

ANEXO 1 CAPÍTULO VI
INFORME DE EMPALME DE
GESTIÓN Y DESEMPEÑO
INSTITUCIONAL

«CAPITAL SALUD EPS-S»

Bogotá D.C., 2023

INSTRUCCIONES PARA LA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO

- Es importante que se aborde la elaboración del Informe de Empalme de Gestión y Desempeño Institucional de manera articulada. Para tal fin, se recomienda integrar al Comité Institucional de Gestión y Desempeño como instancia de orientación y seguimiento a la gestión y desempeño de la entidad.
- El Informe de Empalme de Gestión y Desempeño Institucional tendrá fecha de corte 30 de septiembre de 2023 y debe incorporar los aspectos claves desarrollados entre 2020 y 2023 y debe ser entregado a la Oficina Asesora de Planeación (o la dependencia que haga sus veces) de la entidad cabeza de sector, a más tardar el 06 de octubre de 2023.
- La información requerida en este Informe de Empalme de Gestión y Desempeño Institucional le servirá a cada una de las entidades para el proceso de empalme individual con la administración entrante.
- El Informe de Empalme de Gestión y Desempeño Institucional es un informe ejecutivo y estratégico, que se dividirá en cuatro capítulos: generalidades de la entidad; apuestas estratégicas; gestión y desempeño institucional; y conclusiones y recomendaciones.
- Particularmente, en lo que se refiere al capítulo de gestión y desempeño institucional, se tendrán como referentes las políticas de gestión y desempeño. Para cada política se hará énfasis en los resultados de la gestión, los logros, retos y aspectos relevantes para entregar a la administración entrante.
- En el aparte “aspectos relevantes para entregar a la administración entrante” se deben referenciar, mas no anexar a este informe, los documentos propios de la entidad, como son el análisis de contexto y capacidades institucionales, caracterización de partes interesadas, planeación estratégica, táctica y operativa, informes de seguimiento periódico a planes y proyectos, entre otros documentos que quedarán disponibles en la página web o en el inventario documental de la entidad, atendiendo a la normatividad vigente sobre el tema. Lo anterior con el propósito de que se puedan profundizar, a través de su consulta, los aspectos que la entidad considere pertinentes.
- Las entidades a las que no les aplique el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), podrán revisar la estructura del presente informe y adaptarlo de conformidad con las características de su gestión institucional, su naturaleza y régimen jurídico aplicable.
- Es de recordar que por normatividad existen algunas políticas de gestión y desempeño que son aplicables a entidades que no tienen la obligatoriedad de implementar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, por lo que deberán reportar lo correspondiente a la gestión de las siguientes políticas: Integridad, Planeación institucional, Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público, Compras y contratación pública, Gobierno digital, Seguridad digital, Defensa jurídica, Servicio a la ciudadanía, Racionalización de trámites, Participación ciudadana, Seguimiento y evaluación institucional, Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción, Gestión documental, Gestión de la información

estadística y Control interno.

- Para realizar los análisis de aplicabilidad de las políticas de gestión y desempeño relacionadas en la viñeta anterior, se recomienda tener en cuenta lo establecido en el Decreto Nacional 1510 de 2021 *“Por el cual se adicionan los capítulos 3, 4, 5, 6 y 7 al Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 1068 de 2015 Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público”*, en relación con la gestión de la propiedad estatal en empresas y sociedades receptoras, el código de propiedad y la política de buen gobierno corporativo.

Especificaciones técnicas del documento e instrucciones generales

- Para cada informe utilizar letra Calibri (cuerpo), tamaño 11, a espacio sencillo, con 3 centímetros de espacio a los lados del documento.
- Las tablas, gráficas e ilustraciones utilizadas en el cuerpo del documento se deben enviar en formato editable, con el propósito de poder usarlas para la consolidación del informe sectorial o del informe distrital.
- Utilizar lenguaje claro, haciendo énfasis en los aspectos más relevantes.
- Todas las tablas, gráficas e ilustraciones del documento deben tener título, fuente y fechas de actualización de los datos utilizados.
- Se recomienda utilizar los siguientes referentes para las tablas, gráficos o figuras:

Ejemplo para el uso de tablas en todo el informe

Tabla xxx «Nombre tabla»

«NOMBRE COLUMNA»	«NOMBRE COLUMNA»	«NOMBRE COLUMNA»
«Descripción»	«Descripción»	«Descripción»
«Descripción»	«Descripción»	«Descripción»
«Descripción»	«Descripción»	«Descripción»

Fuente: xxx

Ejemplo para el uso de figuras o gráficos en todo el informe

Figura / Gráfico xxx «Nombre figura / gráfico»

LINEA DE ACCIÓN	ACTIVIDAD ESPECÍFICA	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD ESPECÍFICA	PRODUCTO A REPORTAR	INICIO	FIN
Fortalecimiento de la institucionalidad distrital del Modelo y sus políticas de Gestión y Desempeño	 Coordinar la operación de la Comisión Intersectorial de Gestión y Desempeño	Desarrollo de actividades para el desarrollo de la sesiones de la Comisión Intersectorial de Gestión y Desempeño.	Acta de la Primera sesión de la Comisión Intersectorial de Gestión y Desempeño	1/02/2023	15/03/2023
			Presentación y documentos de soporte		
			Acta de la Segunda sesión de la Comisión Intersectorial de Gestión y Desempeño	1/08/2023	30/09/2023
			Presentación y documentos de soporte		
			Informe de cierre del plan marco MIPG	1/11/2023	31/12/2023

TABLA DE CONTENIDO

1	GENERALIDADES DE LA ENTIDAD	7
1.1	PROPÓSITO Y NATURALEZA DE LA ENTIDAD	7
1.2	ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	7
1.3	MODELO DE OPERACIÓN	8
1.4	TALENTO HUMANO VINCULADO A LA ENTIDAD	9
1.5	CONTRATACIÓN DE LA ENTIDAD	11
1.6	PRESUPUESTO DE LA ENTIDAD	11
1.7	ÓRGANOS DE DIRECCIÓN	11
	• JUNTA DIRECTIVA (si aplica)	11
	• COMITÉ DIRECTIVO (si aplica)	13
	• COMITÉ INSTITUCIONAL DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO	13
	• COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO	14
1.8	OTROS ASPECTOS RELEVANTES POR ENTREGAR	16
2	APUESTAS ESTRATÉGICAS DE LA ENTIDAD	16
3	GESTIÓN Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	18
3.1	DIMENSIÓN TALENTO HUMANO	20
	• GESTIÓN ESTRATÉGICA DEL TALENTO HUMANO	20
	• INTEGRIDAD	27
3.2	DIMENSIÓN DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN	29
	• PLANEACIÓN INSTITUCIONAL	29
	• GESTIÓN PRESUPUESTAL Y EFICIENCIA DEL GASTO PÚBLICO	34
	• COMPRAS Y CONTRATACIÓN PÚBLICA	39
3.3	DIMENSIÓN GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS	44
	• FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL Y SIMPLIFICACIÓN DE PROCESOS	44
	• GOBIERNO DIGITAL	48
	• SEGURIDAD DIGITAL	53
	• DEFENSA JURÍDICA	56
	• MEJORA NORMATIVA	62
	• SERVICIO AL CIUDADANO	63
	• RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES	65
	• PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA GESTIÓN PÚBLICA	71
3.4	DIMENSIÓN EVALUACIÓN DE RESULTADOS	77
	• SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	77
3.5	DIMENSIÓN INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	79
	• TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN	79
	• GESTIÓN DOCUMENTAL	82
	• GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN ESTADÍSTICA	86
3.6	DIMENSIÓN GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN	87
	• GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN	87
3.7	DIMENSIÓN CONTROL INTERNO	91
	• CONTROL INTERNO	91
3.8	COMPONENTE GESTIÓN AMBIENTAL	98
4	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	100

INTRODUCCIÓN

Realice un breve resumen del objetivo y alcance del documento aplicado a la entidad en máximo tres párrafos de siete (7) líneas.

Capital Salud EPS-S inicia la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) en cumplimiento del Decreto 807 del 24 de diciembre de 2019, que requiere que todas las entidades que posean el 90% o más del capital social adopten este modelo. En 2019, la EPS realizó su primera medición del Índice de Desempeño Institucional en el FURAG, obteniendo un resultado de 68.9. La EPS-S utilizó esta información como punto de referencia para evaluar su progreso en futuras mediciones y fortalecer las acciones destinadas a la mejora continua. Además, en conformidad con el Decreto 807, se estableció el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

El 26 de mayo de 2020, a través del Acta No. 001, se aprobó la creación del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, donde se definieron los miembros y sus respectivas funciones, la frecuencia de las reuniones, las reglas y condiciones generales de operación, así como las responsabilidades de cada uno de los integrantes del comité. Además, se nombraron líderes para cada una de las políticas y se dio luz verde al Plan de Mejora para la Disminución de Brechas, el seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, así como la Gestión Documental, entre otros aspectos relevantes. En ese mismo año, el Índice de Desempeño Institucional de Capital Salud EPS-S alcanzó un destacado resultado de 82.3.

En el año 2021, se alcanzó un valor de 80.2 puntos en la medición de desempeño, lo cual motivó la creación de un plan de mejora y la implementación de estrategias destinadas a promover una mejor adopción del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). En 2022, se aprobó el Código de Integridad y se introdujo la Política de Talento Humano. Como parte de estas iniciativas, se llevaron a cabo actividades como el programa "ABC del MIPG," capacitaciones en el lugar de trabajo y la difusión del Código de Integridad.

En el año 2023, se conformó un equipo de trabajo para la implementación de la Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación, y se aprobó dicha política. Además, se dio el visto bueno a la Política de Gobierno Digital y a la Racionalización de Trámites, y se realizó la socialización de la Política de Daño Antijurídico.

El propósito principal de estas acciones es compartir los resultados y la gestión realizada en el seno de la EPS durante estos cuatro años. El MIPG tiene como objetivo fundamental contribuir al fortalecimiento de la capacidad administrativa y al desempeño institucional de las entidades. Su función principal es dirigir y evaluar la gestión institucional en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios, además de asegurar que las actividades de la entidad se lleven a cabo de conformidad con las normas y en consonancia con las políticas establecidas por la alta dirección, todo ello con el fin de alcanzar las metas y objetivos previstos.

Recuerde que el propósito del informe es dar cuenta del estado o avance de la gestión y desempeño de la entidad (estado en el que se recibió y de qué forma se entrega)¹.

¹ Cartilla "Cierre Éxito de Gobiernos Territoriales". DNP. 2019. Pág. 17

1 GENERALIDADES DE LA ENTIDAD

1.1 PROPÓSITO Y NATURALEZA DE LA ENTIDAD

Describa en máximo dos (2) párrafos de cinco (5) líneas el propósito de la entidad. Puede relacionar la misión y la visión establecidas para el periodo.

Capital Salud EPS-S se esfuerza por adoptar un modelo de atención en salud centrado en lo humano, familiar y comunitario. Para lograr este objetivo, lleva a cabo una Planeación Estratégica que se renueva cada 4 años, actualizando su plan operativo anualmente, basándose en su sólida Misión y Visión.

La Misión de la organización se centra en garantizar el aseguramiento, bienestar y salud de sus afiliados, a través de un modelo de atención integral que se caracteriza por la calidad, el trato humano, la tecnología actualizada y un equipo altamente competente. La Visión de la empresa está orientada a ser reconocida en 2024 como una Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB) destacada por su enfoque social y humano, sus elevados estándares de calidad, su innovación en procesos y su sostenibilidad financiera.

Describa en máximo un (1) párrafo de cinco (5) líneas la naturaleza jurídico-administrativa de la entidad.

Capital Salud EPS-S S.A.S fue creada en cumplimiento del Acuerdo 357 de 2009 del Concejo de Bogotá el cual autoriza la constitución de una ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DE CARÁCTER DISTRITAL constituida como una Sociedad de Economía Mixta, organizada comercialmente bajo la forma de una Sociedad por Acciones Simplificada con aportes públicos (Distrito Capital, socio mayoritario) y privados (Salud Total EPS), con fines de interés social, autonomía administrativa y financiera y que hace parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS.

Relacione el(los) acto(s) administrativo(s) de creación de la entidad. Para las entidades descentralizadas, relacione los estatutos u otros documentos de constitución de la entidad, de ser necesario.

Acuerdo 357 de 2009, los Estatutos Sociales de CAPITAL SALUD EPS-S y la Ley 1966 de 2019 (párrafo 2 del artículo 7) norma emitida por el Congreso de la República dicta:

“El régimen de contratación, venta de servicios y vinculación de personal de las sociedades de economía mixta, integrantes del sistema general de seguridad social en salud, será el Derecho Privado ratificado en el concepto unificador de la Subsecretaría Jurídica Distrital del 24 de abril de 2020”.

1.2 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

Incluya la estructura organizacional de la entidad (organigrama).

En la actualidad, Capital Salud EPS-S posee una estructura organizacional de tipo vertical con una jerarquía claramente definida. El nivel de dirección más alto está a cargo de la Asamblea de Accionistas y la Junta Directiva. Las funciones reguladoras se llevan a cabo a través de las dependencias del equipo de la Gerencia General, mientras que las funciones relacionadas con la

misión y el apoyo de la organización son desarrolladas por las Direcciones Nacionales y las dos (2) Subdirecciones de Sucursal.



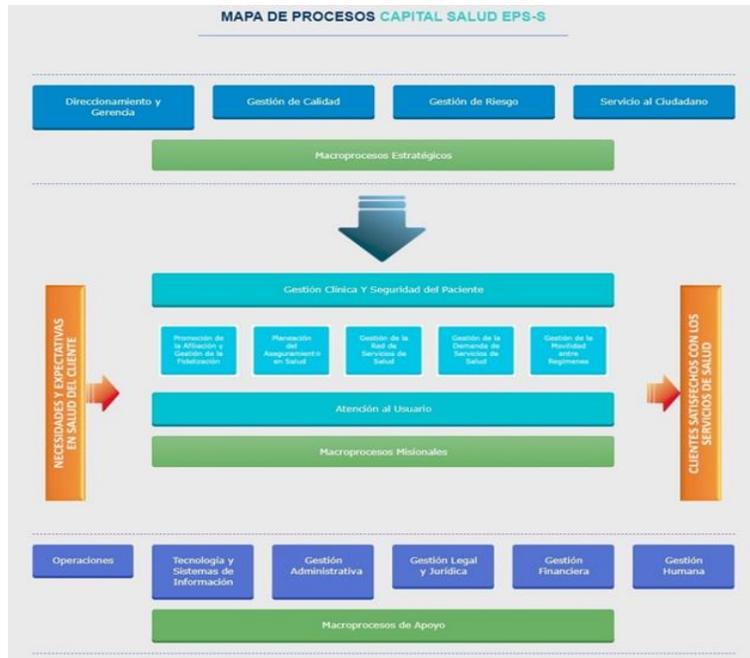
Relacione los actos administrativos de funciones de las dependencias. Para las entidades descentralizadas, relacione los estatutos u otros documentos de constitución de la entidad, de ser necesario.

En reunión ordinaria de la Junta Directiva del 19 de febrero de 2020, Capital Salud EPS-S aprobó mediante el Acta No. 115 la estructura organizacional, las funciones de la dependencia, y la planta de personal.

1.3 MODELO DE OPERACIÓN

Incluya el mapa de procesos aprobado en la entidad

El mapa de procesos del Sistema de Gestión de la Calidad ,es una herramienta que permite a Capital Salud EPS-S describir la relación y secuencia de sus procesos, procedimientos y actividades. Su finalidad es facilitar la identificación de oportunidades de mejora y las fuentes que generan valor añadido, en la satisfacción de las necesidades y expectativas de sus afiliados.



Fuente: Sistema de Gestión de Calidad

Resume en siete (7) líneas la apuesta de valor de la entidad.

La promesa de servicio representa el compromiso que Capital Salud EPS-S adquiere con sus afiliados, con el objetivo de garantizar su satisfacción al atender sus necesidades, expectativas y deseos, superando dichas expectativas mediante altos estándares de calidad. Durante una jornada de Planeación Estratégica, llevada a cabo por el equipo de la Dirección de Atención al Usuario, se reflexionó, analizó y se diseñó esta promesa de servicio, que se define de la siguiente manera:

Prestar un servicio oportuno, integral y humanizado.

La promesa de servicio definida se encuentra perfectamente alineada con la Misión, la Visión y la Política de Calidad de Capital Salud EPS. Su enfoque principal se centra en el trato humano y en la prestación de servicios de alta calidad, cumpliendo con la prontitud y la integridad necesarias para satisfacer plenamente las necesidades de los afiliados de la EPS.

1.4 TALENTO HUMANO VINCULADO A LA ENTIDAD

Explique en un (1) párrafo de siete (7) líneas el(los) régimen(es) aplicable(s) para el talento humano de la entidad.

De acuerdo con el objeto social de la entidad, la normativa establecida en el artículo 97, de la Ley 489 de 1998, y el párrafo 2 del artículo 7, de la Ley 1966 de 2019, el régimen de contratación, prestación de servicios y vinculación de personal en las sociedades de economía mixta que forman parte del SGSS-S, como es el caso de Capital Salud EPS-S, se rige por el derecho privado. En este contexto, la contratación de personal en la EPS-S se lleva a cabo mediante contratos de trabajo en

cumplimiento del Código Sustantivo del Trabajo y otras normativas relacionadas, lo que implica que nuestro personal no ostenta la calidad de servidores públicos, sino que son considerados exclusivamente como trabajadores.

Diligencie la siguiente tabla con corte **30 de septiembre de 2023**:

Tabla 1. Empleos de la planta de personal aprobada y con presupuesto asignado

AÑO	Empleos contrato privado (Contrato individual de trabajo)					
	Nivel directivo	Nivel asesor	Nivel profesional	Nivel técnico	Nivel asistencial	Total
2020	12		213	257	141	623
2021	15	1	255	389	237	897
2022	13	1	302	407	259	982
2023	14	1	315	501	167	998

Fuente: Dirección Talento Humano – Nómina septiembre

Relacione los actos administrativos de distribución de planta de personal y manual de funciones y competencias, o los documentos equivalentes de conformidad con la naturaleza de la planta de personal existente.

De conformidad con el artículo 97 de la Ley 489 de 1998 y el parágrafo 2 del artículo 7 de la Ley 1966 de 2019, el régimen de contratación, venta de servicios y vinculación de personal de la EPS es el derecho privado, de tal manera que la planta de personal no se define mediante actos administrativos. Es así como, de acuerdo con la naturaleza jurídica de la vinculación del personal de la entidad, se cuentan con los siguientes documentos:

- Manual de funciones por dirección jerárquica.
- Acta de la junta directiva mediante la cual se aprobó la estructura y planta de personal.

DISTRIBUCIÓN PLANTA ACTUAL	
Dirección Jerárquica	No. Trabajadores
Dirección Administrativa y Financiera	73
Dirección de Atención al Usuario	271
Dirección de Estrategia y Planeación	11
Dirección de Comunicaciones y Mercadeo	37
Dirección de Operaciones	234
Dirección de Tecnología	17
Dirección Jurídica	40
Dirección Médica	281
Dirección Talento Humano	20
Gerencia General	3
Oficina Control Interno	9
Oficina de Riesgos	2
Total de trabajadores	998

Fuente: Dirección Talento Humano – Nómina septiembre

1.5 CONTRATACIÓN DE LA ENTIDAD

Explique en un (1) párrafo de siete (7) líneas el(los) régimen(es) aplicable(s) para la contratación de la entidad.

De acuerdo con el párrafo 2 del artículo 7 de la Ley 1966 de 2019, CAPITAL SALUD EPS-S, en calidad de sociedad de economía mixta, que forma parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud en calidad de competidor, regula sus actividades contractuales bajo el régimen privado, sin que ello menoscabe el cumplimiento de las normativas relacionadas con el sector de la salud y el respeto a los principios inherentes a la Función Pública."

1.6 PRESUPUESTO DE LA ENTIDAD

Explique en un (1) párrafo de siete (7) líneas el(los) régimen(es) aplicable(s) para el manejo del presupuesto de la entidad.

El régimen de presupuesto de la entidad está enmarcado por la norma que constituye el Estatuto Orgánico del Presupuesto- Decreto 111 de 1996, adicionalmente, mediante la Resolución No. SDH-000191 del 22 de septiembre de 2017... "adopta y consolida el Manual de Programación, Ejecución y Cierre Presupuestal del Distrito Capital", y define: "El Manual Operativo Presupuestal es una herramienta que articula y unifica los procedimientos, prácticas e instrumentos en materia presupuestal para las entidades distritales y en su Módulo 4: Desarrolla en detalle el Manual Operativo Presupuestal de las Empresas Industriales y Comerciales del Distrito, el cual busca optimizar los procedimientos y requisitos de las operaciones presupuestales realizadas por este tipo de entidades distritales, en concordancia con el Decreto 195 de 2007.

Diligencie la siguiente tabla con corte **30 de septiembre de 2023**:

Tabla 2. Resumen del presupuesto ejecutado por la entidad

ÍTEM	2020	2021	2022	2023
Ingresos (para las entidades que aplique)	1,633,102,855,832	1,931,862,052,467	2,199,418,433,810	1,651,747,295,952
Gastos	1,426,734,909,387	1,832,473,035,854	2,103,337,926,223	2,143,456,780,069
Funcionamiento	76,979,895,376	66,700,888,692	77,785,627,562	69,710,096,655
Inversión	1,349,755,014,011	1,765,772,147,162	2,025,552,298,661	2,073,746,683,414

Fuente: DAF - Ejecución Presupuestal Capital Salud EPS-S 2020-2023

1.7 ÓRGANOS DE DIRECCIÓN

- **JUNTA DIRECTIVA (si aplica)**

Relacione la conformación de la Junta Directiva y el Acto Administrativo que la establece.

CAPITAL SALUD EPS-S SAS se estableció en cumplimiento del Acuerdo 357 de 2009 del Concejo de Bogotá D.C. Esta entidad se constituyó como una Entidad Promotora de Salud de carácter distrital, organizada bajo la forma de Sociedad de Economía Mixta y registrada comercialmente como una Sociedad por Acciones Simplificada. Su capital proviene tanto de aportes públicos (Distrito Capital, como socio mayoritario) como de aportes privados (Salud Total EPS, socio minoritario), y su finalidad

es de interés social. Además, goza de autonomía administrativa y financiera, y está integrada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. En cuanto a su naturaleza jurídica, esta se rige por el derecho privado, de acuerdo con lo establecido en el artículo 97 de la Ley 489 de 1998.

