciones (Diciembre 2024)

Aunado a lo anterior, de las quejas e informes recibidos a los cuales se les dio el trámite correspondiente por parte de la OCDI, se realizaron entre otras las siguientes actividades: (i) digitalización del cuaderno de copias en observancia a lo dispuesto en el artículo 116 de la Ley 1952 de 2019, (ii) numeración y radicación en libro de control (Formato Excel) de las decisión proferidas en titularidad de la potestad disciplinaria conferida por el inciso quinto del artículo 2 de la Ley 1952 de 2019, modificado por el artículo 1 de la Ley 2094 de 2021 y (iii) actualización de formatos de autos de sustanciación e interlocutorios.

LOGROS

Dentro del periodo a reportar (Enero – diciembre 2024), se recibieron 116 quejas y/o informes que, sumados al inventario de los 147 procesos activos reportados a 31 de diciembre de 2023 suman un total de 263 quejas y/o informes, los cuales fueron adelantados acorde con los tiempos establecidos en la normatividad disciplinaria vigente. Se logró evacuar por parte de la Oficina de Control Disciplinario Interno 113 expedientes disciplinarios, arrojando como resultado a 31 de diciembre de 2024, un total de **150** procesos activos dentro del inventario de procesos, cuyo estado se representa a continuación:

Tabla 211 Etapa Procesos a Corte 31 de Diciembre de 2024

ETAPA	CANTIDAD
Indagación Previa	97
Investigación Disciplinaria	33

ETAPA	CANTIDAD
Traslado Alegatos Precalificatorios	8
Evaluación	12
Total	150

Fuente: Datos obtenidos bases de datos OCID (Elaboración propia)

Tabla 212 Salida de Expedientes a Corte 31 de Diciembre de 2024

ETAPA	CANTIDAD
Archivo	70
Inhibitorio	22
Acumulación	1
Remisión por Competencia	18
Remisión Juzgamiento	2
Total	113

Fuente: Datos obtenidos bases de datos OCID (Elaboración propia)

Tabla 213 Resumen

DETALLE	CANTIDAD
+Procesos Activos 2023	147
+Procesos Aperturados 2024	116
-Procesos terminados 2024	113
Total Procesos Activos a 31 de diciembre de 2024	150

Fuente: Datos obtenidos bases de datos OCID (Elaboración propia)

Resulta oportuno iterar sobre la implementación de la BASE DE PROCESOS_OCID, la cual, ha permitido ejercer un control efectivo en el seguimiento y actualización de expedientes, con el fin de garantizar el cumplimiento de los términos procesales acorde con la normatividad disciplinaria vigente. Asimismo, se realizó la digitalización de todos los expedientes con corte 31 de diciembre del año 2024, cumplimiento con lo previsto en el artículo 116 del Código General Disciplinario, en armonía a la actualización del Sistema de Información Distrital SID4.

Aunado a lo anterior, las mesas de trabajo mensuales con el equipo de esta Oficina, han permitido el estudio y la socialización de los lineamientos ofrecidos por la Secretaría Jurídica Distrital en materia disciplinaria, los cuales son discutidos y socializados en favor de la capacitación y/o actualización del proceso disciplinario, con el fin de establecer línea transversal para la gestión de los trámites a cargo, en garantía del debido proceso que le asiste a todas las actuaciones administrativas.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

Por definición normativa el Control Disciplinario Interno, “*debe entenderse por tal, la oficina, dependencia o entidad que conforme a la ley tiene a su cargo el ejercicio de la función disciplinaria*”. (Art. 94, CGD), por lo tanto, la gestión disciplinaria se encuentran estrechamente ligadas al *prurito* de la norma (Código General Disciplinario), y en observancia a ello, se continuará garantizando con absoluta transparencia e

imparcialidad cada una de las actuaciones a cargo, respetando siempre el debido proceso y los demás derechos fundamentales de los servidores y ex servidores públicos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., de conformidad con el Código General Disciplinario y las demás disposiciones normativas vigentes.

DIFICULTADES

En consideración a las nuevas disposiciones previstas por el Legislador en la Ley disciplinaria (Código General Disciplinario), se ha hecho necesario realizar una capacitación frecuente al equipo de trabajo ante los asuntos, que, en virtud de la titularidad de la potestad disciplinaria deban ser conocidos por esta OCDI, con el fin de continuar garantizando en todas y cada una de sus actuaciones procedimentales el cumplimiento de las exigencias legales y reglamentarias.

Con fundamento en lo anterior, se remite el presente informe de gestión correspondiente a la vigencia 2024, para su conocimiento y trámites pertinentes.