La Asamblea de Accionistas de Capital Salud EPS-S S.A.S. está integrada por Bogotá Distrito Capital y Salud Total EPS S.A. La estructura accionaria de esta entidad se compone de la siguiente manera:

ACCIONISTA	NÚMERO DE ACCIONES	ACCIONES SUSCRITA Y PAGADAS	PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN EN EL CAPITAL SUSCRITO Y PAGADO
BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL	567.001.264.800	567.001.264.800	99.14%
SALUD TOTAL S.A	4.944.215.200	4.944.215.200	0.86%
TOTAL	571.945.480.000	571.945.480.000	100.00%

Fuente: Dirección Jurídica

Según lo establecido en el estatuto de la Sociedad, la Asamblea de Accionistas tiene la responsabilidad de designar a los miembros titulares y suplentes de la Junta Directiva de la entidad. A pesar de que el nombramiento no tiene carácter de acto administrativo, las decisiones del máximo órgano social se registran en actas, las cuales quedan debidamente registradas en los libros oficiales de la entidad. Es importante destacar que las actas de la Asamblea de Accionistas no constituyen actos administrativos, de acuerdo con la naturaleza de Capital Salud EPS-S S.A.S.

La actual composición de la Junta Directiva de Capital Salud EPS-S S.A.S. es la siguiente

JUNTA DIRECTIVA		
PRINCIPALES		
NOMBRE	CARGO	DESGINACIÓN DE LA ASAMBLEA DE ACCIONISTAS
ALEJANDRO GÓMEZ LÓPEZ	Primer renglón	Acta 42 en sesión extraordinaria del 10 de febrero de 2020
JUAN MAURICIO RAMÍREZ	Segundo renglón	Acta 42 en sesión extraordinaria del 10 de febrero de 2020
MARGARITA BARRAQUER SOURDIS	Tercer renglón	Acta 47 del 30 de marzo de 2022
HERMAN REDONDO GÓMEZ	Cuarto renglón	Acta 46 en sesión ordinaria del 28 de septiembre de 2021
SIN DESIGNACIÓN	Quinto renglón	
SUPLENTE		
SIN DESIGNACIÓN	Primer renglón	
ESPERANZA ALCIRA CARDONA HERNÁNDEZ	Segundo renglón	Acta No. 52 sesión ordinaria del 24 de mayo de 2023
JOSE ANTONIO CRUZ VELANDIA	Tercer renglón	Acta No. 44 sesión ordinaria del 30 de marzo de 2021
MANUEL ALFREDO GONZÁLEZ MAYORCA	Cuarto renglón	Acta No. 43 en sesión ordinaria del 31 de marzo de 2020
BLANCA INÉS RODRÍGUEZ GRANADOS	Quinto renglón	Acta No. 43 en sesión ordinaria del 31 de marzo de 2020

Fuente: Dirección Jurídica

- **COMITÉ DIRECTIVO (si aplica)**

Relacione la conformación del Comité Directivo y el Acto Administrativo que la establece.

El Comité Directivo se realizó por primera vez el 25 de abril de 2016, este comité cuenta con una periodicidad de 15 días.

Capital Salud EPS-S por ser una entidad mixta de régimen privado no le aplican actos administrativos, en este comité participan todas las direcciones y es liderado por la Gerencia General.

Sus principales funciones son:

- ✓ Vigilar las actividades y resultados de la gestión de Capital Salud EPS-S.
- ✓ Tomar decisiones y realizar seguimiento frente al cumplimiento de los objetivos y temas estratégicos de la entidad que aporten al ingreso, egreso y generar utilidad.
- ✓ Realizar seguimiento a los planes de acción estipulados con las entidades de vigilancia y control.
- ✓ Analizar los resultados de los indicadores priorizados de la EPS, para tomar acciones preventivas y correctivas.
- ✓ Realizar pre-junta con el objetivo de revisar los temas que se tienen planeados presentar a la junta directiva.
- ✓ Capacitar a los líderes de la entidad en la actualización de temas estratégicos y metodológicos.
- ✓ Recomendar políticas, procedimientos y normas que contribuyan al logro de los objetivos de la EPS.
- ✓ Estudiar y analizar aspectos presupuestales para cada vigencia.
- ✓ Las demás funciones asignadas por la Gerencia General.

- **COMITÉ INSTITUCIONAL DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO**

Relacione la conformación del Comité Institucional de Gestión y Desempeño y el Acto Administrativo que la establece.

El Comité Institucional de Gestión y Desempeño fue establecido el 20 de marzo de 2020, mediante la autorización reflejada en el Acta No. 001 de 2020. Este comité tiene como principal propósito guiar la implementación y seguimiento del Sistema de Gestión, así como la operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). Además, lleva a cabo un seguimiento trimestral de los planes, programas, proyectos y metodologías diseñados para la ejecución eficiente del MIPG.

Sus funciones principales son:

- ✓ Aprobar y hacer seguimiento, por lo menos una vez cada tres meses, a las acciones y estrategias adoptadas para la operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.
- ✓ Articular los esfuerzos institucionales, recursos, metodologías, y estrategias para asegurar la implementación, sostenibilidad y mejora del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.
- ✓ Presentar los informes que el Comité Sectorial de Gestión y el Desempeño Institucional y los organismos de control requieran sobre la gestión y el desempeño de la entidad.

- ✓ Asegurar la implementación y desarrollo de las políticas de gestión y directrices en materia de seguridad digital y de la información.
- ✓ Aprobación y revisión de los documentos en materia archivística y de gestión documental que solicite la Dirección Administrativa y Financiera.

Miembros del comité:

- Gerente General
- Director(a) de Estrategia y Planeación
- Director(a) de Tecnología
- Director(a) Jurídica
- Director(a) de Talento Humano
- Jefe Oficina Control Interno

- **COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO**

Relacione la conformación del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y el Acto Administrativo que la establece.

Capital Salud EPS-S SAS, es una Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado, constituida como una sociedad mixta, conformada como una Sociedad Simplificada por Acciones SAS, de duración indefinida, domiciliada en Bogotá, creada en el año 2009, a través del Acuerdo Distrital 357 de 2009, comenzando su operación el 11 de julio de 2011.

La EPS-S se constituyó de manera inicial con capital accionario correspondiente al 51% por parte del Distrito Capital y el 49% por parte del socio privado Salud Total EPS S.A. No obstante, consecuencia del proceso de capitalización del Fondo Financiero Distrital de Salud en los años 2016, 2017, 2018 y 2019 actualmente la EPS-S cuenta con un capital accionario superior al 90% por parte del Distrito Capital.

Ante el porcentaje de participación accionario del Distrito Capital, la EPS-S se encuentra obligada a acoger las disposiciones contenidas en la Ley 87 de 1993, conforme lo señala el artículo 5 así:

“Artículo 5º. Campo de aplicación. La presente Ley se aplicará a todos los organismos y entidades de las Ramas del Poder Público en sus diferentes órdenes y niveles así como en la organización electoral, en los organismos de control, en los establecimientos públicos, en las empresas industriales y comerciales del Estado en las sociedades de economía mixta en las cuales el Estado posea el 90% o más de capital social, en el Banco de la República y en los fondos de origen presupuestal” (Negrita y subrayado fuera del texto)

Como efecto de lo anterior, y concordancia con lo establecido en el artículo 2.2.21.1.5 del Decreto 1083 de 2015, Capital Salud EPS-S debe contar con el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno *como órgano asesor e instancia decisoria en los asuntos del control interno.*

De otro lado, el Decreto 682 de 2018 expedido por el Ministerio de Salud y Protección señala la obligación de las Entidades Promotoras de Salud – EPS, entre las que se incluye Capital Salud EPS-S, de constituir el Comité de Contraloría Interna a partir del primero de junio de 2018.

(...) Artículo 2.5.2.3.4.5. Comités de gestión. Las entidades deberán poner en marcha a 1 de junio de 2018, los siguientes comités:

***Comité de contraloría interna.** Conformado por directores y expertos externos delegados por la junta directiva con conocimientos contables, financieros y de gestión operativa. Deberá apoyar la inspección y seguimiento de las políticas, procedimientos y controles internos que se establezcan, el análisis de la ejecución de las operaciones de la entidad, el análisis de las salvedades generadas por el revisor fiscal y la revisión periódica de la arquitectura de control de la entidad y del sistema de gestión de riesgos. (...)*

Situación que previamente fue considerada por la Superintendencia Nacional de Salud como el mayor órgano de control del sector salud, mediante la medida No. 41 de la Circular Externa 007 de 2017 y que hará parte de los organismos de administración de la entidad.

Ante la divergencia jurídica, similitud de funciones y con el fin de fortalecer la estructura de control a la gestión institucional que permitiera evitar la duplicidad de funciones, se elevó consulta al Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP y Superintendencia Nacional de Salud – Supersalud, respecto de la integración de ambos comités, frente a lo cual ambas entidades emitieron respuesta unificada respecto de la **imposibilidad** de su integración así:

- **Departamento Administrativo de Función Pública - DAFP²**

“(...) Comité Institucional de Coordinación de Control Interno es una instancia de alto nivel y decisoria frente al Sistema de control interno, con fuerza de ley que no puede ser fusionado o reemplazado por ningún otro comité institucional” (..) no es viable la fusión de los dos (2) Comités indicados en su consulta, toda vez que ambos tienen fuerza de ley y responden a sistemas que son obligatorios para su entidad. (...)”

- **Superintendencia Nacional de Salud³**

“(...) el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno se encuentra expresamente determinado en dicha ley, por lo que su conformación en todas las entidades del Estado es obligatoria y no puede ser fusionado o reemplazado por el Comité de Contraloría Interna, determinado para las EPS en la Circular Externa 007 de 2017 (..) será necesario mantener los dos comités, atendiendo los lineamientos de conformación y funciones señalados en la normatividad (...)”

Como consecuencia, en sesión del 26 de noviembre de 2021 se formaliza la constitución del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y se estipula su integración por parte del Gerente General quien lo presidirá y se contará con la comparecencia del Director(a) de Estrategia y Planeación, Director(a) Administrativa y Financiera, Director(a) de Atención al Usuario, Director(a) Médico y el Jefe Oficina Control Interno participará con voz, pero sin voto en el mismo y ejercerá la secretaría técnica, adicionalmente, se fijaron las reglas y condiciones que deben ser cumplidas y ejecutadas el comité.

² Departamento Administrativo de Función Pública – DAFP. Respuesta 20215000096731 del 18 de marzo de 2021 a radicado 20212060062902

³ Superintendencia Nacional de Salud – Supersalud. Respuesta 202117000468281 del 14 de abril de 2021 a radicado 202182300168262

De conformidad con lo anterior, durante la vigencia del 2022 el comité sesionó en tres (3) ocasiones y durante la vigencia 2023 ha sesionado en dos (2) oportunidades, durante estas sesiones se han adelantado temas trascendentales para el robustecimiento del Sistema de Control Interno en Capital Salud EPS-S, como son, la aprobación de la política de gestión del riesgo, el esquema de líneas de defensa, la aprobación de los planes anuales de auditoría interna presentados por el Jefe de Control Interno, entre otros.

1.8 OTROS ASPECTOS RELEVANTES POR ENTREGAR

NOTA: Estos anexos no deben ser remitidos a la Secretaría cabeza de sector. Deben estar disponibles en el inventario documental de la entidad.

- Anexo inventario de bienes muebles e inmuebles
- Anexo inventario documental
- Anexo inventario de inventario de herramientas tecnológicas
- Anexo inventario de sistemas de información de carácter reservado; se recuerda que, por su carácter confidencial, esta información se debe tener lista para entregarla en forma física al momento de las reuniones de empalme, y no se debe adjuntar en el informe)

NOTA: Los siguientes anexos SI deben ser remitidos a la Secretaría cabeza de sector para consolidación de información sectorial

- Anexo relación de procesos contractuales de gran envergadura y/o prioritarios

2 APUESTAS ESTRATÉGICAS DE LA ENTIDAD

Defina máximo tres (3) apuestas estratégicas relacionadas con la gestión y el desempeño de la entidad, que tuvieron continuidad durante la **vigencia 2020-2023** y que muestran resultados clave en relación con la entrega de bienes y servicios para el mejoramiento de la ciudadanía.

Tabla 3. Resultados de las apuestas estratégica 1

Nombre apuesta estratégica 1: Ampliar la cobertura de afiliación en nuevos y actuales territorios				
Principales actividades (relacione máximo 3 actividades)	Productos /Resultados	Avance a la fecha de corte	Estado (finalizado; en ejecución; pendiente)	Retos para la siguiente vigencia
Inclusión en el plan estratégico institucional 2021-2024 como un objetivo estratégico de la EPS, Aumentar la población afiliada a Capital Salud EPS.	Plan Estratégico 2021-2024 aprobado por Junta Directiva	75%	En ejecución	Lograr ingresar a nuevos municipios en el departamento de Cundinamarca y Boyacá
Solicitud de modificación de la capacidad autorizada tipo ampliación geográfica para el municipio de Soacha, Cundinamarca, bajo el régimen de autorización general, en virtud del	Ampliación capacidad de afiliación total en el régimen subsidiado por parte de la Supersalud según oficio radicado No. Rad No: 20233100100199651 del 16-02-2023 con una Aprobación de 13000 afiliados	100%	Finalizado	Consolidación de la EPS-S en el municipio de Soacha para aumentar la población afiliada.

artículo 2.1.13.8 del Decreto 780 de 2016.				
Iniciar operación en el municipio de Soacha, Cundinamarca	Apertura de puntos de atención en Soacha (Se cuenta con 2.898 afiliados con corte a agosto 2023). Contratación de la red prestadora. Afiliación de usuarios.	100%	Finalizado	Lograr la afiliación en el municipio de Soacha de la cantidad de afiliados (13000) aprobada por la Supersalud.

Fuente: Dirección de Estrategia y Planeación

Tabla 4. Resultados de las apuestas estratégica 2

Nombre apuesta estratégica 2: Objetivo estratégico 4. Optimizar los procesos internos de la EPS-S: ejecución del plan de trabajo de las 15 actividades				
Principales actividades (relacione máximo 3 actividades)	Productos /Resultados	Avance a la fecha de corte	Estado (finalizado; en ejecución; pendiente)	Retos para la siguiente vigencia
Ampliación de la red prestadora de servicios de salud. (prestadores privados)	oportunidad de citas a los usuarios. Disminución de pqr y tutelas.	75%	En ejecución	Continuar con la oportunidad de citas a los afiliados en los tiempos definidos por norma.
Gestionar Capitalizaciones generando el fortalecimiento patrimonial de la entidad, con una mejora en el comportamiento del índice de endeudamiento	Capitalizaciones por el orden de 227.000 millones de pesos, entre las vigencias 2020 y 2022. Mejora en el comportamiento del índice de endeudamiento	100%	Ejecutado	Obtener capitalizaciones para lograr el cumplimiento de los indicadores de habilitación financiera de Capital mínimo, patrimonio Decreto 2702 de 2014, Resolución 2117 de 2016
Modernización de los sistemas de tecnología de información y comunicaciones TIC a través de la renovación de tecnología en la plataforma tecnológica e implementación de nuevos sistemas de información.	Mejoras en la Plataforma tecnológica y sistemas de información: 1. Renovación de la plataforma tecnológica de Centro de Datos • Implementación Digiturnos. • Renovación de dispositivos de comunicación • Implementación Plataforma DRP. • Implementación Sistema de información misional. • Implementación Sistema de información administrativo ALMERA. • Desarrollo e implementación aplicación App. • Implementación sistema SGDEA de la EPS-S. • Implementación sistema de análisis predictivo (IA). • Implementación de robots RPA.	100%	Ejecutado	Continuar con el mejoramiento y actualización de la plataforma tecnológica y sistemas de información de la EPS-S.

Fuente: Dirección de Estrategia y Planeación

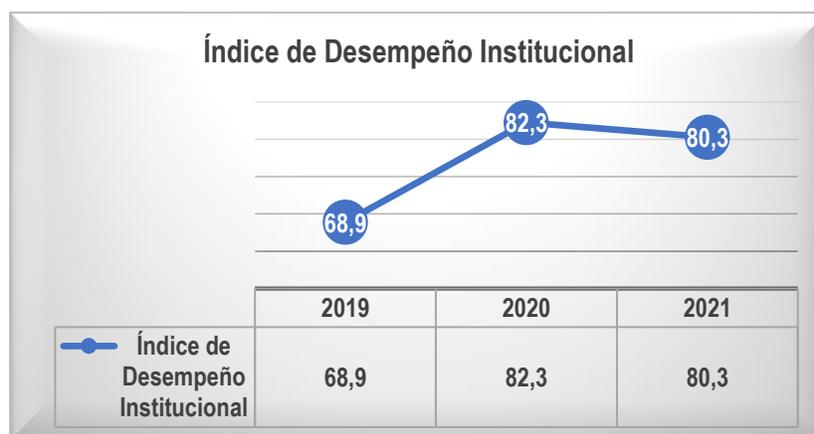
3 GESTIÓN Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

Describa de forma general, en máximo tres (3) párrafos de siete (07) líneas cada uno, el desarrollo y resultados obtenidos en el Índice de Desempeño Institucional (IDI) de la entidad durante el cuatrienio. Para facilidad de presentación. Se sugiere la siguiente tabla, pero se pueden elaborar gráficas que permitan presentar visualmente los avances. Tenga en cuenta las políticas de gestión y desempeño que fueron aplicables a las entidades del sector.

En cumplimiento con lo establecido en el Acuerdo 641 del 6 de abril de 2016 del Concejo de Bogotá, Capital Salud EPS-S ha venido implementando una serie de medidas destinadas a fortalecer tanto su Modelo de Aseguramiento como su Modelo de Atención en Salud. Estas acciones están en línea con el objetivo de fortalecer, sanear y gestionar la entidad de manera que se garantice la estabilidad financiera y el equilibrio, a través de capitalizaciones respaldadas por el Distrito, que es el socio mayoritario.

Por esta razón, el fortalecimiento patrimonial impulsado por el socio público, el Distrito Capital, ha conducido a una gradual modificación en la composición accionaria de la EPS. En la actualidad, la participación del socio público es del 99.14%, mientras que la del socio privado es del 0.86%. A pesar de esta evolución, la entidad mantiene su carácter de entidad mixta, siendo predominantemente de naturaleza pública.

En concordancia con lo mencionado anteriormente, Capital Salud adoptó la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG a partir del año 2019. En este contexto, a continuación, se presentan los resultados del Índice de Desempeño Institucional para los años fiscales 2019, 2020 y 2021.



Fuente Dirección de Estrategia y Planeación

Recuerde que los IDI con cortes 31 de diciembre de 2019, 31 de diciembre de 2020 y 31 de diciembre de 2021, son comparables; el resultado con corte 31 de diciembre de 2022, no será comparable con los anteriores.

Tabla 3. Resultados Índice de Desempeño Institucional (IDI) 2019-2022

POLÍTICAS DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO	ÍNDICE DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL			
	2019	2020	2021	2022
Dimensión Talento Humano	52.44	62.8	65.3	
Gestión Estratégica del Talento Humano	45.2	N/A	N/A	
Integridad	60.3	55.9	58.1	
Direccionamiento Estratégico y Planeación	60.35	93.7	86.6	
Planeación Institucional	60.4	93.7	86.4	
Compras y Contratación Pública	N/A	N/A	N/A	
Gestión con Valores para Resultados	69.91	92.1	89.7	
Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos	58.3	84.1	80.9	
Gobierno Digital	75.8	90.4	90.7	
Seguridad Digital	77.9	94.4	90.4	
Defensa Jurídica	68.2	76.1	85.6	
Servicio a la Ciudadanía	62.9	91.6	89	
Racionalización de Trámites	61.9	84.7	76.2	
Participación Ciudadana en la Gestión Pública	67.8	92.7	84.6	
Evaluación de Resultados	58.81	93.3	89	
Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	58.8	97.3	89	
Información y Comunicación	63.04	84.4	80.6	
Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha Contra la Corrupción	69.3	84.7	80.7	
Gestión Documental	48.3	72.7	72	
Gestión de la Información Estadística	N/A	N/A	N/A	
Gestión del Conocimiento y la Innovación	68.53	92.0	86.1	
Gestión del Conocimiento y la Innovación	68.5	92	86.1	
Control Interno	68.65	78.5	76.2	
Control Interno	68.7	78.5	76.2	

Fuente: Resultados medición del Desempeño Institucional – Función Pública

En junio de 2023, llevamos a cabo la medición del Índice de Desempeño Institucional (IDI) correspondiente al año 2022 a través del FURAG. Actualmente, estamos a la espera de recibir los resultados del FURAG para el año 2022.



Fuente: Función Pública 2023

3.1 DIMENSIÓN TALENTO HUMANO

- **GESTIÓN ESTRATÉGICA DEL TALENTO HUMANO**

I. Gestión Realizada

Describa, en dos (2) párrafos de siete (7) líneas, los resultados obtenidos de la aplicación del autodiagnóstico de la política de gestión estratégica del talento humano de la vigencia 2023, tanto en sus componentes asociados al ciclo de las y los servidores públicos como a las rutas de creación de valor. Para las entidades que no se rijan por la Ley 909 de 2004 y sus decretos reglamentarios, se puede tener en cuenta el autodiagnóstico como referente para la gestión del talento humano vinculado a la entidad.

Hemos implementado una Política de Gestión del Talento Humano centrada en un servicio humanizado y el desarrollo integral del personal para mejorar el desempeño, calidad de vida laboral y satisfacción. Esto se logra con un trato digno e igualitario, impactando positivamente el clima laboral y alcanzando objetivos institucionales.

Esta política se ejecuta a través del Plan Estratégico de Talento Humano, que incluye subprocesos alineados con objetivos estratégicos como dotación de personal competente, gestión de salarios y prestaciones, planes de bienestar, capacitación, seguridad y salud en el trabajo, gestión del desempeño y cultura organizacional positiva.

En consonancia con los subprocesos de Talento Humano, se han definido las siguientes actividades estratégicas que están enlazadas con el Plan Operativo Anual:

Tabla 4. Administración del Talento Humano

Actividades estratégicas	% Avance reporte agosto
Implementar programa de Talento Humano más cerca de ti.	66%
Presentar resultados de la actualización de cargas laborales, propuesta de estructura organizacional y escala salarial a la Junta Directiva para aprobación e implementación.	90%

Fuente: Dirección Talento Humano a 30 de agosto 2023

Tabla 5. Desarrollo del Talento Humano

Actividades estratégicas	% Avance reporte agosto
Implementar la escuela de liderazgo para los procesos misionales y de apoyo.	66%
Diseñar y desarrollar el programa de capacitaciones 2023.	78%
Desarrollo de la inducción y reinducción institucional.	66%
Implementar plataforma e-learning Capital Salud EPS.	73%
Implementar plan de desarrollo para los trabajadores de Capital Salud EPS a través de las capacitaciones del modelo de gestión de desempeño.	85%
Implementar el programa de humanización para el cliente interno.	95%

Fuente: Dirección Talento Humano a 30 de agosto 2023

Tabla 6. Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

Actividades estratégicas	% Avance reporte agosto
Actualizar y desarrollar el programa de vigilancia epidemiológica para la prevención del riesgo psicosocial.	70%
Ejecutar el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo 2023.	66%

Fuente: Dirección Talento Humano a 30 de agosto 2023

A. Plan Estratégico de Talento Humano

Liste mediante viñetas o bullets, mínimo tres (3) y máximo cinco (5) acciones estratégicas de **mediano plazo (2020 – 2023)** adelantadas para fortalecer la gestión del talento humano, articuladas a la plataforma estratégica de la entidad.

- Fortalecimiento de la cultura organizacional de la entidad a través de la implementación y adopción de ejes temáticos relacionados con los Derechos Humanos, la humanización del servicio, la integridad y la transparencia.
- Como parte de la estrategia de dignificación y formalización laboral, en agosto de 2020, Capital Salud EPS-S concluyó los contratos con 468 trabajadores en misión, incorporándolos a su plantilla laboral.
- Se han mejorado las condiciones laborales y se ha garantizado el derecho de asociación sindical mediante la firma, por primera vez, de convenciones colectivas de trabajo con las organizaciones sindicales (fechas: 23 de marzo y 19 de julio de 2022, 01 de marzo y 20 de junio de 2023). Estos acuerdos incluyen beneficios significativos para los trabajadores, como: 1. Prima de vacaciones, 2. Bonificación anual, 3. Bonificación por antigüedad, 4. Póliza de vida, 5. Póliza exequial, 6. Permisos remunerados, entre otros.
- Hemos promovido y priorizado la seguridad y salud en el trabajo mediante la consolidación de nuestras sedes en la ciudad de Bogotá, asegurando condiciones óptimas en cuanto a ambiente, espacio e infraestructura en los puestos de trabajo para favorecer el desempeño de nuestros colaboradores.

B. Plan Anual de Vacantes

Liste mediante viñetas o bullets, las acciones desarrolladas durante el **periodo (2020 – 2023)** para la provisión de los cargos que se encontraban en vacancia definitiva. Especifique si se desarrollaron procesos de convocatoria para la provisión de los cargos de carrera administrativa a través de la

Comisión Nacional del Servicio Civil, indicando la situación actual del proceso. Indique el número de las vacantes definitivas por proveer en la fecha de corte.

Disponemos de un proceso de selección que abarca la publicación de vacantes, el reclutamiento, la realización de pruebas de conocimiento y psicológicas, entrevistas y un assessment center. En este contexto, se llevaron a cabo convocatorias tanto externas como internas para cubrir los cargos vacantes, con los siguientes resultados:

2021: se realizaron 14 ascensos.

2022: se realizaron 65 ascensos.

2023: A la fecha se han realizado 39 ascensos.

A corte septiembre del 2023 se cuentan con 39 vacantes definitivas por proveer.

Para aquellas vacantes que no se cubren a través de convocatorias mixtas o internas, se adelantan convocatorias externas a través de redes sociales, universidades y plataformas digitales (Empleo.com y LinkedIn).

C. Plan de Previsión de Recursos Humanos

Liste mediante viñetas o bullets, los resultados obtenidos a partir de las medidas establecidas (reubicación, encargos, comisiones, creación de empleos temporales o en su defecto, la contratación), para atender los requerimientos de personal de la entidad durante el periodo (2020 – 2023).

De acuerdo con lo estipulado en el artículo 97 de la Ley 489 de 1998 y el párrafo 2 del artículo 7 de la Ley 1966 de 2019, el régimen de contratación de personal en la EPS se rige por el derecho privado. Por lo tanto, es importante destacar que nuestro personal no ostenta la calidad de servidores públicos, siendo su única y verdadera condición la de trabajadores.

En virtud de lo anterior, es importante destacar que la EPS-S no está sujeta a las figuras jurídicas típicas del empleo regulado por el derecho público. Sin embargo, los requerimientos de personal son gestionados de acuerdo con las necesidades de las distintas áreas y en consonancia con las vacantes disponibles.

D. Plan Institucional de Capacitación

Liste mediante viñetas o bullets, relacione mínimo tres (3) y máximo cinco (5) actividades estratégicas en relación con la formación y capacitación del talento humano vinculado a la entidad, y sus correspondientes resultados.

- Hemos implementado el programa de inducción y reinducción institucional con el objetivo de familiarizar a nuestros colaboradores con la misión, visión, valores y principios de la entidad. Este programa facilita la integración, adaptación y actualización de la cultura organizacional y ha beneficiado a 156 trabajadores.
- Hemos fortalecido las habilidades de nuestros colaboradores en diversas áreas, incluyendo el enfoque étnico diferencial, la diversidad, el enfoque de género y la discapacidad, con la participación de 435 trabajadores. Además, se ha impartido capacitación en lenguaje de señas a los colaboradores de la línea de frente, se ha implementado la cultura de humanización, se ha promovido el código de integridad, se han abordado temas de

Derechos Humanos y se ha llevado a cabo una escuela de liderazgo que ha beneficiado a 998 trabajadores.

- Fomentar la participación de los colaboradores en el desarrollo de sus capacidades, destrezas, habilidades, valores y competencias del talento humano en general a través de diversos contenidos comunicativos.

E. Plan de Bienestar e Incentivos

Liste mediante viñetas o bullets, relacione mínimo tres (3) y máximo cinco (5) actividades estratégicas en relación con el mejoramiento del bienestar y la generación y entrega de incentivos al talento humano vinculado a la entidad, y los resultados obtenidos.

- Hemos fortalecido nuestro proceso de Bienestar mediante la implementación de estrategias relacionadas con educación, vivienda, deporte y salud. Estas estrategias han innovado en las actividades ofrecidas tanto para nuestros 998 trabajadores como para sus familias, lo que ha resultado en una mayor cobertura tanto en la ciudad de Bogotá como en el Departamento del Meta.
- Durante el año 2022, implementamos la estrategia de talento humano "Más cerca de ti", la cual se basa en el uso de un código QR. El objetivo principal de esta estrategia es facilitar que todos los colaboradores puedan presentar sus peticiones, quejas, reclamos y felicitaciones relacionados con el talento humano, y así brindar una respuesta efectiva. Hasta la fecha, hemos gestionado exitosamente 805 solicitudes.
- En el año 2023, llevamos a cabo la unificación de las sedes de trabajo, lo que ha resultado en una mejora significativa en las condiciones físicas de los trabajadores y sus puestos de trabajo.

F. Plan de Trabajo Anual de Seguridad y Salud en el Trabajo

Liste mediante viñetas o bullets, relacione mínimo tres (3) y máximo cinco (5) resultados de la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

- Hemos logrado mejorar las condiciones de trabajo y salud de 650 trabajadores mediante la optimización de espacios e infraestructura, lo que ha promovido la salud y fortalecido la prevención y el control de riesgos.
- Implementación de la Batería de Riesgo Psicosocial en la ciudad de Bogotá y en el Departamento del Meta, logrando una cobertura del 93% de nuestros colaboradores. Esta herramienta se utiliza como insumo para llevar a cabo una adecuada intervención psicosocial.
- Implementación de programas de vigilancia epidemiológica osteomuscular, que incluyen actividades de intervención dirigidas a la población, como la realización de escuelas de cuidado postural, pausas activas y seguimientos médicos, entre otros. Actualmente, hemos identificado a 387 personas con riesgo osteomuscular.
- En el año 2023, se organizó la Semana de la Salud y Seguridad en el Trabajo en la ciudad de Bogotá y el Departamento del Meta. Durante esta semana, se llevaron a cabo diversas actividades de promoción y prevención de la salud, que incluyeron jornadas de salud visual, tamizaje de seno, terapia ocupacional y actividades para la prevención de la salud mental, entre otras.

G. Política Pública Distrital de Gestión Integral del Talento Humano

Enliste los compromisos y resultados de la entidad en los productos de política pública (*sólo para el caso de las entidades que cuenten con productos asignados en el plan de acción de la Política Pública Distrital de Gestión Integral del Talento Humano*)

De conformidad con el artículo 97 de la Ley 489 de 1998 y el párrafo 2 del artículo 7 de la Ley 1966 de 2019, el régimen de contratación de personal de la EPS es el derecho privado, de tal manera que nuestro personal no tiene la calidad de servidores públicos, siendo su única y real calidad la de trabajadores. Por lo anterior, a la EPS-S no le es aplicable tal figura jurídica del empleo regulado por el derecho público.

Tabla 4. Productos de política pública que aportan a la gestión del talento humano en la entidad

Producto	Vigencia del compromiso (fecha de inicio / fecha de finalización)	% avance en el desarrollo del producto	Resultado alcanzado

Fuente: xxxx

H. Detalle planta de personal de la entidad.

Diligencie el siguiente cuadro, con los datos correspondientes al corte **30 de septiembre de 2023**

Tabla 5 Detalle de empleos (planta de personal)

Septiembre 2023							
Ítem	Directivo	Asesor	Profesional	Técnico	Asistencial	Total	Total, Costo de la nómina (pesos corrientes)
Número de empleos permanentes por nivel Jerárquicos	14	1	315	407	261	998	\$ 37.936.089.962
Número de empleos temporales	0	0	0	0	0	0	
Número de empleos con carácter transitorio	0	0	0	0	0	0	
Número de empleados de Libre Nombramiento y Remoción	0	0	0	0	0	0	
Número de empleados de período	0	0	0	0	0	0	
Número de empleados de Carrera administrativa	0	0	0	0	0	0	
Número de empleados en provisionalidad	0	0	0	0	0	0	
Vacantes definitivas	1	0	8	0	48	57	

Fuente: Dirección Talento Humano –Nómina

Tabla 6. Detallade de situaciones administrativas

4. Informe detallado sobre situaciones de la entidad territorial.	
Criterio	N°
Servidores en condición de discapacidad	3
Servidores con fuero sindical	16
Servidores teletrabajando	15
Servidores jóvenes vinculados (entre 18 y 28 años)	167
Servidores con horario flexible	2
Servidores próximos para pensionarse	2
Servidores con hoja de vida en el SIDEAP	0
Servidoras con fuero materno (licencia de maternidad)	11
Servidores pertenecientes a grupos étnicos, NARP, LGTBIQ+	35
Otras	

Fuente: Dirección Talento Humano –Nómina corte a 30 septiembre

De acuerdo con el artículo 97 de la Ley 489 de 1998 y el párrafo 2 del artículo 7 de la Ley 1966 de 2019, el régimen de contratación de personal en la EPS se rige por el derecho privado. Por lo tanto, nuestro personal no ostenta la calidad de servidores públicos, siendo considerados únicamente como trabajadores. En este sentido, es importante destacar que la Ley de Cuotas y la Ley de Paridad de Géneros no son aplicables a nuestra entidad.

Sin embargo, es relevante mencionar que la participación de mujeres en cargos directivos alcanza el 90%.

Tabla 7 Reportes de ley.

Criterio	Total Cargos provistos	Total mujeres	% participación mujeres
Ley de Cuotas (Ley 581 de 2000)	N/A	N/A	N/A
Ley de paridad de género (Decreto 455 de 2020)	N/A	N/A	N/A

II. Logros

Liste mínimo tres (3), máximo cinco (5) logros obtenidos en la implementación de esta política.

De conformidad con el artículo 97 de la Ley 489 de 1998 y el párrafo 2 del artículo 7 de la Ley 1966 de 2019, el régimen de contratación de personal de la EPS es el derecho privado, de tal manera que nuestro personal no tiene la calidad de servidores públicos, siendo su única y real calidad la de trabajadores. Por lo anterior, a la EPS-S no le es aplicable tal figura jurídica del empleo regulado por el derecho público.

No obstante, en cumplimiento de la Política de Talento Humano, se destacan los siguientes logros:

- Como parte de la estrategia de dignificación y formalización laboral, en agosto de 2020, finalizó el contrato con la empresa de servicios temporales que tenía bajo su vinculación a 468 trabajadores en misión. Simultáneamente, se llevó a cabo una unificación de sedes, lo que resultó en mejoras significativas en las condiciones físicas de trabajo y en los puestos laborales.
- En el año 2022, se inició la implementación del Proceso de Gestión del Desempeño Laboral, un requisito necesario para la habilitación de la EPS-S, según lo establecido en la Resolución 497 de 2021.
- Se llevó a cabo la actualización de las cargas laborales, se propuso una nueva estructura organizacional, se ajustó la escala salarial y se elaboró un manual de funciones.
- El 23 de marzo de 2022, Capital Salud EPS-S firmó su primera Convención Colectiva de Trabajo con la organización sindical UNITRACOOP, y el 19 de julio de 2022, firmó su primera Convención Colectiva de Trabajo con la organización sindical SINTRACAPITAL. Estos acuerdos han generado importantes beneficios para nuestros trabajadores y han tenido un impacto positivo en la satisfacción laboral de nuestro personal.
- En la vigencia 2023, se diseñó e implementó la Política de Derechos Humanos, la Política de Integridad, la Política de Conflicto de Interés y el Programa de Humanización.

III. Retos

Liste mínimo (3) máximo cinco (5) retos que considera que debe tener en cuenta la siguiente administración en el corto plazo (100 primeros días), respecto de las estrategias desarrolladas para implementar esta política.

De conformidad con el artículo 97 de la Ley 489 de 1998 y el parágrafo 2 del artículo 7 de la Ley 1966 de 2019, el régimen de contratación de personal de la EPS es el derecho privado, de tal manera que nuestro personal no tiene la calidad de servidores públicos, siendo su única y real calidad la de trabajadores. Por lo anterior, a la EPS-S no le es aplicable tal figura jurídica del empleo regulado por el derecho público.

Sin embargo, en el ámbito de la Dirección de Talento Humano, se presentan los siguientes retos:

- Conseguir la aprobación de la Junta Directiva para el estudio de nivelación salarial y su ejecución subsiguiente.
- Desarrollar estrategias para reducir la rotación de personal a través de la retención de empleados a lo largo de todo su ciclo laboral.
- Continuar mejorando las condiciones laborales de nuestros empleados en términos de bienestar, formación, capacitación y beneficios económicos, como parte de nuestros esfuerzos para dignificar el entorno laboral.

IV. Aspectos relevantes para entregar a la administración entrante

Tenga en cuenta:

- Los documentos que se relacionan a continuación no deben remitirse a la Secretaría cabeza de sector. Estos se deben tener disponibles para la entrega al equipo de empalme correspondiente.

- Los documentos que se relacionan a continuación son los mínimos sugeridos. La entidad debe revisar si es necesario incluir información adicional que refleje el estado y avance de la política de gestión y desempeño en la entidad.

- Documentos soporte de proceso de la convocatoria con la Comisión Nacional del Servicio Civil, cualquiera sea su estado (Ejemplo actos administrativos de desarrollo de la convocatoria).
- Informes de seguimiento a la Gestión Estratégica del Talento Humano.
- Reportes anuales de la Ley de cuotas 581 de 2000.
- Entregar actualizado el SIDEAP (roles, desvinculaciones y situaciones administrativas)
- Análisis de la estructura organizacional, planta de personal y manual de funciones, respecto a las necesidades funcionales de la entidad.

- **INTEGRIDAD**

I. Gestión Realizada

A. Estrategias para el fortalecimiento de la integridad en la entidad

Describa las iniciativas de integridad desarrolladas en la entidad, detallando los resultados alcanzados y la población impactada. Para tal fin utilice la siguiente tabla:

Tabla 8. Iniciativas para el fortalecimiento de la integridad en la entidad

Iniciativa (Relacione máximo 3)	Actividades desarrolladas	Población objetivo	Resultado alcanzado
Código de Integridad	Elaboración y divulgación mediante los canales internos y actividades desarrolladas por parte de la dirección de talento humano	Colaboradores de Capital Salud en la ciudad de Bogotá y el departamento del Meta y grupos de interés.	Apropiación del Código de Integridad por parte de los colaboradores a corte septiembre 998
Sensibilización de los valores del Código de integridad	Se desarrolló el mes de la integridad en septiembre del 2022 mediante actividades lúdico-educativas, donde los colaboradores identificaron los valores del Código de Integridad. En el año 2023, se realizó la socialización en el departamento del Meta y Bogotá a través de las actividades de bienestar	Colaboradores de Capital Salud en la ciudad de Bogotá y el departamento del Meta.	536 colaboradores sensibilizados en relación con los valores del Código de Integridad. En 2023, la cantidad de trabajadores sensibilizados aumentó a 555.

Fuente: Dirección Talento Humano

B. Cumplimiento de las medidas de integridad definidas en el Decreto Distrital 189 de 2020.

Liste mediante viñetas o bullets, los resultados de las acciones adelantadas para el fortalecimiento de la integridad establecidas en el Decreto Distrital 189 de 2020 (divulgación

proactiva de la declaración de bienes y rentas, declaración de conflicto de interés y declaración del impuesto sobre la renta, mecanismos de fortalecimiento de los canales de denuncia, medidas de protección al denunciante e incorporación de compromisos de integridad y cláusulas anticorrupción).

De acuerdo con el artículo 97 de la Ley 489 de 1998 y el párrafo 2 del artículo 7 de la Ley 1966 de 2019, el régimen de contratación de personal de la EPS se rige por el derecho privado, lo que significa que nuestros empleados no tienen la condición de servidores públicos, sino la de trabajadores. Por lo tanto, el Decreto 189 del 2020 no es aplicable a nuestra entidad. Sin embargo, en el ámbito de la integridad, la Dirección de Talento Humano ha implementado las siguientes medidas:

- Se diseñó e implementó la Política de Conflicto de Interés.
- El trabajador al momento de su vinculación diligencia el Formato de Conocimiento del Cliente -SARLAFT/PADM, el cual es actualizado anualmente por los trabajadores.
- Al momento de la vinculación del personal, el Oficial de Cumplimiento verifica a los trabajadores en las listas de riesgos de SARLAFT.

C. Cumplimiento de productos de Política Pública Distrital de Transparencia, Integridad y No Tolerancia con la Corrupción que aportan a la gestión de integridad.

Enliste los compromisos y resultados de la entidad en los productos de política pública (sólo para el caso de las entidades que cuenten con productos asignados en el plan de acción de la Política Pública Distrital de Transparencia, Integridad y No Tolerancia con la Corrupción)

Tabla 9. Productos de política pública que aportan a la gestión de la integridad en la entidad

Producto	Vigencia del compromiso (fecha de inicio / fecha de finalización)	% avance en el desarrollo del producto	Resultado alcanzado

Fuente: xxx

II. Logros

Liste mínimo tres (3), máximo cinco (5) logros obtenidos en la implementación de esta política

- Elaboración y difusión del Código de Integridad en junio de 2022.
- Elaboración y socialización de la Política de Integridad en mayo de 2023.
- Participamos en los desafíos de la Senda de Integridad, propuestos para fortalecer nuestras políticas de transparencia e integridad, obteniendo el puesto 25 entre 55 entidades del Distrito que participaron.
- El 70% del personal de la EPS-S adquirió conocimiento sobre el Código de Integridad y sus valores.

- Se logró dar a conocer el Código de Integridad y sus valores al personal en el Meta.

III. Retos

Liste mínimo (3) máximo cinco (5) retos que considera que debe tener en cuenta la siguiente administración en el corto plazo (100 primeros días), respecto de las estrategias desarrolladas para implementar esta política.

- Diseñar estrategias pedagógicas para que los trabajadores en planta y OPS puedan apropiar los valores del Código de Integridad.
- Lograr que el 80% de los colaboradores de Capital Salud adopten y se identifiquen con los valores que forman parte del Código de Integridad.
- Implementar estrategias tanto presenciales como virtuales para promover una cultura de integridad en toda la organización.
- Evaluar el nivel de apropiación del Código de Integridad por parte de todos los colaboradores.

IV. Aspectos relevantes para entregar a la administración entrante

Tenga en cuenta:

- Los documentos que se relacionan a continuación, no deben remitirse a la secretaría cabeza de sector. Estos se deben tener disponibles para la entrega al equipo de empalme correspondiente.
- Los documentos que se relacionan a continuación son los mínimos sugeridos. La entidad debe revisar si es necesario incluir información adicional que refleje el estado y avance de la política de gestión y desempeño en la entidad.
 - Código de integridad
 - Plan de gestión de la integridad
 - Relación de gestores de integridad
 - Documento de análisis de denuncias asociadas a corrupción
 - Seguimiento a la publicación oportuna de las declaraciones de bienes y rentas, conflictos de interés e impuesto sobre la renta
 - Socialización Código de Integridad
 - Listado asistencia y valoración Código de Integridad

3.2 DIMENSIÓN DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN

- PLANEACIÓN INSTITUCIONAL

I. Gestión Realizada

- A. Describa cómo se tiene en cuenta el análisis de contexto y capacidades institucionales para la planeación estratégica, táctica y operativa de la entidad. ** Máximo un párrafo de catorce (14) líneas

Capital Salud EPS-S reorientó su Plan Estratégico Institucional (PEI) para el período 2017-2020 con un enfoque en el propósito de abordar las necesidades del contexto actual y los objetivos establecidos. Además, se consideraron las necesidades de satisfacción de los usuarios, la viabilidad financiera y la sostenibilidad, así como los resultados en salud de la población afiliada. El objetivo principal fue mejorar la eficiencia en la gestión de los recursos y garantizar la protección de la población afiliada.

Para lograrlo, se llevaron a cabo entrevistas estructuradas con la alta dirección de Capital Salud EPS-S para comprender los componentes mencionados y evaluar las condiciones internas y externas que afectan el desarrollo y la prestación de servicios de la empresa. Como resultado de este proceso, se identificaron 32 estrategias institucionales, que se alinearon con el desarrollo de actividades estratégicas y se establecieron indicadores de gestión para realizar un seguimiento continuo del progreso en el cumplimiento de estas actividades.

- B. Describa los factores de riesgo más relevantes que se tuvieron en cuenta para identificar los riesgos que podrían afectar el cumplimiento de la misión y los objetivos institucionales. ** Máximo un párrafo de catorce (14) líneas.

Capital Salud EPS-S identificó un factor de riesgo que podría afectar el cumplimiento de su misión y objetivos institucionales. Este riesgo se relaciona con la posibilidad de sufrir impactos en su reputación y aspectos económicos debido a posibles multas o sanciones por parte de las entidades reguladoras, en caso de no alcanzar los resultados esperados en los indicadores de gestión y desempeño establecidos en el PEI (Plan Estratégico Institucional) y el POA (Plan Operativo Anual). Para mitigar este riesgo, se llevan a cabo actividades de seguimiento mensual en relación con el cumplimiento de los indicadores del POA. Estas actividades implican la revisión de los soportes registrados por cada líder en la plataforma Almera, lo que permite identificar posibles desviaciones. En caso de encontrar desviaciones, se notifican al líder responsable a través de correo electrónico. Además, se realiza un registro trimestral para dar seguimiento al cumplimiento de los indicadores y se genera un informe validado por la Dirección de Estrategia y Planeación. El propósito de este proceso es verificar la calidad de los datos reportados y compartir observaciones a través de correo electrónico.

- C. A partir de la formulación, ejecución y seguimiento del plan estratégico institucional, realizar una breve descripción de la ejecución de las acciones, para el cumplimiento de la misión de la entidad, el logro de los objetivos y metas establecidas, con el objetivo de satisfacer las necesidades y garantizar los derechos de sus grupos de valor. ** Máximo un párrafo de catorce (14) líneas

Con el objetivo de mantener los más altos estándares de calidad y mejorar la satisfacción de la población afiliada, Capital Salud EPS-S está llevando a cabo su Plan Operativo Anual, alineado con las estrategias institucionales de la planeación estratégica 2021-2024. Estas estrategias están diseñadas para alcanzar los objetivos que plantea el nuevo modelo de atención en salud, que se enfoca en el aspecto humano, familiar y comunitario. Esto se refleja en la definición de la misión, visión, principios y valores de la entidad, así como en la formulación de 10 objetivos estratégicos que abordan 5 perspectivas: impacto en salud, atención adecuada a los usuarios, sostenibilidad financiera, mejora de procesos internos y aprendizaje y crecimiento.

Además, Capital Salud EPS-S ha establecido políticas y directrices para garantizar el cumplimiento de las normativas y procedimientos que regulan su operación como aseguradora, en el marco del

Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Estas acciones se realizan de manera coordinada con su Plan Estratégico Institucional.

D. Describa en dos párrafos de siete líneas la incidencia de los ejercicios de participación de los grupos de interés en la planeación de la entidad.

Capital Salud EPS-S ha tenido en cuenta los resultados de las encuestas que evalúan las necesidades y expectativas de nuestros StakeHolders. Estos resultados han sido la base para la creación de estrategias que abordan las cinco perspectivas fundamentales para el desarrollo de la entidad. En primer lugar, se destaca la perspectiva "Talento Humano", que se encuentra en el nivel principal. A continuación, en el segundo nivel, se encuentra la perspectiva "Procesos Internos", diseñada para satisfacer las necesidades de nuestros afiliados. En el tercer nivel, se ubica la perspectiva "Usuarios", seguida por la perspectiva "Financiera" en el cuarto nivel. Todo este enfoque tiene como objetivo principal generar un impacto positivo en la salud de la población afiliada a nuestra entidad.

E. Liste principales necesidades y expectativas de los grupos de interés, y relacione cómo se dio respuesta a través de la planeación, la entrega de productos y servicios de la entidad. ** Máximo un párrafo de catorce (14) líneas

En el proceso de desarrollo de la Planeación Estratégica 2021-2024, se identificaron diversas necesidades y expectativas:

Expectativas

Experiencia y calidad en la atención.
Compromiso con el sector público.
Eficacia y compromiso con los usuarios.
Valoración del talento humano.
Cobertura de atención integral.
Mantenimiento de un ambiente laboral favorable.

Necesidades

Mejora en la oportunidad de la entrega de autorizaciones de servicios.
Análisis eficiente de la información.
Respuesta ágil a las solicitudes de las IPS.
Expansión de la red de servicios.
Ampliación de programas de bienestar.

En respuesta a estas necesidades y expectativas, Capital Salud EPS-S ha diseñado su promesa de servicio: "Ofrecer una atención oportuna, integral y humanizada". Esta promesa se integra en el contexto estratégico y en las estrategias institucionales que guían la gestión de los procesos.

F. Describa el proceso de priorización de las acciones a incluir en los diferentes instrumentos de planeación y los criterios establecidos para la priorización. ** Máximo un párrafo de catorce (14) líneas

Capital Salud EPS-S empleó la metodología DOFA en el proceso de Planeación Estratégica Institucional. Esta metodología permitió considerar los resultados como base para la toma de

decisiones relacionadas con el fortalecimiento de sus procesos y la evaluación de las condiciones internas y externas que afectan el desarrollo y la prestación de servicios.

Para llevar a cabo un análisis completo de los diferentes aspectos, se agruparon los elementos clave identificados dentro de la organización, los cuales fueron expresados por los directivos durante las entrevistas realizadas. Además, se realizó un análisis de los documentos internos de la compañía, como los informes de gestión, actas de comité directivo y de junta directiva. También se evaluaron documentos emitidos por entidades externas, como la Superintendencia Nacional de Salud, Sac Consulting y la Contraloría Distrital.

G. Describa cómo se desarrolló el ejercicio anual de planeación y como se garantizó la articulación con las metras cuatrienales, el Plan Distrital de Desarrollo y los objetivos de desarrollo sostenible. ** Máximo un párrafo de catorce (14) líneas

Capital Salud EPS, en línea con las directrices establecidas en el Plan Distrital de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas, así como en el Plan Plurianual de Inversiones para Bogotá D.C. para el período 2020-2024, titulado "Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del siglo XXI" y en conformidad con el marco de acción establecido por el Acuerdo 761 de 2020 de la Administración Distrital, trabaja en estrecha colaboración con la Secretaría Distrital de Salud - SDS en la integración de los ejes temáticos para el período 2020-2024. Estos ejes temáticos son:

- Nuevo Modelo de Atención en Salud
- Salud Pública Individual y Colectiva
- Aseguramiento y Prestación de Servicios
- Infraestructura
- Gestión TIC
- Dignificación Laboral

H. Describa cómo se realizó la articulación de los planes previstos en el Decreto 612 de 2018 e informe si se cuenta con lineamientos específicos para dar continuidad a estas acciones. ** Máximo un párrafo de catorce (14) líneas.

Capital Salud EPS, en línea con las directrices establecidas en el Plan Distrital de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas, así como en el Plan Plurianual de Inversiones para Bogotá D.C. para el período 2020-2024, titulado "Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del siglo XXI", ha articulado sus objetivos estratégicos con los ejes temáticos, programas, estrategias y proyectos de la Administración Distrital, tal como se establece en el Acuerdo 761 de 2020. Esta colaboración se realiza en estrecha coordinación con la Secretaría Distrital de Salud - SDS. En este contexto, se han planificado las estrategias para el período 2021-2024, con un nuevo enfoque en salud que pone énfasis en lo humano, lo familiar y lo comunitario. Estas estrategias incluyen la definición de la misión, visión, principios y valores de la organización, así como la identificación de 10 objetivos estratégicos que abordan 5 perspectivas relacionadas con el impacto en la salud, la atención al usuario, la sostenibilidad financiera, la mejora de los procesos internos, y el aprendizaje y crecimiento.

II. Logros

Liste mínimo tres (3), máximo cinco (5) logros obtenidos en la implementación de esta política

- En términos de los logros de gestión de la política de Planeación Institucional, se ha establecido una ruta estratégica y operativa que orienta la gestión de la entidad hacia la satisfacción de las necesidades de sus grupos de interés. Esto se logra a través de estrategias diseñadas para fortalecer el desarrollo organizacional.
- Dentro del seguimiento al Plan Operativo Anual, se llevó a cabo una gestión efectiva para monitorear la ejecución de las actividades estratégicas y garantizar el cumplimiento de las metas de los indicadores relacionados con los objetivos institucionales.
- Se realizó un seguimiento efectivo dentro del marco del PEI-POA en colaboración con el Comité de Gestión y Desempeño, logrando una estrecha articulación en la gestión de resultados.
- En el proceso de Planeación Estratégica, se identificaron las capacidades necesarias para la gestión, considerando tanto el contexto interno como el externo de la institución. Estas capacidades se han abordado mediante estrategias destinadas a mejorar el desempeño y fortalecer las capacidades organizacionales para la entrega de productos y servicios.
- Se fortaleció la cultura de reporte y gestión de los indicadores estratégicos a través del ejercicio de la planeación estratégica. Esta herramienta nos permite llevar a cabo un seguimiento y evaluación efectivos de su cumplimiento, lo que nos permite verificar el logro de objetivos y metas de manera más eficiente.

III. Retos

Liste mínimo (3) máximo cinco (5) retos que considera que debe tener en cuenta la siguiente administración en el corto plazo (100 primeros días), respecto de las estrategias desarrolladas para implementar esta política.

- Llevar a cabo actividades de sensibilización, divulgación, apropiación y adhesión entre los líderes de proceso y los colaboradores de la entidad es fundamental para cumplir y alcanzar los objetivos establecidos en la planeación estratégica de Capital Salud para el período 2021-2024.
- Realizar un seguimiento constante de las acciones de mejora identificadas en los distintos comités donde se presentan los resultados del PEI-POA a lo largo de su ejecución es una práctica esencial.
- Incrementar la divulgación y fortalecer el seguimiento a los resultados de la planeación estratégica es una prioridad.

IV. Aspectos relevantes para entregar a la administración entrante:

Tenga en cuenta:

- Los documentos que se relacionan a continuación no deben remitirse a la Secretaría cabeza de sector. Estos se deben tener disponibles para la entrega al equipo de empalme correspondiente.

- Los documentos que se relacionan a continuación son los mínimos sugeridos. La entidad debe revisar si es necesario incluir información adicional que refleje el estado y avance de la política de gestión y desempeño en la entidad.

- Documento de Análisis de Contexto y Capacidades Institucionales
- Plataforma estratégica de la entidad
- Planes Decreto Nacional 612 de 2018
- Planes de Acción o Planes Operativos de proyectos de inversión

- **GESTIÓN PRESUPUESTAL Y EFICIENCIA DEL GASTO PÚBLICO**

I. Gestión Realizada

A. Ingresos

Describa, en un (1) párrafo de diez (10) líneas, los aspectos claves de la ejecución presupuestal de ingresos. Se sugiere la siguiente tabla:

La base de los ingresos de la entidad radica en el aseguramiento de los servicios de salud de la población afiliada perteneciente al Régimen Subsidiado y Contributivo por movilidad y que ha mostrado crecimiento y fidelización en los últimos años dado a las estrategias implementadas.

El ingreso se mide a través de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que dispone la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) para cada uno de sus afiliados, como también y para responder a ciertos eventos de salud especiales del sistema, se incluyen fuentes de ingreso específicas como cuenta de Alto Costo, Prestaciones Económicas y el reconocimiento de prestaciones NOPBS (Recobros), cuotas moderadoras y copagos. En la ejecución de los ingresos por recursos de capital la fuente de ingresos corresponde a los rendimientos generados por lo depósitos y las Capitalizaciones.

Tabla 10 Ejecución presupuestal de ingresos (para las entidades a las que aplique)

Concepto/ Vigencia	2016- 2019	2020	2021	2022	2023 Presupuesto definitivo	2023 (a junio 30)	2023 (proyectado a diciembre 31)
1. Ingresos totales		1,633,102,855,832	1,931,862,052,467	2,199,418,433,810	2,197,044,673,520	1,326,291,518,278	2,297,443,063,994
1.1. Ingresos corrientes		181,710,675,763	230,348,981,448	394,149,607,371	355,139,972,562	355,139,972,562	355,139,972,562
1.1.1. Tributarios							
1.1.2. No tributarios		1,338,671,757,525	1,604,763,238,032	1,720,100,054,485	1,823,904,700,958	953,101,425,715	1,906,202,851,430
1.1.3. Transferencias Nación							

Concepto/ Vigencia	2016- 2019	2020	2021	2022	2023 Presupuesto definitivo	2023 (a junio 30)	2023 (proyectado a diciembre 31)
1.1.4. Transferencias Distrito							
Otros ingresos							
1.2. Ingresos de Capital		112,720,422,544	96,749,832,987	85,168,771,954	18,000,000,000	18,050,120,001	36,100,240,002
Cofinanciación							
Superavit fiscal							
Rendimientos financieros		6,636,422,544	6,749,832,987	25,168,771,954	18,000,000,000	18,050,120,001	36,100,240,002
Crédito							
Otros ingresos		106,084,000,000	90,000,000,000	60,000,000,000			

Fuente: DAF- Ejecución Presupuestal de Ingresos VIG 2020- Junio 2023

B. Gastos

Describa, en un (1) párrafo de diez (10) líneas, los aspectos claves de la ejecución presupuestal de gastos. Se sugiere la siguiente tabla:

El Presupuesto de Gastos incluye la totalidad de las apropiaciones de las secciones que conforman el Presupuesto General de Capital salud EPS -S, y se clasifican en Gastos de Funcionamiento y Gastos de Operación Comercial (aseguramiento).

Gastos de Funcionamiento: son las apropiaciones necesarias para cumplir con las funciones asignadas mediante el desarrollo de las actividades administrativas, técnicas y operativas.

Gastos Operacionales- (aseguramiento): son las apropiaciones necesarias para cumplir con las funciones asignadas en el marco del SGSSS mediante la prestación de servicios de salud, la adquisición de bienes, servicios y tecnologías para los afiliados, de manera directa o a través de proveedores debidamente habilitados y reconocidos por las instancias respectivas.

Tabla 11 Momento presupuestal- Compromisos (miles de pesos)

Concepto/ Vigencia	2016- 2019	2020	2021	2022	Obligaciones 2023 (corte 30 de julio)	Obligaciones 2023 (proyectado a 31 de diciembre)	Compromisos 2023
1. Gastos totales		1,426,734,909	1,832,473,035	2,103,337,926	1,083,341,939	1,997,044,674	2,128,112,264

1.1. Funcionamiento		76,979,895	66,700,888	77,785,627	44,833,158	85,147,042	65,269,443
1.2. Servicio de la Deuda							
1.3. Inversión							
		1,349,755,014	1,765,772,147	2,025,552,298	1,038,508,781	1,911,897,632	2,062,842,821

Fuente: DAF- Ejecución Presupuestal de Gastos VIG 2020- Julio 2023

Describa, en un (1) párrafo de diez (10) líneas, los aspectos claves de la ejecución presupuestal de gastos de funcionamiento. Se sugiere la siguiente tabla:

Gastos de Funcionamiento: tienen por objeto atender las necesidades de las áreas para cumplir a cabalidad con las funciones asignadas en la constitución, la ley y los acuerdos en pro del desarrollo de las actividades administrativas, técnicas y operativas. Los gastos de funcionamiento se componen de: gastos de personal, adquisición de bienes y servicios, transferencias corrientes, gastos por tributos, multas, sanciones e intereses de mora.

La asignación de los gastos de funcionamiento, en especial, los de la adquisición de bienes y servicios, se realiza desde el Plan Anual de Adquisiciones. Las proyecciones del presupuesto para los gastos de funcionamiento se realizan basados en las variaciones macroeconómicas propuestas desde la Secretaría Distrital de Hacienda para cada vigencia.

Tabla 12 Presupuesto de funcionamiento

Vigencia	GASTOS DE PERSONAL		GASTOS GENERALES		TRASFERENCIAS		GASTOS TRIBUTOS	
	Apropiado	Ejecutado	Apropiado	Ejecutado	Apropiado	Ejecutado	Apropiado	Ejecutado
2020	50,859,707,000	50,655,241,627	29,134,397,249	26,324,653,749				
2021	34,445,381,000	30,137,453,445	34,914,703,018	31,297,127,942	7,762,129,640	4,621,452,992	650,909,168	644,854,313
2022	50,285,234,173	41,303,324,294	65,868,934,430	29,120,542,276	6,134,793,032	6,134,793,032	1,371,179,878	1,226,967,960
2023	53,434,569,699	30,510,454,404	53,193,693,621	31,556,862,068	5,110,185,453	2,275,647	3,408,593,227	3,199,851,627

Fuente: DAF- Ejecución Presupuestal de Gastos de Funcionamiento VIG 2020- Julio 2023

* Como visualización opcional, la entidad puede incorporar gráficos de barras para la presentación de sus resultados.

Describa, en un (1) párrafo de diez (10) líneas, los aspectos claves de la ejecución presupuestal de gastos de funcionamiento. Se sugiere la siguiente tabla:

Capital Salud EPS-S es una sociedad de economía mixta, con participación mayoritaria superior al 90% por parte del Distrito Capital, perteneciente al Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, cuyo objeto social es el aseguramiento en salud y sus ingresos provienen del reconocimiento por Unidad de Pago por Capitación, de acuerdo con la cantidad de afiliados en cada periodo, valor reconocido y girado directamente desde la ADRES.

De acuerdo con la normatividad vigente, los recursos provenientes de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), no son rentas propias de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), por lo tanto, no pueden ser utilizados con fines diferentes a la organización y administración del sistema de seguridad social, razón por lo que la entidad no tiene suscritos proyectos de inversión.

Sin embargo, a pesar de lo anteriormente expuesto, Capital Salud EPS-S realizó la articulación de su Planeación Estratégica con las metas definidas en el Plan de Desarrollo Distrital.

C. Presupuesto de inversión

Tabla 13 Identificación de proyectos de inversión

NOMBRE PROYECTO	VALOR ASIGNADO		VALOR EJECUTADO	
	2020		2020	
	2021		2021	
	2022		2022	
	2023		2023	
	2020		2020	
	2021		2021	
	2022		2022	
	2023		2023	
	2020		2020	
	2021		2021	
	2022		2022	
	2023		2023	

Fuente: XXX

D. Pasivos exigibles

Describa, en un (1) párrafo de diez (10) líneas, los aspectos claves relacionados con los pasivos exigibles y contingencias existentes en la entidad. Se sugiere la siguiente tabla:

Entiéndase como pasivos exigibles de la EPS, todas las cuentas del servicio de salud conocidas liquidadas pendientes de pago y que, a junio 30 de 2023, asciende al valor de \$144.850.171.486 y proyectadas a diciembre 31 de 2023, se esperar terminar con \$130.797.839.596. Dentro del pasivo de los servicios salud se exceptúan cuentas tales como: glosas por conciliar, que no se consideran exigibles de pago hasta que se concilie con cada prestador, y laboratorio COVID, que son responsabilidad de pago de la ADRES.

El pasivo que forma parte del contingente judicial activo de Capital Salud EPS-S, se encuentra enmarcado por acciones judiciales y administrativas, que para el mes de junio del 2023 se encontraban bajo las denominaciones civiles, administrativas y otros litigios y demandas y que son gestionados por el área jurídica de la entidad.

Tabla 14 Relación de pasivos exigibles

Concepto	Monto total de los pasivos exigibles y contingencias proyectados a junio 30 de 2023	Monto total de los pasivos exigibles y contingencias proyectados a 31 de diciembre de 2023	Recursos disponibles en el Fondo de Contingencia
1. Pasivos exigibles y contingencias			
1.2. Pasivos exigibles	\$144.850.171.486	\$130.797.839.596	0
1.3. Contingencias	\$13.356.199.847	\$13.564.999.847	0

Fuente: Estados financieros Capital Salud EPS-S

E. Vigencias futuras

Relacione las vigencias futuras que se encuentran aprobadas en la entidad, con sus respectivas características.

Las vigencias futuras ejecutadas por la entidad para el periodo 2020 al 2023 son las siguientes:

CONCEPTO	2021	2022	2023
Datacenter	360,785,857	1,494,740,557	1,451,204,425
Alquiler equipos de computo	1,043,243,070	2,025,714,699	1,966,713,300
Programa Integral VIH - Evento	5,572,000,000	11,385,873,380	13,571,829,212
Programa Integral VIH - Evento	8,715,000,000	17,828,283,679	21,274,946,381
Programa Integral VIH - Evento	1,802,500,000	3,702,998,512	4,437,604,523
Servicios baja complejidad Subsidiado Meta - Capitación	1,422,694,980	2,770,751,874	2,775,324,960
Servicios baja complejidad Subsidiado Municipio de San Carlos de Guaroa - Capitación	514,832,400	915,207,596	916,718,133
Servicios baja complejidad Subsidiado Municipio de Guamal - Capitación	427,339,080	785,774,372	787,071,281
Servicios baja complejidad Subsidiado Municipio de El Dorado - Capitación	328,686,372	637,543,242	638,595,498
Gestión Documental	396,836,900	706,255,799	887,126,416
VALOR	20,583,920,680	42,253,145,732	48,707,136,152

Fuente: CONFIS vigencia 2020

II. Logros

Liste mínimo tres (3), máximo cinco (5) logros obtenidos en la implementación de esta política

- Consolidación e implementación del presupuesto público en la entidad.

- Manejo eficaz de los recursos resultado del indicador de ejecución presupuestal de cada vigencia
- Ejecución del gasto de cada vigencia consolidado en el plan de cuentas según la norma
- Ajustes presupuestales durante la vigencia que permitieron la ejecución de los recursos sin alterar el mandato de la norma
- Buen uso de los recursos conforme a la calidad del gasto, conservando el principio de austeridad del gasto.

III. Retos

Liste mínimo (3) máximo cinco (5) retos que considera que debe tener en cuenta la siguiente administración en el corto plazo (100 primeros días), respecto de las estrategias desarrolladas para implementar esta política

- Consolidación y adquisición de una herramienta tecnológica que permita un manejo integral financiero (presupuesto, contabilidad y tesorería).
- Continuar con un manejo eficiente de los recursos, sin apartar el principio de la austeridad en el gasto.

IV. Aspectos relevantes para entregar a la administración entrante:

Tenga en cuenta:

- Los documentos que se relacionan a continuación no deben remitirse a la Secretaría cabeza de sector. Estos se deben tener disponibles para la entrega al equipo de empalme correspondiente.
- Los documentos que se relacionan a continuación son los mínimos sugeridos. La entidad debe revisar si es necesario incluir información adicional que refleje el estado y avance de la política de gestión y desempeño en la entidad.
 - Estados financieros
 - Informes de ejecución presupuestal
 - Consolidación y manejo de los recursos públicos conforme a la normatividad vigente que rige el sistema presupuestal.
 - Áreas de la empresa alineadas en el manejo del presupuesto público.

- **COMPRAS Y CONTRATACIÓN PÚBLICA**

I. Gestión Realizada

A. Elaboración y seguimiento al Plan anual de adquisiciones

Liste mediante viñetas o bullets las principales componentes que se tuvieron en cuenta en la estructuración, ejecución y seguimiento del Plan Anual de Adquisiciones. Realizar énfasis en el cumplimiento de los objetivos institucionales a través de la provisión de los bienes, obras y servicios requeridos.

- Para la elaboración del Plan Anual de Adquisiciones Capital Salud tiene como Base las estrategias y acciones dadas por la Agencia Nacional de Contratación Pública, desde su proceso Colombia Compra Eficiente, el cual da herramientas de formatos y codificación estructurada de bienes y servicios a adquirir.
- Dicho formato es de conformación de la Agencia Nacional de Contratación Pública y a su vez, se utilizan códigos desde su plataforma códigos UNPS
- Para realizar la consolidación de las necesidades de Capital Salud, la DEP envía email anexando formato a cada dirección, estos validan y diligencian sus necesidades estipulando descripción, tiempo valor unitario, valor total y responsable de la necesidad.
- Para la consolidación de las necesidades se realiza mesa de trabajo, para dar por válida y aceptada la información cargada de las necesidades de funcionamiento y/o como las de costo médico.
- Esta herramienta se toma como insumo para la elaboración del Plan Financiero en la Distribución del Gasto - Costo.

Códigos UNPSFC	Descripción SECOB	Necesidad Capital Salud EPS	Fecha estimada de inicio de proceso de selección (mes)	Duración estimada del contrato (número de meses)	Modalidad de selección	Fuente de los recursos	Valor total estimado Mes	Valor estimado en la vigencia actual	Datos de contacto del responsable
Servicios Comerciales								\$ 2.150.856.000.000	
51000000	Medicamentos y Productos Farmacéuticos	Medicamentos y Productos Farmacéuticos	Enero	12	Contratación Directa	Recursos propios	26.500.000.000	318.000.000.000	DME
85100000	Servicios Integrales De Salud (apoyo terapéutico - rehabilitación)	Rehabilitación	Enero	12	Contratación Directa	Recursos propios	334.000.000	4.008.000.000	DME
85100000	Servicios Integrales De Salud (apoyo diagnóstico)	Imagenología	Enero	12	Contratación Directa	Recursos propios	1.250.000.000	15.000.000.000	DME
85100000	Servicios Integrales De Salud (complementarios de odontología)	Odontología	Enero	12	Contratación Directa	Recursos propios	486.000.000	5.832.000.000	DME
85100000	Servicios Integrales De Salud (complementarios de medicina especializada)	Consulta Ambulatoria (Especializada, General)	Enero	12	Contratación Directa	Recursos propios	2.455.000.000	29.460.000.000	DME
85100000	Servicios Integrales De Salud (traslados asistenciales)	Traslados asistenciales	Enero	12	Contratación Directa	Recursos propios	573.000.000	6.876.000.000	DME
85100000	Servicios Integrales De Salud (Apoyo Diagnóstico, Laboratorio clínico)	Laboratorio clínico	Enero	12	Contratación Directa	Recursos propios	1.006.000.000	12.072.000.000	DME

Fuente: Pagina Web Capital Salud EPS-S

- La CPF está diseñando estrategia para el seguimiento y control del Plan Anual de Adquisiciones, esto, partiendo desde la socialización de este, hasta el descuento y/o identificación de la necesidad Vs la contratación Vs la ejecución presupuestal.
- Para el control efectivo del PAA, se debe tener claridad desde la solicitud de la necesidad, la validación del CDP, la minuta contractual y el CRP, para así poder llevar un control efectivo en tiempo, costo de la necesidad.

Relaciona máximo tres estrategias que se desarrollaron para la optimización de la gestión contractual en la Entidad.

1. **Verificación Contractuales Especializadas:** El equipo de gestión contractual lleva a cabo revisiones aleatorias de los expedientes y procesos de contratación de Capital Salud EPS-S S.A.S. Estas revisiones comprenden un minucioso análisis de la documentación contractual, el seguimiento de los entregables y el análisis jurídico de los contratos, en función de la fase en la que se encuentre el proceso. Estas verificaciones se realizan mensualmente.
2. **Adopción de un Modelo de Gestión de Riesgos Contractuales:** Capital Salud EPS-S desarrolla un modelo de gestión de riesgos específico para sus contratos a través del Plan Operativo Anual-POA. Este enfoque implica la identificación proactiva y cuantitativa de los riesgos asociados a cada contrato, utilizando técnicas como el análisis de riesgos Monte Carlo. Se asignan responsabilidades claras para mitigar los riesgos identificados y se establecen umbrales de riesgo aceptables. Además, se ha implementado un sistema de

alertas tempranas que permite tomar medidas inmediatas ante desviaciones significativas en los niveles de riesgo.

El seguimiento del POA se utiliza como una herramienta para evaluar la ejecución de las estrategias de mitigación de riesgos y ajustarlas según sea necesario a lo largo del período fiscal.

3. **Publicación de contratos en SECOP I, SIVICOF y SIRECI:** con el propósito de asegurar la transparencia y el cumplimiento de las normativas, Capital Salud EPS-S implementa una sólida estrategia de publicación de contratos en SECOP I, además del registro en SIVICOF y SIRECI, como componentes fundamentales de su gestión contractual. A través de esta plataforma, se garantiza la transparencia en todos los procesos contractuales y se observan los requisitos legales y normativos de la contratación pública en Colombia. Cada contrato, sin excepción, se registra y publica en SECOP I de forma puntual y completa, proporcionando acceso público a información detallada acerca de los contratos adjudicados, sus montos, los contratistas seleccionados y los plazos de ejecución.

Asimismo, la empresa cumple con sus obligaciones de registro en SIVICOF, el Sistema de Información de la Vigilancia de la Contratación Estatal; este sistema posibilita un seguimiento y control más riguroso de los contratos, garantizando el cumplimiento de las políticas y procedimientos establecidos por los entes de control. La información registrada en SIVICOF desempeña un papel fundamental en la supervisión y auditoría de los procesos contractuales.

4. Por último, la estrategia abarca también el registro en SIRECI, el Sistema de Registro y Control de la Ejecución de Contratos, este sistema permite llevar un seguimiento detallado de la ejecución de los contratos, incluyendo los avances, los pagos y cualquier modificación realizada durante el ciclo de vida de cada contrato. Esto garantiza que la ejecución de los contratos se realice de manera eficiente y que se cumplan todas las obligaciones contractuales.

La estrategia de publicación en SECOP I, no solo cumple con los requisitos legales, sino que también fomenta la rendición de cuentas y la confianza en la gestión contractual de la EPS. Ciudadanos, proveedores y otras partes interesadas pueden acceder fácilmente a la información relevante, lo que promueve la transparencia y la competencia en el proceso de contratación de servicios de salud y la contratación administrativa. Además, actualmente estamos en proceso de implementación de la plataforma SECOP II con el objetivo de migrar a esta modalidad de contratación transaccional.

Diligencie la siguiente tabla con corte 30 de septiembre de 2023. Si la entidad tiene contratos de gran envergadura, que aportan al cumplimiento de metas plan de desarrollo, por favor diligencie el anexo de procesos contractuales prioritarios.

Tabla 15. Número y valor de contratos por modalidad de proceso

MODALIDAD	2020		2021		2022		2023	
	No.	Valor Total						
Acuerdo marco de precios	N/A		N/A		N/A		N/A	
Concurso de Méritos	N/A		N/A		N/A		N/A	
Contratación directa (Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión)	2	\$149.331.248	1	\$27.500.000	26	\$26.719.200	149	\$10.635.170.602
Contratación directa (Convenios)	2	No tiene erogación económica	1	No tiene erogación económica	1	No tiene erogación económica	1	No tiene erogación económica
Contratación directa (otros)	49	\$832.935.695.136	83	\$394.837.905.290	42	\$848.817.590.096	131	\$1.282.353.575.783
Licitación Pública	N/A		N/A		N/A		N/A	
Mínima Cuantía	N/A		N/A		N/A		N/A	
Selección abreviada	N/A		N/A		N/A		N/A	
Selección Abreviada - Menor Cuantía	N/A		N/A		N/A		N/A	
Selección abreviada - Subasta Inversa	N/A		N/A		N/A		N/A	
TOTAL, GENERAL		\$833.085.026.384		\$394.865.405.290		\$848.817.590.096		\$1.292.988.746.385

Fuente: Manual de contratación y Matriz de Gestión Contractual – Dirección Jurídica

II. Logros

Liste mínimo tres (3), máximo cinco (5) logros obtenidos en la implementación de esta política

- Con base en las políticas públicas y el sólido compromiso de Capital Salud, se puede afirmar que se cumple con la elaboración y publicación del Plan Anual de Adquisiciones.
- Esta herramienta complementa la elaboración del Plan Financiero.
- La inclusión de nuestros procesos contractuales en SECOP I ha posibilitado que la entidad realice una publicación más transparente y eficiente. Como resultado, Capital Salud EPS-S ha presenciado un incremento en la competencia entre proveedores, lo que ha conducido a la obtención de condiciones contractuales más favorables en términos de calidad de los servicios. Además, la divulgación de todos los procesos contractuales en SECOP I, SIVICOF y SIRECI ha mejorado la rendición de cuentas y la transparencia de la EPS.

- La implementación de un modelo de gestión de riesgos ha sido crucial para la identificación, evaluación y mitigación de los riesgos vinculados a los contratos. Esto ha permitido a CAPITAL SALUD EPS-S evitar desviaciones significativas en los contratos y mantener un mayor control sobre la gestión de riesgos. Como resultado, la entidad ha logrado reducir los costos relacionados con litigios y mejorar la administración de los recursos.
- La Rendición de Cuentas ha mejorado de manera significativa la transparencia en la gestión contractual de la EPS. Los informes resultantes de auditorías y análisis de riesgos se comparten de forma transparente con las partes interesadas, lo que ha fortalecido la confianza en la entidad mediante la carga de los respaldos correspondientes de acuerdo con nuestro Plan Operativo Anual (POA).

III. Retos

Liste mínimo (3) máximo cinco (5) retos que considera que debe tener en cuenta la siguiente administración en el corto plazo (100 primeros días), respecto de las estrategias desarrolladas para implementar esta política.

- Implementar una estrategia integral de seguimiento y control del Plan Anual de Adquisiciones, que abarque desde la socialización inicial hasta la reconciliación y análisis de las necesidades frente a la contratación y la ejecución presupuestal. Esto implica tener un proceso claro desde la identificación de la necesidad, la validación del Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP), la elaboración de la minuta contractual y la creación del Contrato o Registro Presupuestal (CRP). De esta manera, se garantizará un control efectivo en términos de tiempo y costos de las necesidades.
- **Garantizar la continuidad y alineación estratégica:** asegurar que las estrategias previamente implementadas, incluyendo la integración con SECOP I, el reporte oportuno en SIVICOF y SIRECI, el modelo de gestión de riesgos contractuales y las verificaciones especializadas, continúen operando de manera efectiva. Es fundamental que la nueva administración esté alineada con los objetivos estratégicos de la entidad para evitar interrupciones en el progreso logrado hasta el momento.
- **Evaluación de resultados y mejora continua:** realizar una evaluación completa de los resultados logrados con las estrategias implementadas hasta la fecha, identificando áreas de mejora y ajustes necesarios. Esto implica analizar el impacto en la eficiencia operativa, la mitigación de riesgos y la transparencia. La administración debe estar dispuesta a optimizar estas estrategias en función de los hallazgos de la evaluación.
- **Adaptación a cambios normativos:** el sector de la salud en Colombia experimenta cambios normativos frecuentes. La nueva administración debe estar preparada para ajustar las estrategias de gestión contractual en respuesta a nuevas regulaciones o modificaciones en las existentes; esto podría implicar cambios en los procesos de contratación o en los requisitos de transparencia y rendición de cuentas, siempre teniendo en cuenta la naturaleza jurídica de Capital Salud EPS-S para evitar la aplicación de normativas correspondientes a entidades sujetas al Estatuto General de la Contratación.

- **Capacitación y desarrollo del personal:** es esencial garantizar que el personal de la EPS-S esté debidamente capacitado y actualizado en las estrategias de gestión contractual, alineado con los cambios normativos y procedimentales. La nueva administración debe identificar las necesidades de capacitación y proporcionar la formación requerida para asegurar que el personal pueda implementar eficazmente estas estrategias.
- **Comunicación y participación de las partes interesadas:** la administración debe mantener una comunicación efectiva con todas las partes interesadas, incluyendo proveedores, beneficiarios y entidades de control. La transparencia y la participación de las partes interesadas son clave para el éxito continuo de las estrategias de gestión contractual. La administración debe establecer canales de comunicación abiertos y mecanismos de retroalimentación para abordar las preocupaciones y sugerencias de manera oportuna.

IV. Aspectos relevantes para entregar a la administración entrante:

Tenga en cuenta:

Los documentos que se relacionan a continuación son los mínimos sugeridos. La entidad debe revisar si es necesario incluir información adicional que refleje el estado y avance de la política de gestión y desempeño en la entidad.

- Manual de Contratación – Procedimientos – Formatos
- Plan Anual de Adquisiciones
- Informes de seguimiento al plan anual de adquisiciones
- Anexo Relación procesos contractuales
- Plan Anual de Adquisiciones; publicación en la página institucional, ruta acceso <https://www.capitalsalud.gov.co/3-1-plan-anual-de-adquisiciones/>

Los documentos relacionados NO deben ser enviados a la a la Secretaría cabeza de sector, a excepción del Anexo Relación procesos contractuales. Estos se deben tener disponibles para la entrega al equipo de empalme correspondiente

3.3 DIMENSIÓN GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS

FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL Y SIMPLIFICACIÓN DE PROCESOS

I. Gestión Realizada

A. Entender la situación.

Describa la interrelación existente entre la estructura organizacional y el modelo de operación de la entidad.

El Sistema de Gestión de la Calidad en Capital Salud EPS-S, se define como el conjunto de actividades planificadas, implementadas, controladas y mejoradas continuamente, para transformar las necesidades y expectativas de todos los clientes (internos y externos) de la entidad en productos y servicios; aplicando la metodología de gestión por procesos utilizando los recursos y herramientas

dispuestas por la entidad. Este sistema pretende lograr el aseguramiento de la calidad de los servicios y la eficiencia en sus actividades, mediante la articulación de los procesos y procedimientos.

Describe la apuesta de valor de la entidad y la forma en la que se generan los bienes y servicios entregados a los grupos de interés. ** Máximo dos párrafos de diez (10) líneas.

La entidad cuenta con una estructura funcional alineada con el Mapa de Procesos del Sistema de Gestión de Calidad - SGC, enfocados a la satisfacción de las necesidades y expectativas de sus afiliados, que se constituye en una herramienta indispensable para el logro de los objetivos estratégicos de la entidad y garantizar los resultados esperados.

Capital Salud EPS-S desarrolla su Sistema de Gestión de Calidad – SGC, implementando el Ciclo de Mejora Continua: Planear, Hacer, Verificar y Actuar (PHVA).

B. Diseñar o rediseñar lo necesario.

En caso de que se haya realizado algún tipo de ajuste institucional (diseño o rediseño) durante el **periodo administrativo (2020-2023)**, describa brevemente en que consistió este rediseño y si este fue enfocado a la mejora institucional o si se dio en respuesta a los cambios en los entornos sociales, políticos, económicos y tecnológicos. Se sugiere desarrollar mediante el siguiente cuadro.

Tabla 16 Identificación de rediseños institucionales

Vigencia	Rediseño Institucional	Descripción del rediseño	Estado de aplicación
2020	Rediseño de Procesos	Se realizó diseño de procesos entre el CTC y Recobro, unificando documentación del sistema de gestión de calidad y el personal de recobros y CTC en una sola área que se definió como Gestión MiPres	Ejecutada
2020	Estructura Organizacional	Estructura Organizacional aprobada el 19 de febrero de 2020 mediante Acta No. 115, reunión ordinaria Junta Directiva – Capital Salud EPS-S - Actualización de denominación de cargos aprobada el 3 de diciembre de 2020 mediante Acta No.122, reunión ordinaria Junta Directiva – Capital Salud EPS-S.	Ejecutada
2021	Planeación Estratégica Institucional 2021-2024	Se estructuró y definió la PEI para las vigencias 2021 - 2024 en el cual, generaron aspectos de implementación institucional, como la ampliación de aseguramiento en el Municipio SOACHA en el departamento Cundinamarca y ampliación en municipios del Departamento del Meta, entre otros objetivos Estratégicos	En ejecución

Fuente: Sistema de Gestión de Calidad - SGC

En caso de que no se hayan realizado ajustes institucionales, informar las razones por las cuales se mantuvo la operación bajo el mismo esquema que se recibió al inicio del periodo administrativo.

** Máximo dos párrafos de diez (10) líneas.

C. Trabajar por procesos.

Describa brevemente cómo articuló la plataforma estratégica de la entidad (promesa de valor, misión, visión, objetivos estratégicos, líneas estratégicas) con el modelo de operación por procesos y cuáles fueron los resultados de esta articulación.

** Máximo dos párrafos de diez (10) líneas.

Capital Salud EPS-S se esfuerza constantemente en mantener altos estándares de calidad y mejorar la satisfacción de sus afiliados. Para lograr estos objetivos, la entidad ha desarrollado esquemas gerenciales en línea con su plan estratégico 2021-2024, que abarca un nuevo enfoque en salud centrado en aspectos humanos, familiares y comunitarios. Este plan estratégico se basa en una misión, visión, principios y valores claros, con 10 objetivos estratégicos que afectan cinco áreas clave: impacto en la salud, atención al usuario, sostenibilidad financiera, mejora de procesos internos y desarrollo y crecimiento organizacional.

Uno de estos objetivos estratégicos es la "Optimización de Procesos". En este sentido, la EPS-S ha desarrollado una estructura funcional que se alinea con su Sistema de Gestión de Calidad, representado en un Mapa de Procesos diseñado para satisfacer las necesidades y expectativas de sus afiliados. Este mapa de procesos es una herramienta esencial para alcanzar los objetivos estratégicos de la entidad. Con los ajustes en la estructura organizacional, los cambios normativos y el nuevo plan estratégico de la EPS-S, es crucial fortalecer la articulación y gestión de los procesos. Esto se logra mediante la definición de los procedimientos ideales, la implementación de controles y la creación de indicadores que permiten monitorear continuamente su desempeño.



Fuente: Planeación Estratégica y Sistema de Gestión de la Calidad

Durante el periodo administrativo, ¿se realizaron ejercicios de simplificación de procesos pensando en la optimización de las actividades que desarrolla la entidad?, de ser afirmativa su respuesta, por favor describa brevemente en que consistieron estos ejercicios de simplificación y cuáles fueron sus resultados o impactos.

** Máximo dos párrafos de diez (10) líneas.

Capital Salud EPS-S ha realizado la simplificación de procesos, entre los cuales se encuentra la simplificación de la cadena de valor entre el CTC y Recobro, unificando la documentación del Sistema de Gestión de Calidad y el talento humano de estas dos áreas y procesos (recobros y CTC), en una sola área que se definió como Gestión MiPres, lo que ha fortalecido el ciclo de las líneas de gestión, desde el Aseguramiento MIPRES hasta la integración de datos, lo que ha permitido que la EPS cuente con calidad de la data para el reconocimiento de presupuestos máximos.

II. Logros

Liste mínimo tres (3), máximo cinco (5) logros obtenidos en la implementación de esta política

- Se ha realizado un proceso de depuración y priorización de riesgos por proceso, lo que ha resultado en una reducción significativa de 99 riesgos identificados en comparación con el año 2020. En el año 2021, la organización ha logrado consolidar 23 matrices de riesgo por proceso, con un total de 112 riesgos, lo que representa un promedio de 5 riesgos por proceso. Para el primer semestre de 2022, la entidad ha mantenido 24 matrices por proceso, con un total de 100 riesgos identificados.
- Actualización documental del Sistema de Gestión de Calidad por encima del 90%.
- Respecto a la rotación de personal se presenta una disminución del 0.6 % para el segundo trimestre de la vigencia 2023, pasando de un 1.2% en el primer trimestre a un 0.6% en el segundo trimestre.
- Revolución tecnológica de Digiturnos y kioscos de autoservicio.
- La Superintendencia Nacional de Salud mediante resolución 202331000004586-6 del 18 de julio de 2023, se renueva la vigencia de una autorización de funcionamiento a una Entidad Promotora de Salud por 5 años.
- La Superintendencia Nacional de Salud emite la Resolución 050236 del 2 de agosto de 2022, por la cual se ordena el levantamiento del programa de recuperación ordenado a Capital Salud Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado S.A.S

III. Retos

Liste mínimo (3) máximo cinco (5) retos que considera que debe tener en cuenta la siguiente administración en el corto plazo (100 primeros días), respecto de las estrategias desarrolladas para implementar esta política

- Cumplir con la gestión de riesgos de la circular 004 de 2018.
- Mitigar los riesgos residuales en nivel extremo de la EPS.
- Implementar el nuevo Mapa de Procesos de la EPS.
- Gestionar la Certificación en ISO 9001:2015

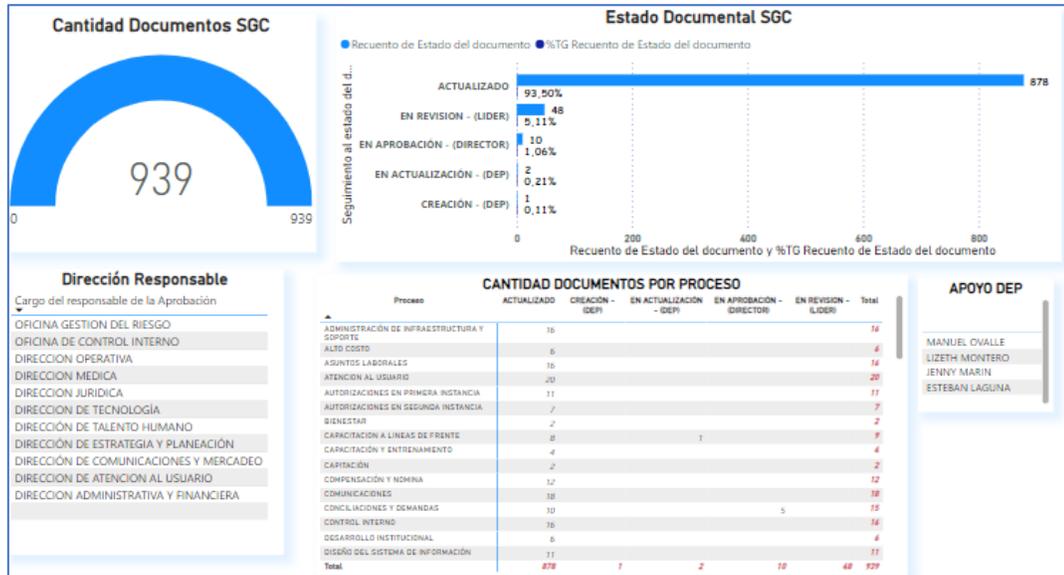
IV. Aspectos relevantes para entregar a la administración entrante:

Tenga en cuenta:

- Los documentos que se relacionan a continuación no deben remitirse a la Secretaría cabeza de sector. Estos se deben tener disponibles para la entrega al equipo de empalme correspondiente.

- Los documentos que se relacionan a continuación son los mínimos sugeridos. La entidad debe revisar si es necesario incluir información adicional que refleje el estado y avance de la política de gestión y desempeño en la entidad.

- Inventario de la documentación completa de los procesos de la entidad y sus formatos, indicando su ubicación.
- Lista de procesos y procedimientos racionalizados o simplificados.
- Relación de actos administrativos de los rediseños institucionales
- A continuación, se resume la Gestión documental del Sistema de Gestión de Calidad.



Fuente: Sistema de Gestión de la Calidad

GOBIERNO DIGITAL

I. Gestión Realizada

A. Gobierno de Tecnologías de la Información (TI) de la entidad

Describir las principales acciones para implementar esquemas de gobernabilidad de TI y para adoptar las políticas que permitan alinear los procesos y planes de la Entidad con los del sector.

** Máximo un párrafo de catorce (14) líneas.

Capital Salud EPS-S ha implementado una serie de políticas como parte de su esquema de gobernabilidad, con el objetivo de alinear los componentes de Tecnología de la Información (TI) de manera transversal a los procesos de la entidad. Estas políticas abordan aspectos como la seguridad y privacidad de la información, el tratamiento de datos personales, el gobierno digital y la administración de centros de datos. Su finalidad es proporcionar orientación sobre el uso, apropiación y gestión de la tecnología para garantizar la disponibilidad, integridad y seguridad de la información. Estas políticas también definen roles y responsabilidades, así como la identificación y mitigación de riesgos informáticos. Además, la entidad ha desarrollado un Plan Estratégico de Tecnologías de Información (PETI) que incluye proyectos para el período 2020-2023, con recursos, presupuesto, indicadores y procesos de mejora continua.

Con relación a la vigencia 2020-2023 se planearon los siguientes proyectos a implementar:

- Implementación y migración centro de datos a nube privada TIER IV
- Implementación sistema de telefonía y omnicanalidad
- Implementación sistema de información misional de aseguramiento integral
- Implementación ERP financiero SAP S4/HANA
- Implementación sistema de Digiturnos y Kioscos de video atención
- Implementación sistema de gestión institucional ALMERA
- Implementación de Inteligencia Artificial mediante trabajadores digitales
- Implementación sistema de contratación
- Implementación APP de la EPS-S
- Implementación sistema de gestión de documento electrónico
- Implementación DRP alternativo para la recuperación de desastres.
- Implementación sistema de alta disponibilidad de red privada
- Renovación de los dispositivos de comunicación switch de la EPS-S

B. Estado de habilitadores de Gobierno Digital

Describa en el siguiente cuadro los principales logros y avances presentados en cada uno de los habilitadores y especifique los retos a desarrollar para cada uno de ellos.

Según los proyectos ejecutados durante el período 2020-2023, a continuación, se detallan los logros alcanzados en el contexto de las iniciativas de Gobierno Digital:

Tabla 17 Avance Habilitadores Gobierno Digital

HABILITADOR	LOGROS Y AVANCES DESTACADOS	RETOS
Arquitectura	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación y migración del Centro de Datos de la EPS- A nube privada TIER IV • Renovación dispositivos de comunicación de la EPS-S • Implementación del sistema de telefonía y omnicanalidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la seguridad informática de la EPS-S manteniendo la disponibilidad, integridad y confidencialidad de la información.
Cultura y apropiación	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación sistema de información misional de aseguramiento integral • Implementación sistema de gestión institucional ALMERA • Implementación sistema de contratación • Implementación sistema de gestión de documento electrónico 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación ERP financiero SAP S4/HANA
Seguridad y privacidad de la información	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación y migración centro de datos a nube privada TIER IV 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener el modelo de seguridad y privacidad de la Información y medidas de seguridad cibernética

HABILITADOR	LOGROS Y AVANCES DESTACADOS	RETOS
	<ul style="list-style-type: none"> Implementación DRP alterno para la recuperación de desastres. Implementación sistema de alta disponibilidad de red privada. Fortalecimiento de la Seguridad Informática a través de Anti DDos, WAF, Firewall, Antivirus, Active Directory, Anti-Hacking, Batería de Backups, Reporte de Vulnerabilidades. 	
Servicios Ciudadanos Digitales	<ul style="list-style-type: none"> Implementación sistema de telefonía y omnicanalidad Implementación sistema de Digiturnos y Kioscos de video atención Implementación de Inteligencia Artificial mediante trabajadores digitales Implementación APP de la EPS-S 	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer los procesos de Inteligencia Artificial con la implementación de análisis predictivos. Fortalecer los módulos de la APP en el marco de telesalud y teleeducación para nuestros afiliados.

Fuente: Dirección de Tecnología

C. Estado de líneas de acción e iniciativas dinamizadoras de Gobierno Digital

Describa en el siguiente cuadro los principales logros y avances presentados en cada una de las líneas de acción e iniciativas dinamizadoras desarrolladas por la entidad.

Tabla 18 Avance Líneas de Acción / Iniciativas Dinamizadoras

LÍNEAS DE ACCIÓN / INICIATIVAS DINAMIZADORAS	LOGROS Y AVANCES DESTACADOS	RETOS
Servicios y procesos inteligentes	<ul style="list-style-type: none"> Implementación de Inteligencia Artificial mediante trabajadores digitales. Implementación sistema de Digiturnos y Kioscos de video atención. 	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer los procesos de seguimiento a las cuentas de alto costo con la implementación de análisis predictivos.
Decisiones basadas en datos	<ul style="list-style-type: none"> Implementación de Inteligencia Artificial mediante trabajadores digitales. Implementación sistema de Digiturnos y Kioscos de video atención. 	<ul style="list-style-type: none"> Iniciar el proceso de video atención de los PAUS a través de la Web.
Estado abierto	<ul style="list-style-type: none"> Implementación App de la EPS-S 	<ul style="list-style-type: none"> Generar procesos de Telesalud y Teleeducación desde al App

Fuente: Dirección de Tecnología

D. Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETI)

Realice una breve descripción de los principales resultados obtenidos en la implementación del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información.

** Máximo dos párrafos de catorce (14) líneas.

Durante el período 2020-2023, Capital Salud EPS-S logró un cumplimiento del 93% en las acciones programadas en su Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETI). Los principales hitos incluyen la modernización de su plataforma tecnológica, destacándose la implementación de un Centro de Datos en nube privada con un estándar de seguridad TIER nivel IV, que mejoró significativamente la seguridad informática. Además, se establecieron canales de comunicación en alta disponibilidad, asegurando una comunicación continua incluso en caso de fallos en el canal principal. La implementación de un Plan de Recuperación de Desastres (DRP) en Medellín proporciona un Centro de Datos alternativo, lo que permitiría a la entidad continuar brindando servicios en aproximadamente 4 horas en caso de ataques cibernéticos o problemas significativos.

El sistema de información misional de la entidad fue actualizado para administrar eficientemente la información y atenciones de los afiliados en materia de aseguramiento en salud. Además, se utilizaron herramientas de Inteligencia Artificial para monitorear las atenciones de alto costo brindadas a los afiliados.

En cuanto al fortalecimiento de los servicios y procesos inteligentes, se implementaron sistemas de Digiturnos y kioscos de video atención en los Puntos de Atención a Usuarios (PAU's), mejorando el control de las atenciones y proporcionando un mecanismo de atención remota más eficaz para los usuarios.

E. Soporte y operación de la infraestructura de TI (o servicios tecnológicos)

Realice una breve descripción de los principales resultados obtenidos en la implementación del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información.

** Máximo dos párrafos de catorce (14) líneas.

Durante la vigencia, se realizaron dos acciones clave, en primer lugar, se logró una migración exitosa del Data Center a una nube privada certificada como TIER nivel IV. Esto resultó en una optimización de los recursos informáticos y una significativa mejora en los tiempos de transacción de los sistemas de información. Además, esta migración se llevó a cabo en una plataforma altamente segura y cumpliendo con las normativas TIER nivel IV y políticas de seguridad informática ISO27001.

En segundo lugar, se renovaron todos los sistemas de comunicación de la EPS-S con tecnología de última generación, proporcionando un mejor rendimiento y estabilidad en las comunicaciones de la entidad, lo que contribuyó a una operación más eficiente y confiable. Así mismo, durante la administración, se mantuvieron contratos de arrendamiento de equipos de cómputo e impresoras de última generación con especificaciones técnicas avanzadas para respaldar las diversas funciones en la EPS-S. También se brindó soporte y mantenimiento continuo a la mesa de servicios de tecnología, con atención disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, y se realizó un seguimiento constante al cumplimiento de los Acuerdos de Nivel de Servicio utilizando la herramienta ARANDA.

F. Implementación del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (MSPI) y Plan Operacional de Seguridad y Privacidad de la Información

Realice una breve descripción de los principales resultados obtenidos en la implementación del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (MSPI) y plan operacional de seguridad y privacidad de la información.

** Máximo dos párrafos de catorce (14) líneas.

La exitosa implementación del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información ha tenido resultados altamente positivos para la entidad, mejorando la seguridad de la información, reduciendo brechas de seguridad y protegiendo contra ataques cibernéticos, al prevenir accesos no autorizados a datos críticos. Esto ha permitido cumplir con normativas como ISO 27001 y leyes de protección de datos personales, además de reducir riesgos.

En esta vigencia, se fortaleció la infraestructura tecnológica de la EPS-S con la adición de sistemas de seguridad perimetral como firewalls, listas de acceso para internet y recursos compartidos de información crítica, así como sistemas de detección de intrusiones, como Kaspersky, y análisis de vulnerabilidades de Hacking Ético, para mitigar accesos no autorizados. La implementación del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información incluyó la capacitación de empleados sobre los riesgos asociados al uso inadecuado de la tecnología.

II. Logros

Liste mínimo tres (3), máximo cinco (5) logros obtenidos en la implementación de esta política

- Implementación de sistema de Digiturnos y Kioscos de video atención como mecanismo tecnológico para mejorar los servicios prestados a nuestros usuarios en los puntos de atención en la ciudad de Bogotá D.C., Departamento de Cundinamarca y Meta.
- Implementación de la APP de la EPS-S del Distrito, a través de la cual se promueve mecanismos de ciudad inteligente en el marco de la política de gobierno digital, permitiendo minimizar las brechas tecnológicas entre los ciudadanos y la institución, facilitando los servicios de solicitud de citas médicas, autorizaciones, actualización de datos, certificaciones, entre otras.
- Uso y apropiación de herramientas de Inteligencia Artificial mediante la implementación de metodologías RPA para abstracción, transformación, análisis y presentación de resultados de las atenciones recibidas por nuestros usuarios pertenecientes a las cortes de alto costo, apoyando el seguimiento y toma de decisiones de riesgo en salud.
- Implementación del Sistema de información misional de aseguramiento integral de Capital Salud EPS-S, como herramienta tecnológica que administra todo el componente de aseguramiento en salud de nuestros afiliados.
- Renovación de toda la plataforma tecnológica de la EPS-S mediante la implementación de una nube privada en cumplimiento de la norma TIER nivel IV e ISO 27001, como soporte y base fundamental de todos los sistemas de TI de la EPS-S

III. Retos

Liste mínimo (3) máximo cinco (5) retos que considera que debe tener en cuenta la siguiente administración en el corto plazo (100 primeros días), respecto de las estrategias desarrolladas para implementar esta política

- Desarrollo e implementación de un tablero de gestión financiera para la EPS-S que incluye el análisis y los resultados del proceso de reserva técnica.
- Seguir fortaleciendo la aplicación móvil de la EPS-S mediante la incorporación de componentes de telesalud y teleeducación.
- Llevar a cabo la segunda fase del sistema de contratación, que comprende la generación de minutas y el seguimiento contractual.

IV. Aspectos relevantes para entregar a la administración entrante:

Tenga en cuenta:

- Los documentos que se relacionan a continuación no deben remitirse a la Secretaría cabeza de sector. Estos se deben tener disponibles para la entrega al equipo de empalme correspondiente.
- Los documentos que se relacionan a continuación son los mínimos sugeridos. La entidad debe revisar si es necesario incluir información adicional que refleje el estado y avance de la política de gestión y desempeño en la entidad.
 - Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETI) vigente
 - Plan Operacional de Seguridad y Privacidad de la Información, vigente.

SEGURIDAD DIGITAL

I. Gestión Realizada

A. Infraestructuras críticas en la entidad

Realice una breve descripción de las acciones adelantadas para determinar el estado y la protección de la infraestructura crítica en la entidad.

** Máximo dos párrafos de catorce (14) líneas.

La entidad ha tomado medidas significativas para identificar y gestionar eficazmente los riesgos de seguridad informática. Esto incluye una evaluación exhaustiva de la infraestructura tecnológica y sistemas de información para identificar vulnerabilidades y amenazas. Se realiza un monitoreo constante con herramientas de protección y análisis de vulnerabilidades, seguido de acciones preventivas y de reacción para mitigar los riesgos. También, se realizaron análisis de seguridad de aplicaciones, pruebas de penetración ética y auditorías de cumplimiento de estándares de seguridad.

La implementación de la Política de Seguridad de la Información, ha establecido procedimientos relacionados con el acceso a la red, contraseñas seguras, uso de dispositivos corporativos, políticas de seguridad para el teletrabajo y más. La entidad también ha establecido un proceso continuo de monitoreo con herramientas tecnológicas y respuesta a incidentes, incluyendo

sistemas de detección de intrusiones, análisis de registros y alertas automáticas para identificar comportamientos anómalos y posibles amenazas cibernéticas.

Además, se ha llevado a cabo una capacitación y sensibilización del personal en relación con los riesgos potenciales del mal uso de los recursos tecnológicos, promoviendo las mejores prácticas, como la detección de correos sospechosos y el manejo de contraseñas seguras.

B. identificación y gestión de riesgos de seguridad digital en la entidad

Realice una breve descripción de las acciones adelantadas para la identificación y gestión de riesgos de seguridad digital en la entidad.

** Máximo dos párrafos de catorce (14) líneas.

La entidad, a través de su oficina de gestión de riesgos, lleva a cabo una evaluación sistemática de todos los riesgos institucionales. En el ámbito de la seguridad digital, se han identificado riesgos como la exposición de información, uso indebido de recursos tecnológicos, fallos en la implementación de nuevos sistemas y pérdida de información. Estos riesgos se evalúan utilizando la metodología de probabilidad e impacto para determinar su nivel de criticidad en el mapa de calor de riesgo inherente y residual, posteriormente, se definen acciones de mitigación y se realizan nuevas clasificaciones basadas en los controles implementados.

La entidad dispone de varios mecanismos de control para abordar estos riesgos, que están detallados en la Política de Seguridad Informática, incluyendo medidas como seguridad perimetral en el Centro de Datos, un Centro de Datos Alterno de recuperación de desastres, control de acceso mediante usuario y contraseña, estandarización de perfiles y roles, sistemas antivirus, prevención de ataques DDoS, cortafuegos, políticas ACL, segmentación de la red en VLANs y generación de respaldos diarios, semanales y mensuales.

Además, la entidad realiza análisis de seguridad de aplicaciones, pruebas de penetración ética y auditorías de cumplimiento de estándares de seguridad de manera semestral, lo que se traduce en análisis de vulnerabilidades periódicos para mejorar continuamente la seguridad digital.

II. Logros

Liste mínimo tres (3), máximo cinco (5) logros obtenidos en la implementación de esta política

- Reducción de incidentes de seguridad: la disminución de incidentes de seguridad, como brechas de datos, ataques cibernéticos y accesos no autorizados, contribuye a mantener la confianza de los empleados y usuarios en la entidad. Esto demuestra que las medidas implementadas están funcionando eficazmente para proteger la información crítica.
- Continuidad del negocio: la entidad ha establecido diversos procedimientos para abordar posibles daños catastróficos en la información, incluyendo la implementación de un Plan de Recuperación de Desastres (DRP) bien estructurado y documentado. Este plan describe cómo la entidad puede restaurar sistemas críticos de información de manera rápida y confiable en caso de un evento adverso.

- Cultura de seguridad informática: a través del programa de concientización y capacitación para el personal, que se lleva a cabo durante la inducción y mediante el envío de medios informativos a través de los canales de comunicación corporativos, se promueve el buen uso de los sistemas informáticos. Este programa proporciona pautas sobre las mejores prácticas de seguridad informática y las amenazas actuales. Como resultado, los colaboradores adquieren una mayor conciencia sobre la importancia de proteger la información y se convierten en activos valiosos para prevenir amenazas tanto internas como externas.
- Herramientas de ciberseguridad: la implementación del modelo MSPI nos ha habilitado para adquirir herramientas especializadas que desempeñan un papel fundamental en la dirección de tecnología frente a las amenazas cibernéticas. Estas herramientas incluyen firewall, antivirus, protección contra ataques DDoS y WAF, todas ellas con la capacidad de monitorear y escanear archivos en tiempo real para el acceso a la red. Esto nos permite obtener diversos niveles de protección y alertas en caso de accesos no autorizados a la red y dispositivos corporativos.

III. Retos

Liste mínimo (3) máximo cinco (5) retos que considera que debe tener en cuenta la siguiente administración en el corto plazo (100 primeros días), respecto de las estrategias desarrolladas para implementar esta política

- Para mantener un modelo sólido de seguridad y privacidad de la información, así como medidas de seguridad cibernética efectivas, es esencial contar con una actualización constante de recursos, tanto en términos de software, hardware y talento humano. Esto requiere un respaldo financiero de la alta gerencia para garantizar la continuidad de los procesos de seguridad informática. Las amenazas cibernéticas evolucionan constantemente, lo que implica que la entidad debe adaptarse continuamente para protegerse contra nuevos tipos de ataques.

IV. Aspectos relevantes para entregar a la administración entrante:

Tenga en cuenta:

- Los documentos que se relacionan a continuación no deben remitirse a la Secretaría cabeza de sector. Estos se deben tener disponibles para la entrega al equipo de empalme correspondiente.
- Los documentos que se relacionan a continuación son los mínimos sugeridos. La entidad debe revisar si es necesario incluir información adicional que refleje el estado y avance de la política de gestión y desempeño en la entidad.
 - Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información.
 - Plan de actualización del área de TI.
 - Plan de continuidad de negocio.
 - Inventario clasificación de activos e infraestructura crítica

DEFENSA JURÍDICA

I. Gestión Realizada

A. Desarrollo de acciones para el fortalecimiento de la política

A partir de la formulación, ejecución y seguimiento del plan de acción para la implementación del Modelo de Gestión Jurídica Pública – MGJP en el marco de lo establecido en el artículo 58 del Decreto 430 de 2018, realizar una descripción cuantitativa y cualitativa de la ejecución de las acciones, para el cumplimiento de esta política.

** Máximo un párrafo de diez (10) líneas

Capital Salud EPS-S ha desarrollado y puesto en marcha una Política de Prevención del Daño Antijurídico, en concordancia con el Modelo de Gestión de la Jurisdicción y del Juzgamiento Penal (MGJP). El objetivo principal de esta política es identificar los principales factores que generan litigios y colaborar con las diferentes áreas del proceso para abordar deficiencias administrativas o funcionales que puedan dar lugar a litigios, con el fin de reducir las causas de eventos dañinos. La metodología utilizada se centra en la identificación temprana de las causas que podrían llevar a la entidad a causar daño, perjuicio o riesgo en el ejercicio de sus funciones y actividades administrativas. La disminución de la litigiosidad se logra a través de un compromiso continuo para identificar los factores que generan daños y proponer soluciones mediante un enfoque de mejora constante.

Describe los instrumentos diseñados e implementados por la entidad enfocados a la prevención del daño antijurídico. ** Máximo un párrafo de diez (10) líneas

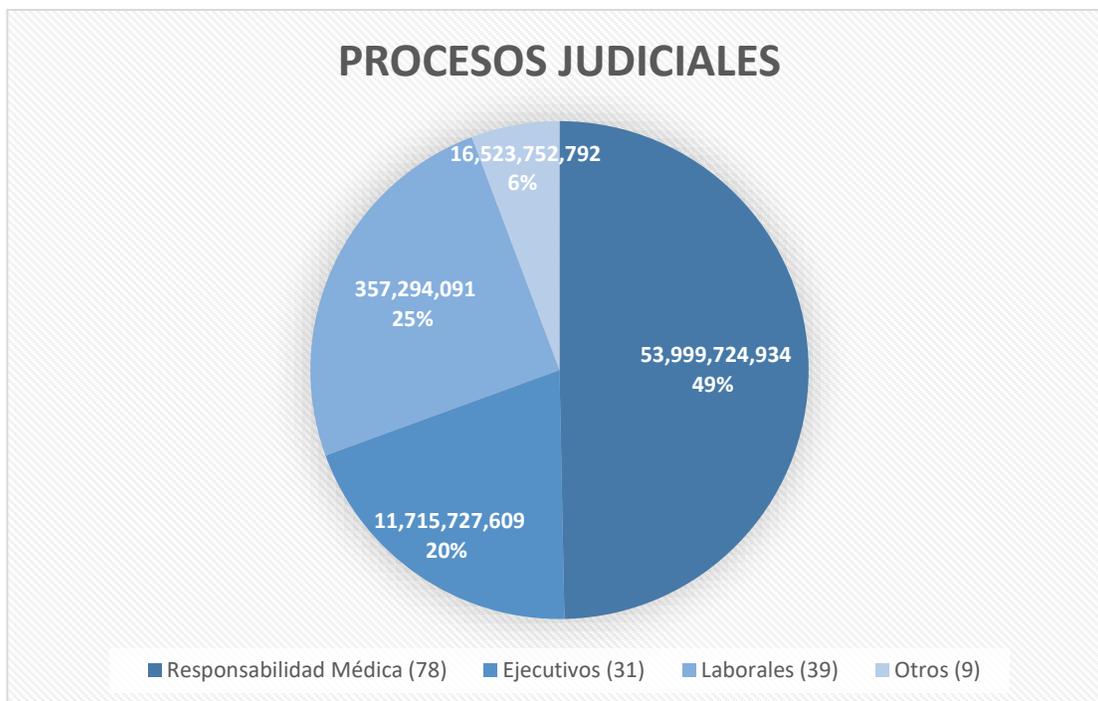
Capital Salud EPS-S, con el fin de realizar una medición y seguimiento a los principales hechos generadores de la actividad litigiosa, diseño matriz de seguimiento de indicadores el cual tuvo como resultado observaciones respecto de las actividades desplegadas y los controles establecidos, ello, con el fin de llevar un trabajo articulado que permita mitigar el riesgo.

B. Actividad Litigiosa de la Entidad

Describe la actividad litigiosa de la entidad durante el periodo administrativo, segmentándola por solicitudes de conciliación, procesos judiciales y arbitramentos (tanto activos como terminados) y diferenciada por jurisdicción, acción, causa y valor de las pretensiones asociadas a cada caso, proceso y/o arbitramento.

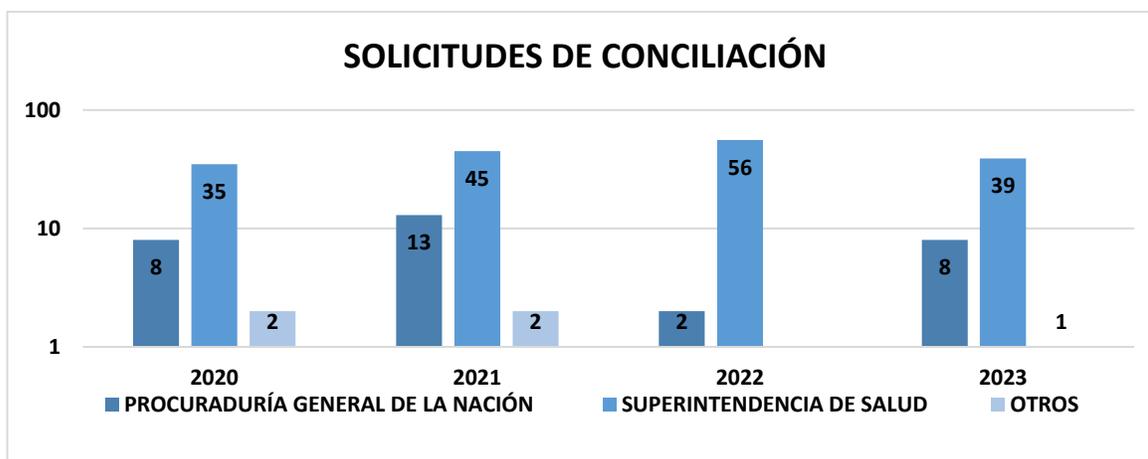
** Máximo tres (3) párrafos de siete (7) líneas. Elabore tablas y/o gráficas explicativas del texto.

Durante el periodo administrativo, para Capital Salud EPS-S, el principal riesgo jurídico se ve concentrado en la presunta falla del servicio en la prestación de la atención médica de salud, evidenciándose en acciones de reparación directa adelantadas ante la Jurisdicción Contenciosa, durante el periodo administrativo, el número de procesos notificados por responsabilidad médica, representan el 49% del total de las demandas iniciadas en contra de la entidad.



Fuente: Procesos judiciales – Dirección Jurídica

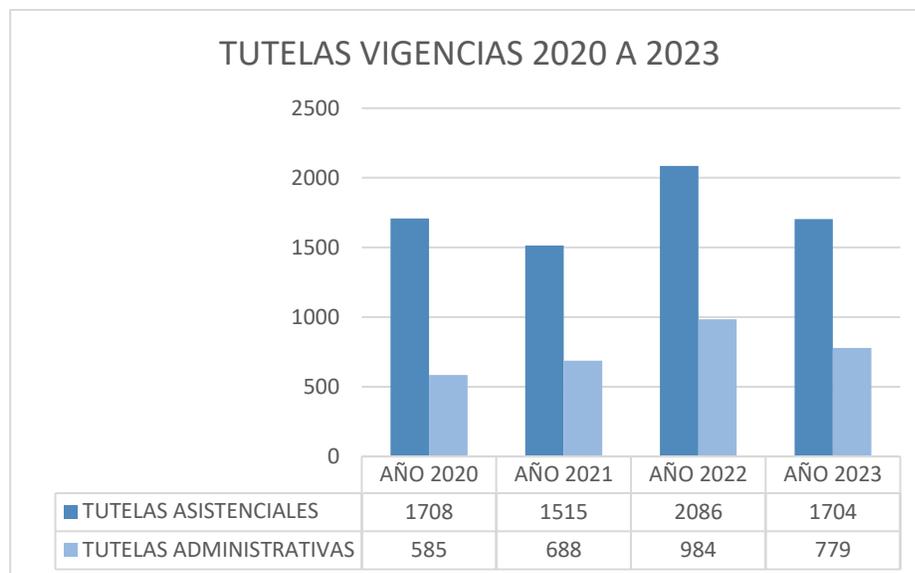
Durante el período administrativo, se recibieron y gestionaron un total de 211 solicitudes de Conciliación Extrajudicial en Derecho, principalmente convocadas por la Procuraduría General de la Nación y la Superintendencia Nacional de Salud.



Fuente: Solicitudes de Conciliación – Dirección Jurídica

Comportamiento de Tutelas

A continuación, se presenta un análisis del número de acciones de tutela notificadas a Capital Salud EPS-S durante los años 2020 a 2023:

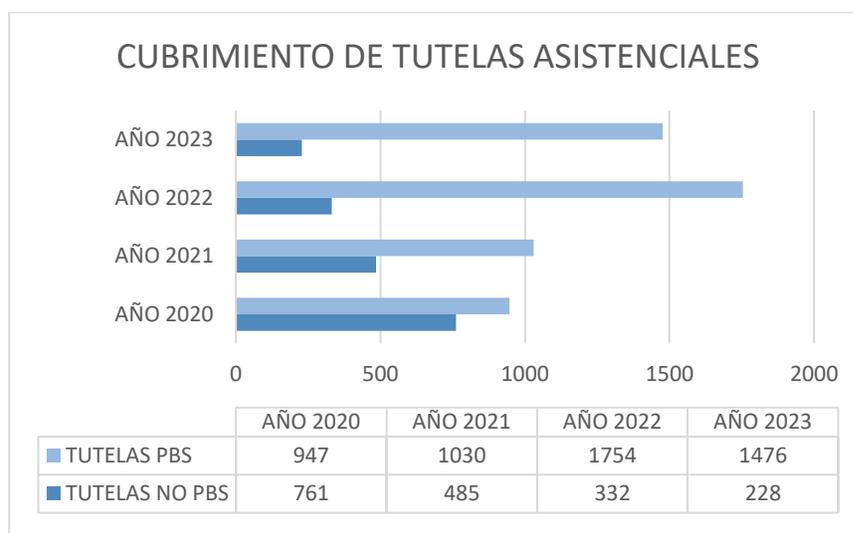


Fuente: Tutelas vigencia 2020-2023 -Dirección Jurídica

Para las vigencias 2020 y 2021, se observan menores cantidades notificadas de Tutelas, comportamiento originado por la pandemia mundial por COVID-19.

Ahora bien, como se observa la mayor cantidad de Acciones de Tutelas recibidas, son originadas por servicios de salud o asistenciales, que corresponden a un 69.8%, lo cual está íntimamente ligado al objeto social de la entidad y el 30,2% restante corresponden a temas administrativos.

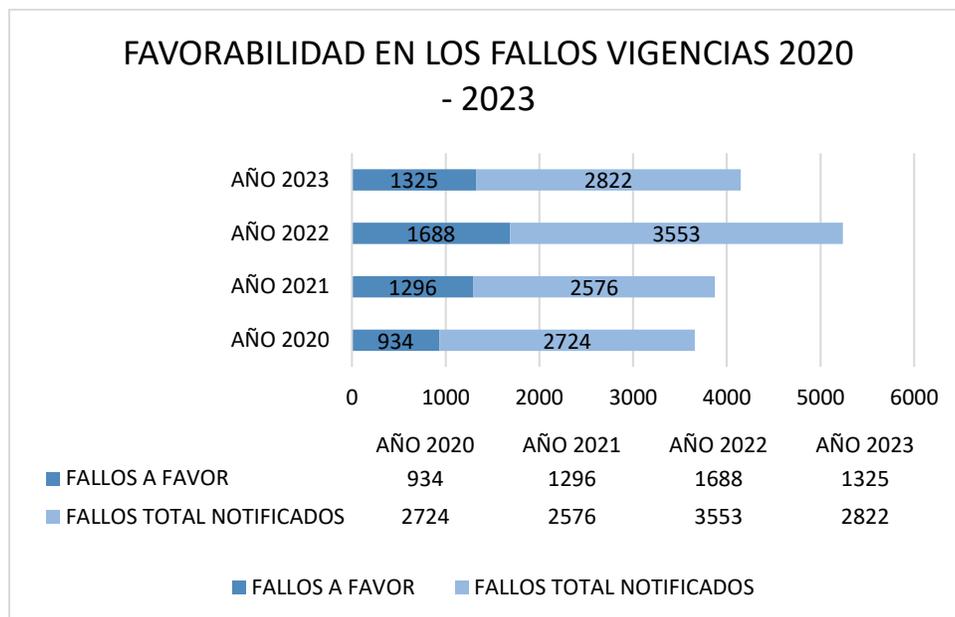
De otra parte, para las tutelas asistenciales tenemos que, en promedio frente a la cobertura del servicio, un 74.2% son servicios PBS y el restante 25.8% servicios NO PBS, con el siguiente comportamiento por año:



Fuente: Cubrimiento de Tutelas Asistencias 2020-2023 – Dirección Jurídica

Es pertinente indicar, que las tutelas están compuestas por una o varias pretensiones, por lo cual toda la caracterización realizada se extrae de la pretensión principal de cada una de ellas.

Para finalizar, frente a los fallos proferidos se debe mencionar que la favorabilidad obtenida oscila en promedio en un 44.4%, cifra que se ha mantenido constante durante las tres últimas vigencias, demostrando una adecuada defensa jurídica frente a las tutelas notificadas.



Fuente: Favorabilidad en los fallos vigencia 2020-2023 – Dirección Jurídica

Diligencie las siguientes tablas:

A continuación, se presenta de manera consolidada la información relacionada con las demandas contra la entidad:

Tabla 19. Resumen de demandas en contra de la entidad al iniciar y finalizar periodo

Demandas	Cantidad
Cantidad de demandas en contra que tenía la entidad al inicio de su periodo de gobierno.	112
Cantidad de demandas que fueron presentadas en contra de la entidad durante el actual periodo de gobierno.	109
Cantidad de demandas activas en contra de la entidad actualmente (30 de septiembre de 2023).	157
Cuantifique el valor total de las pretensiones de las demandas activas en contra de la entidad.	\$82.596.499.426

Fuente: Matriz procesos jurídicos - Dirección Jurídica

Con respecto a las sentencias ejecutoriadas que fueron notificadas a la entidad en periodo administrativo indique:

Tabla 20. Consolidado de sentencia ejecutoriadas

Sentencias ejecutoriadas notificadas a la entidad	Cantidad
¿Cuántas fueron favorables a la entidad?	12
¿Cuántas fueron desfavorables a la entidad?	11
¿Cuántas tuvieron fallo inhibitorio?	0

Fuente: Matriz procesos jurídicos - Dirección Jurídica

Realice un resumen de los resultados de los indicadores tasa de éxito para los procesos judiciales en contra de la entidad y ahorro por éxito procesal, entre las vigencias 2020 y 2023

La efectividad de la defensa jurídica se ha centrado en limitar y eximir la responsabilidad solidaria de la EPS. Esto se ha reflejado en la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva y en el cumplimiento de los deberes como asegurador, lo que demuestra que la entidad no es la responsable directa de los perjuicios alegados.

En el período evaluado, se lograron 12 fallos favorables ejecutoriados, lo que resultó en un ahorro por éxito procesal de \$5.899.780.064. Este logro confirma la efectividad y oportunidad de la defensa llevada a cabo por el equipo jurídico de la entidad.

C. Etapa de Cumplimiento y Pago de Sentencias y Conciliaciones

Reporte los pagos que efectuó la entidad por concepto de conciliaciones, sentencias judiciales y laudos arbitrales, incluyendo la fecha y valor pagado, discriminado por capital e intereses o cuentas por pagar.

A Continuación, se relacionan las sentencias judiciales pagadas durante el periodo de administración:

TERCERO	NOMBRE TERCERO	FECHA	AÑO	VALOR (\$)
52228023	SOLANO SANCHEZ BLEIDY LISSETH	10/16/2020	2020	3,300,693
1015406733	TOLEDO BOADA HORACIO VICENTE	10/16/2020	2020	1,414,582
19299753	ROJAS BENAVIDES CAMILO	12/11/2020	2020	3,141,790
1015406733	TOLEDO BOADA HORACIO VICENTE	12/11/2020	2020	1,346,482
1018419874	PINEDA FORERO SERGIO DANILO	02/25/2021	2021	12,762,559
53089981	RAMIREZ GARCIA DAHIANA CAROLINA	08/01/2022	2022	203,008
800146077	ASEOS COLOMBIANOS ASEOCOLBA S.A.	08/08/2022	2022	20,262,823
24813240	PAOLA ANDREA BARONA	09/08/2022	2022	5,939,676
55196986	ESTERLING LOSADA CIELO	10/31/2022	2022	2,812,625
1015406733	TOLEDO BOADA HORACIO VICENTE	10/31/2022	2022	1,205,411
1030590969	QUEVEDO TOVAR DARIO	11/02/2022	2022	1,000,000
860035992	FUNDACION CARDIOINFANTIL-INSTITUTO DE CARDIOLOGIA	12/15/2022	2022	470,348,992

Fuente: Matriz procesos jurídicos - Dirección Jurídica

Para la vigencia 2023 no se realizaron pagos a sentencias judiciales.

D. Acciones de repetición y recuperación de los recursos públicos

Durante el periodo administrativo, ¿se han desarrollado acciones vinculadas con la reparación patrimonial de un daño antijurídico causado, en contra del agente que con su conducta dolosa o culposa haya dado lugar a este daño? En caso afirmativo, indicar el estado de las acciones y su resultado final.

Durante el periodo administrativo, Capital Salud EPS-S no inicio acciones tendientes a la reparación patrimonial de un daño antijuridico causado.

II. Logros

Liste mínimo tres (3), máximo cinco (5) logros obtenidos en la implementación de esta política

- Identificación temprana de los principales eventos que generan actividad litigiosa.
- Involucramiento de las distintas áreas de la entidad en la identificación, seguimiento y prevención de los eventos que generan actividad litigiosa.
- Sensibilización sobre los factores que generan actividad litigiosa dentro de cada área, para tomar las medidas necesarias y prevenir su aparición.

III. Retos

Liste mínimo (3) máximo cinco (5) retos que considera que debe tener en cuenta la siguiente administración en el corto plazo (100 primeros días), respecto de las estrategias desarrolladas para implementar esta política

- Realizar seguimiento de los factores desencadenantes con el fin de reducir o mitigar la actividad litigiosa.
- Revisión y actualización de la Política de Prevención del Daño Antijurídico.
- Implementación de medidas adecuadas para el control y prevención de eventos generadores de actividad litigiosa.
- Detección oportuna de nuevos eventos generadores.

IV. Aspectos relevantes para entregar a la administración entrante:

Tenga en cuenta:

- Los documentos que se relacionan a continuación no deben remitirse a la Secretaría cabeza de sector. Estos se deben tener disponibles para la entrega al equipo de empalme correspondiente.
- Los documentos que se relacionan a continuación son los mínimos sugeridos. La entidad debe revisar si es necesario incluir información adicional que refleje el estado y avance de la política de gestión y desempeño en la entidad.
 - Ubicación de las actas de comité de conciliación digitales o físicas
 - Políticas de prevención del daño antijurídico vigentes
 - Instrumentos para el desarrollo de acciones de resolución de conflictos.
 - Directrices para la conciliación.

- Inventario y expedientes de los procesos judiciales.
- **MEJORA NORMATIVA**

I. Gestión Realizada

Describa las acciones desarrolladas durante **el periodo 2023**, asociadas con el proceso de producción normativa bajo los componentes del desarrollo de la política definidos en el Decreto Distrital 474 de 2022.** Máximo cinco (5) párrafos de seis (6) líneas

Adicional a lo anterior, responda las siguientes preguntas orientadoras

¿La entidad realizó consolidación de decretos o resoluciones únicos?, de ser afirmativa la respuesta indique cuáles.

** Máximo un párrafo de cuatro (4) líneas por cada acto administrativo consolidado

¿Qué actos administrativos de la entidad fueron objeto de mejora, por qué motivos y cuántos de ellos se llevaron a consulta pública?

** Máximo un párrafo de cuatro (4) líneas por cada acto administrativo mejorado

Liste los proyectos normativos que se encuentran en curso, por qué motivos, e indique cuál sería su fecha probable de aprobación y cuál son los trámites pendientes para su aprobación

** Máximo un párrafo de cuatro (4) líneas por cada acto administrativo en curso

¿Qué proyectos de actos administrativos a futuro se pretenden aprobar?

** Máximo un párrafo de cuatro (4) líneas por cada acto administrativo en curso

Dada su naturaleza jurídica previamente mencionada, CAPITAL SALUD EPS-S SAS no tiene la facultad de emitir actos administrativos ni promulgar decretos o regulaciones en su sector.

II. Logros

Liste mínimo tres (3), máximo cinco (5) logros obtenidos en la implementación de esta política

III. Retos

Liste mínimo (3) máximo cinco (5) retos que considera que debe tener en cuenta la siguiente administración en el corto plazo (100 primeros días), respecto de las estrategias desarrolladas para implementar esta política

IV. Aspectos relevantes para entregar a la administración entrante:

Tenga en cuenta:

- Los documentos que se relacionan a continuación no deben remitirse a la secretaría cabeza de sector. Estos se deben tener disponibles para la entrega al equipo de empalme correspondiente.
- Los documentos que se relacionan a continuación son los mínimos sugeridos. La entidad debe revisar si es necesario incluir información adicional que refleje el estado y avance de la política de gestión y desempeño en la entidad.

- Repositorio del inventario normativo.
- **SERVICIO AL CIUDADANO**

I. Gestión Realizada

A. Estrategias de servicio o relacionamiento con la ciudadanía

Liste de 3 a 5 acciones priorizadas para implementar las estrategias de servicio o relacionamiento con la ciudadanía.

- Implementación de encuestas periódicas de satisfacción para evaluar la experiencia del usuario.
- Establecimiento de una línea telefónica exclusiva para la atención de consultas y sugerencias de los ciudadanos.
- Realización de reuniones de escucha activa con representantes de asociaciones de usuarios para recoger sus inquietudes y propuestas.
- Publicación regular de informes de rendición de cuentas en el sitio web de la entidad para mantener a la ciudadanía informada sobre las acciones y avances.

Liste de 3 a 5 actividades desarrolladas para el fortalecimiento de capacidades o mejora del servicio a la ciudadanía.

- Capacitación continua del personal en técnicas de atención al cliente y comunicación efectiva.
- Inscripción a un programa de formación en humanización en servicios de salud donde se abordan temas de lenguaje claro, inclusivo y no sexista.
- Desarrollo de sesiones de retroalimentación y capacitación mensual con el personal para potenciar la calidad del servicio.

B. Fortalecimiento canales de atención

Describa los principales canales de atención que la entidad puso a disposición de la ciudadanía.

** Máximo un párrafo de cuatro (4) líneas

Los principales canales de atención incluyen atención presencial en puntos estratégicos, un Call Center, una plataforma en línea para la radicación, consulta de PQRD y una APP Móvil.

Liste de 3 a 5 acciones priorizadas para fortalecer los canales de atención de la entidad.

- Implementación del Call Center para facilitar el acceso a los servicios y ampliar los canales de atención.
- Creación de la APP Móvil para facilitar la gestión de trámites por parte de los usuarios.
- Habilitación de un sistema de Video Atención para disminuir la afluencia y las filas en los puntos de atención presencial.

- Ampliación de la cantidad de puntos de atención en Bogotá y Meta.

C. Lenguaje claro

Liste de 3 a 5 acciones priorizadas por la entidad para fortalecer la utilización de lenguaje claro y comunicación no sexista y libre de discriminación, de acuerdo con la Circular Externa 100-010-2021 de Función Pública.

- Revisión y actualización de todos los documentos institucionales para garantizar el uso de un lenguaje claro y libre de discriminación.

D. Accesibilidad de personas con discapacidad

Liste de 3 a 5 acciones desarrolladas para facilitar el acceso autónomo e independiente de las personas con discapacidad.

- Adaptación de las instalaciones físicas de las oficinas para garantizar el acceso a personas con discapacidad.
- Implementación de una línea telefónica de atención especializada para que las personas con discapacidad tengan diferentes canales de atención a su disposición.
- Desarrollo de un sitio web con herramienta de accesibilidad para personas con dificultad de visión.
- Contratación de herramienta Digiturnos para generar turnos preferenciales para poblaciones con discapacidad.

E. Peticiones, quejas, reclamos o solicitudes PQRS

Relacione las temáticas más relevantes o recurrentes identificadas a partir de la presentación de las peticiones, quejas, reclamos o solicitudes por parte de la ciudadanía

Tabla 21 Relación de temáticas relevantes por PQRS

Tipología PQRS	Temática relevante
Oportunidad de citas Red Contratada / Demora en la prestación del servicio	Problemas en la programación de citas médicas en Subredes Integradas de Servicios de Salud.
No suministro de medicamentos	Dificultad logística por parte del proveedor
Demora en la Prestación de Servicios	Demora en servicios hospitalarios, urgencias, Referencia y Contra Referencia

Fuente: Dirección de Atención al Usuario

II. Logros

Liste mínimo tres (3), máximo cinco (5) logros obtenidos en la implementación de esta política

- Potencialización de los canales existentes modernizando plataforma en línea para radicación y recepción de PQRS, además de ampliar la cantidad de puntos de atención presenciales.

- Implementación exitosa de encuestas de satisfacción.
- Ampliación de los canales de atención habilitando el Call Center, Video Atención y APP Capital Salud, logrando incrementar la eficiencia en la atención.
- Fortalecimiento de la relación con asociaciones de usuarios y mayor involucramiento de la comunidad en la toma de decisiones.

III. Retos

Liste mínimo (3) máximo cinco (5) retos que considera que debe tener en cuenta la siguiente administración en el corto plazo (100 primeros días), respecto de las estrategias desarrolladas para implementar esta política

- Mantener y mejorar la calidad de atención y reducción de tiempos en los canales de atención.
- Desarrollar a profundidad el proceso de capacitación en lenguaje claro y comunicación inclusiva.
- Garantizar la accesibilidad completa en todas las instalaciones y servicios para personas con discapacidad.
- Fortalecer la participación ciudadana y el diálogo con asociaciones de usuarios para abordar sus necesidades y expectativas de manera efectiva.

IV. Aspectos relevantes para entregar a la administración entrante:

Tenga en cuenta:

- Los documentos que se relacionan a continuación no deben remitirse a la Secretaría cabeza de sector. Estos se deben tener disponibles para la entrega al equipo de empalme correspondiente.
- Los documentos que se relacionan a continuación son los mínimos sugeridos. La entidad debe revisar si es necesario incluir información adicional que refleje el estado y avance de la política de gestión y desempeño en la entidad.
 - Documento de caracterización de grupos de interés.
 - Protocolos de servicio y relacionamiento con la ciudadanía para todos los canales de atención.
 - Resultados de la medición del desempeño de la política de servicio al ciudadano y de las otras políticas de relacionamiento con la ciudadanía.
 - Resultados de los informes de la gestión de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias (PQRSD).
 - Resultados de los informes asociados a servicio a la ciudadanía emitidos por la Secretaría General (Subsecretaría de Servicio al Ciudadano) y Veeduría Distrital.
 - Resultados de las encuestas de percepción y de evaluación de la experiencia ciudadana.
 - Otros estudios nacionales (encuesta de percepción de ambiente y desempeño institucional nacional (EDI) - departamental (EDID) del DANE) o internacionales, o informes internos.

- **RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES**

A partir de la formulación, ejecución y seguimiento al componente dos del plan anticorrupción y de atención al ciudadano o el Programa de Transparencia y Ética Pública, realizar una descripción cuantitativa y cualitativa de la ejecución de las acciones de racionalización orientadas a simplificar, estandarizar, eliminar, optimizar y automatizar trámites y procedimientos administrativos; para facilitar el acceso de los ciudadanos a sus derechos.

* Como visualización opcional, la entidad puede incorporar gráficos de barras para la presentación de sus resultados.

** Máximo un párrafo de quince (15) líneas

Durante el año 2021, se implementaron tres acciones destinadas a racionalizar trámites y simplificar procedimientos administrativos. Estas acciones abarcaron actualizaciones en el sitio web de la EPS, la introducción de formularios en línea y el desarrollo tecnológico para la demarcación en portabilidad, generando ahorros notables en tiempo y recursos. En 2022, se logró optimizar la demarcación en portabilidad. Para el año 2023, se redujo drásticamente el tiempo de espera, pasando de 20 a 5 días, en la validación de datos para novedades, al mismo tiempo que se recopilaban opiniones de los usuarios para evaluar la eficiencia del proceso. En resumen, estas medidas se han tomado con el objetivo de mejorar la eficiencia y satisfacción del ciudadano en los trámites administrativos.

I. Gestión Realizada

A. Trámites y OPAS

Indique el total de trámites, otros procedimientos administrativos (OPA) y consultas de acceso a información pública que la entidad tiene identificados. En caso de presentar trámites y otros procedimientos administrativos (OPA) que no estén inscritos en el SUIIT, indicar el motivo por el cual no se encuentran en estado inscrito.

A continuación, se presenta el número total de trámites que la entidad ha identificado y registrado en el Sistema Único de Información y Trámites (SUIIT).

Tabla 22 Trámites y OPAS inscritos (publicados)

N°	Nombre Trámite /OPA	Tipo	Medio	Registro SUIIT (SI/NO)	Motivo de NO registro	Actualizado en Guía de Trámites y servicios (SI/NO)
1	Afiliación	Trámite	Totalmente en línea	SI		SI
2	Portabilidad	Trámite	Totalmente en línea	SI		SI
3	Registro de novedades	Trámite	Totalmente en línea	SI		SI

Fuente: Dirección de Atención al Usuario

Tabla 23 Registro de datos de operación en SUIIT

Vigencia 2020			
N°	Nombre Trámite /OPA	Registro los datos de operación en SUIIT (SI/NO)	Motivo de NO registro
1	Afiliación	NO	No se encontraba identificado ni cargado en el SUIIT
2	Portabilidad	NO	No se encontraba identificado ni cargado en el SUIIT
3	Registro de novedades	NO	No se encontraba identificado ni cargado en el SUIIT
Vigencia 2021			
N°	Nombre Trámite /OPA	Registro los datos de operación en SUIIT (SI/NO)	Motivo de NO registro
1	Afiliación	NO	No se encontraba identificado ni cargado en el SUIIT
2	Portabilidad	NO	No se encontraba identificado ni cargado en el SUIIT
3	Registro de novedades	NO	No se encontraba identificado ni cargado en el SUIIT
Vigencia 2022			
N°	Nombre Trámite /OPA	Registro los datos de operación en SUIIT (SI/NO)	Motivo de NO registro
1	Afiliación	SI	
2	Portabilidad	SI	
3	Registro de novedades	SI	
Vigencia 2023			
N°	Nombre Trámite /OPA	Registro los datos de operación en SUIIT (SI/NO)	Motivo de NO registro
1	Afiliación	SI	
2	Portabilidad	SI	
3	Registro de novedades	SI	

Fuente: Dirección de Atención al Usuario

B. Racionalización de trámites

Indique los trámites y OPAS que racionalizó en el periodo comprendido entre los **años 2020 y 2023**, detallando el tipo y acción de racionalización.

En el periodo comprendido entre 2020 y 2023, se implementaron acciones de racionalización que tuvieron un impacto positivo en la simplificación de dos procedimientos, los cuales se describen a continuación:

Tabla 24 Identificación de trámites y OPAS racionalizados

N°	Nombre Trámite /OPA	Tipo de racionalización	Acción de racionalización	Vigencia de la racionalización
1	Portabilidad	Tecnológica	El desarrollo tecnológico ha posibilitado la realización automática de la demarcación en portabilidad, previa notificación mediante carta. Esto ha conducido a un ahorro significativo de 38 horas en el proceso de demarcación de portabilidad.	2021 - 2022
2	Registro de novedades	Administrativa	Hemos logrado una reducción sustancial en el tiempo de ejecución del proceso de movilidad, que anteriormente llevaba 20 días. Ahora, el tiempo promedio de validación se ha reducido a menos de 5 días, con un promedio general de 2.8 días por cada solicitud.	2023

Fuente: Dirección de Atención al Usuario

C. Digitalización y automatización

Relacione los tramites y OPAS que son susceptibles de digitalización y/o automatización, detallando su porcentaje de avance a la fecha, de acuerdo con lo definido en el Decreto 088 de 2022.

Tabla 25 Digitalización y automatización de trámites y OPAS

N°	Nombre Trámite /OPA	Acción (Digitalización/Automatización)	% de avance.
1	Afiliación	Digitalización	100%
2	Portabilidad	Digitalización	100%

Fuente: Dirección de Atención al Usuario

D. Lenguaje claro

Relacione los trámites, otros procedimientos administrativos que se actualizaron bajo la metodología de lenguaje claro.

Tabla 26 Trámites - OPAS actualizados con metodología de lenguaje claro

N°	Nombre Trámite /OPA	Actualizado con metodología lenguaje claro (SI/NO)	Motivo de NO actualización
1	Afiliación	SI	
2	Portabilidad	SI	
3	Registro de novedades	SI	

Fuente: Dirección de Atención al Usuario

I. Logros

Liste mínimo tres (3), máximo cinco (5) logros obtenidos en la implementación de esta política

- Simplificación de trámites: se ha conseguido simplificar y mejorar el proceso de registro de novedades, lo que ha llevado a una reducción sustancial en el tiempo necesario para que los usuarios completen este trámite. Como resultado, los ciudadanos pueden acceder a sus derechos de forma más ágil y eficiente.
- Mediante la implementación de un desarrollo tecnológico, logramos automatizar el proceso de demarcación en portabilidad, lo que resultó en una reducción significativa del tiempo necesario para llevar a cabo este trámite. Esta automatización no solo agilizó el proceso, sino que también alivió la carga de trabajo manual para los empleados responsables.
- Mejora en la comunicación: fomentamos la difusión de mejoras internas y la información actualizada mediante canales de comunicación efectivos, como la página web de la EPS y el correo electrónico. Esto ha contribuido a una mayor transparencia y a una mejor comprensión por parte de los ciudadanos acerca de los trámites y procedimientos administrativos disponibles.

II. Retos

Liste máximo tres (3) retos que considera que debe tener en cuenta en la siguiente administración para el cumplimiento del Decreto 088 de 2022 frente a la digitalización y/o automatización de trámites y OPAS.

- Identificación de trámites para racionalizar: uno de los desafíos fundamentales reside en la precisa y exhaustiva identificación de los trámites y procedimientos que necesitan ser racionalizados. Esto implica realizar un análisis minucioso de todos los procesos administrativos existentes para determinar cuáles son innecesariamente complejos, redundantes o que imponen una carga excesiva a los ciudadanos. Identificar estos trámites constituye el primer paso esencial en cualquier iniciativa de racionalización.
- Priorización estratégica: una vez que hemos identificado los trámites que deben ser racionalizados, el siguiente desafío consiste en establecer una estrategia de priorización efectiva. No todos los trámites tienen el mismo impacto en los ciudadanos o en la eficiencia administrativa. Es crucial evaluar y clasificar los trámites en función de criterios como su frecuencia de uso, complejidad, tiempo requerido e impacto en la experiencia del usuario. Una priorización adecuada de los trámites garantizará una asignación eficiente de recursos en las iniciativas de racionalización.
- Ejecución de la racionalización: una vez que se han identificado y priorizado los trámites, el desafío reside en llevar a cabo la racionalización de manera efectiva, abordando aspectos normativos, administrativos y tecnológicos. Esto implica una revisión y simplificación acorde a la legislación y regulaciones pertinentes, la reconfiguración de procesos administrativos para eliminar pasos superfluos y la adopción de tecnologías que permitan la automatización y digitalización de los trámites. La implementación exitosa de estos cambios requiere una

coordinación eficaz entre múltiples departamentos y un seguimiento constante para asegurar el cumplimiento de los objetivos de simplificación y mejora de la eficiencia.

Liste las estrategias de racionalización que ha identificado como prioritarias y que deben continuar durante la siguiente administración.

A continuación, se expone el Plan de Trabajo Estratégico para el período comprendido entre julio de 2023 y junio de 2024 en relación con el proceso de racionalización de trámites:

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PERIODO DE EJECUCIÓN											
		JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
1. Preparación													
1.1. Construcción y aprobación de Política de Racionalización de Trámites.	DAU												
1.2. Socialización de la Política, plan de trabajo y sensibilización.													
1.3. Concertación y socialización del cronograma de trabajo.													
2. Recopilación de información general													
2.1. Inventario de trámites SUIT.	DAU + DCM + DEP + OCI + DJU												
2.2. Mapa de Procesos.	+ DTE + DOP + DAF + DTH +												
2.3. Documentación de los procesos.	DME												
2.4. Caracterización de usuarios y necesidades respecto a los trámites.													
3. Análisis y diagnóstico													
3.1. Priorización de trámites	DAU + DCM + DEP + OCI + DJU												
3.2. Análisis del trámite priorizado	+ DTE + DOP + DAF + DTH +												
3.3. Diagnóstico del trámite priorizado	DME												
3. Formulación de acciones y rediseño del trámite													
3.1. Definición de acciones de racionalización (normativa, administrativa o tecnológica)	DAU + DCM + DEP + OCI + DJU												
3.2. Listado de acciones	+ DTE + DOP + DAF + DTH +												
3.3. Registro de la estrategia de racionalización	DME												
4. Implementación y monitoreo													
4.1. Pruebas piloto e implementar los cambios por etapas para realizar ajustes.	DAU + DCM + DEP + OCI + DJU												
4.2. Implementar proceso racionalizado.	+ DTE + DOP + DAF + DTH +												
4.3. Campañas de difusión y apropiación de las acciones de racionalización.	DME												
4.4. Coordinar el monitoreo y seguimiento.													

Fuente: Dirección de Atención al Usuario – Acta No. 004 Comité Institucional de Gestión y Desempeño 2023

III. Aspectos relevantes para entregar a la administración entrante:

Tenga en cuenta:

- Los documentos que se relacionan a continuación no deben remitirse a la Secretaría cabeza de sector. Estos se deben tener disponibles para la entrega al equipo de empalme correspondiente.
- Los documentos que se relacionan a continuación son los mínimos sugeridos. La entidad debe revisar si es necesario incluir información adicional que refleje el estado y avance de la política de gestión y desempeño en la entidad.
 - Relación de modificaciones normativas en curso o existentes respecto a los trámites.
 - Relación de conceptos emitidos por la Función Pública en relación con los trámites u OPA de la entidad.
 - Estrategia de racionalización de trámites.

- Cronograma para la automatización y digitalización de los trámites (Decreto 088 de 2022).
- Relacionar en el anexo herramientas tecnológicas, el usuario y clave de acceso al SUIT, del administrador de Gestión de la entidad (usuario asignado por la Función Pública al jefe de planeación o quien hace sus veces) y el usuario y clave de acceso a la Guía de Trámites y servicios.

PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA GESTIÓN PÚBLICA

I. Gestión Realizada

A. Estrategias desarrolladas para los ejercicios de participación ciudadana

Describa de forma general, en máximo dos (2) párrafos de siete (07) líneas cada uno, el desarrollo y resultados obtenidos en el Índice de Desempeño Institucional (IDI) correspondiente a la política de participación ciudadana en la entidad durante el cuatrienio. Para facilidad de presentación, se sugiere la siguiente tabla, pero se pueden elaborar gráficas que permitan presentar visualmente los avances.

En el primer año, el Índice de Desempeño Institucional (IDI) para las vigencias 2019 a 2021 alcanzó el 67.8%. En el segundo año, experimentó un pico significativo llegando al 92.7%, mientras que, en el tercer año, se registró un descenso al 84.5%. Es esencial mantener y desarrollar espacios, mecanismos, canales y prácticas que fomenten la participación ciudadana y la colaboración de las organizaciones en los procesos de planificación, ejecución, evaluación y control social. Esto contribuirá a mejorar el desempeño del derecho a la participación ciudadana en las vigencias futuras. En cuanto al IDI para el año 2022, la entrega de los resultados está pendiente y se espera que se realice conforme a los plazos establecidos.

Gráfica: Resultado (IDI) – Índice Política de Participación Ciudadana en la Gestión Pública.



Fuente: Resultados MDI 2019-2021.

Recuerde que los IDI con cortes 31 de diciembre de 2019, 31 de diciembre de 2020 y 31 de diciembre de 2021, son comparables; el resultado con corte 31 de diciembre de 2022, no será comparable con los anteriores.

Tabla 27. Resultados Índice de Desempeño Institucional (IDI) de la Política de Participación Ciudadana en la Gestión Pública 2019-2022

Política de Gestión y Desempeño	Índice de Desempeño Institucional			
	2019	2020	2021	2022
Índice de la Política de Participación Ciudadana	67.8	92.7	84.6	

Fuente: Pagina web Función Publica

B. Mecanismos de participación, control social y evaluación ciudadana.

A partir de la formulación, ejecución y seguimiento del plan de participación ciudadana y el componente de rendición de cuentas del plan anticorrupción y de atención al ciudadano – PAAC o Programa de Transparencia y Ética Pública, relacione mínimo tres (3) y máximo (5) actividades estratégicas desarrolladas para el fortalecimiento y la promoción del ejercicio de participación, control social y evaluación ciudadana, a través de procesos o espacios permanentes de diálogo. Como visualización opcional, la entidad puede incorporar gráficos de barras para la presentación de sus resultados.

Vigencia 2020

- Durante la vigencia 2020 se da inicio a Construcción del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.
- Se realizaron mesas de trabajo con las Subredes para seguimiento y control cumplimiento contractual.
- Se realizó capacitación y orientación a los usuarios en sala de espera sobre modelo de atención, deberes, derechos y preguntas frecuentes sobre las necesidades de los usuarios para mejoras del servicio.
- Fortalecer las asociaciones de usuarios y defensores de usuarios (Bogotá, Meta) mediante capacitación y diálogo sobre: 1. Carta de deberes y derechos 2. Promesa de servicio 3. Humanización del servicio 4. Normatividad Plan de Beneficios en Salud 5. Normatividad relacionada con la operatividad del aseguramiento en salud 6. Modelo del sistema autorizador 7. Herramientas de información 8. Procedimientos de atención al usuario 9. Red de prestadores.

Vigencia 2021

- Se realizaron reuniones con las formas de participación social de la EPS para conocer sus propuestas y expectativas frente a la Rendición de Cuentas, con el fin de generar espacios de diálogos ciudadanos.
- Se habilitaron en la página web de la EPS un mecanismo de participación que permita presentar comentarios u observaciones previas a la Rendición de Cuentas.
- Disposición de canales de atención al usuario a través de la pagina web de Capital Salud EPS-S.
- A raíz de las necesidades de los usuarios se contempla la creación de una aplicación móvil (app) donde los usuarios puedan realizar sus respectivos trámites.

- Teniendo como referencia la etapa de COVID-19, se realizaron jornadas de inclusión social para la asociación de usuarios de la EPS-S, con la estrategia “Capital Salud más cerca de ti”, en el territorio.
- Realización de mesas de trabajo con subredes para seguimiento y control de la prestación efectiva de los servicios y PQRD.

Vigencia 2022

- Durante esta vigencia, se planificaron y llevaron a cabo dos diálogos ciudadanos como parte de la preparación para la rendición de cuentas, con el propósito de abordar y fortalecer los temas presentes en el informe de gestión del año anterior.
- Se mantendrá la habilitación del micrositio de Rendición de Cuentas de la EPS, que incluirá un formulario previo a la Audiencia de Rendición de Cuentas.
- Se ha completado el diseño de la aplicación (APP), incluyendo las funcionalidades a desarrollar de acuerdo con la imagen corporativa y los colores institucionales, además de la interfaz de los servicios que ofrecerá la APP.
- Se llevó a cabo la construcción e implementación de un Programa de Humanización dirigido a todos los colaboradores de la EPS y sus afiliados. Además, se gestionó en colaboración con el Centro Distrital de Educación e Investigación en Salud (CEDEIS), de la Secretaría Distrital de Salud, un Curso de Servicio Humanizado que concluyó en octubre, con un 77% de los participantes obteniendo certificados de finalización.

Vigencia 2023

- Basándonos en experiencias previas relacionadas con los diálogos ciudadanos, se han programado un total de 4 diálogos ciudadanos con temáticas específicas. Esto se hace con el propósito de fortalecer nuestra interacción con la ciudadanía en el proceso de rendición de cuentas.
- Implementación de temáticas orientadas al modelo de atención y enfoque de género en los diálogos ciudadano y rendición de cuentas.
- Se ha implementado un enlace de seguimiento en nuestra página web, que permite a los usuarios hacer un seguimiento de sus solicitudes ciudadanas.
- La aplicación móvil de Capital Salud ha sido lanzada y presentada a través de la página web, los correos institucionales y en la rendición de cuentas a la comunidad en general.

Describa en la siguiente tabla el resultado de los ejercicios de participación, de acuerdo con el ciclo de la gestión:

Tabla 28. Resultado de los ejercicios de participación

Ciclo Gestión	No. de actividades desarrolladas	Grupos de Valor / Instancias de participación	Enfoque (Diferencial, población o territorial)	Tipo de incidencia	Resultado u Observación
Diagnóstico	2	Asociaciones de Usuarios	Identificación de base social	Identificación de la población de acuerdo con	Se logró establecer la base social de la vigencia 2022, de la sucursal Bogotá y meta

				sus particularidades													
Formulación	1	Asociaciones de usuarios, trabajadores de la entidad, ciudadanía en general	Actividades específicas de enfoque diferencial	Fortalecer el derecho de la participación social conexo al derecho a la salud	Programación de acciones de la política participación social en salud en armonización con la participación ciudadana en la gestión pública												
Implementación	896	Asociaciones de usuarios, trabajadores de la entidad, ciudadanía en general	Actividades específicas de enfoque diferencial	Ejecución	Planificación de acciones de la política de participación social en salud en sincronía con la involucración ciudadana en la administración pública.												
Evaluación	1	Trabajadores	Evaluación de las actividades ejecutadas	Resultados	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Sucursal</th> <th>Actividades Programadas</th> <th>Actividades Ejecutadas</th> <th>% Cumplimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sucursal Bogotá</td> <td>45</td> <td>42</td> <td>93%</td> </tr> <tr> <td>Sucursal Meta</td> <td>851</td> <td>747</td> <td>88%</td> </tr> </tbody> </table>	Sucursal	Actividades Programadas	Actividades Ejecutadas	% Cumplimiento	Sucursal Bogotá	45	42	93%	Sucursal Meta	851	747	88%
Sucursal	Actividades Programadas	Actividades Ejecutadas	% Cumplimiento														
Sucursal Bogotá	45	42	93%														
Sucursal Meta	851	747	88%														

Fuente: Participación Ciudadana – Dirección de Atención al Usuario

Relacione las acciones desarrolladas como resultado del seguimiento a los compromisos incluidos en la Plataforma Colibrí durante el cuatrienio.

Relacione las acciones de información, diálogo y responsabilidad para la construcción de paz durante el cuatrienio.

Relacione las veedurías ciudadanas conformadas, especificando los temas y su incidencia en el mejoramiento de la gestión y desempeño de la entidad.

En relación al proceso de veedurías ciudadanas se conforma una (1) en Bogotá y está fundamentada en los estatutos de Asocapital siendo el objeto de la Asociación: garantizar la participación ciudadana en la prestación de los servicios de salud que brinda CAPITAL SALUD EPS-S y velar por la protección de los derechos y deberes de los usuarios de estos servicios, propugnando por una adecuada prestación de estos, con calidad, oportunidad y eficiencia para la exigibilidad y el derecho a la salud.

Vigencia 2020-2021 y mediados del 2022

A causa de la pandemia que inicia el 06 de marzo de 2020, Capital Salud EPS-S en el mes de septiembre implementó una estrategia que se basó en la capacitación virtual de los asociados en cuanto a las responsabilidades y tareas a realizar durante la pandemia, la asocialización toma como tema principal la veeduría y participación en el direccionamiento y acompañamiento de apertura de buzones de sugerencias en los diferentes Puntos de Atención a Usuarios-(PAU) de la EPS. Dicha actividad se encuentra relacionada en los estatutos en el capítulo IX Comités de Trabajo, en el Art. 44 de La Comisión de Control Social, dentro de sus funciones el punto 3, contempla, “acompañar la apertura de buzones y sugerencias”.

Vigencia 2022

Con el objetivo de dar continuidad a los temas establecidos en el trabajo de la asociación con las veedurías, después de la pandemia, se ha avanzado en el fortalecimiento de los trámites en línea y la atención a los ciudadanos, con el propósito de asegurar el derecho a la salud desde Asocapital.

Vigencia 2023

- La veeduría colaboró con Asocapital en la implementación de una guía para la participación ciudadana y el control social.
- Los usuarios de Asocapital han estado retomando gradualmente las veedurías, realizando visitas a los Puntos de Atención al Usuarios de Capital Salud, como PAU, IPS y Audifarma, entre otros.
- Se identifican situaciones específicas que afectan la prestación de servicios a los afiliados de Capital Salud y se reportan para su correspondiente seguimiento y control por parte de Capital Salud EPSS.

Con respecto a los temas y su incidencia en el mejoramiento de la gestión y desempeño de la entidad, gracias a las capacitaciones recibidas por Asocapital, se han establecido estrategias para fortalecer el sentido de pertenencia de la comunidad hacia la institución que les brinda servicios de salud. Estas capacitaciones también ayudan a identificar las posibles deficiencias que nuestra EPS pueda tener y nos permiten desarrollar estrategias para abordar estas problemáticas, con el objetivo de mejorar continuamente la calidad de nuestros servicios de salud. Esto se logra enfocándonos en un trato humanizado, digno y confiable hacia nuestros usuarios.

Debido a las situaciones identificadas en diversos puntos de atención, la Dirección de Atención al Usuario ha llevado a cabo un seguimiento constante. Nuestros profesionales han realizado auditorías, y la Junta Directiva ha brindado su acompañamiento.

En el caso de Audifarma, se han implementado acciones de mejora basadas en las auditorías realizadas en sus instalaciones. En cuanto a los Puntos de Atención al Usuario (PAU), se han diseñado estrategias adicionales con el fin de fortalecer la calidad del servicio que ofrecemos.

C. Estrategia de Rendición de Cuentas

A partir de la formulación, ejecución y seguimiento de la estrategia de rendición de cuentas de la entidad, relacione mínimo tres (3) y máximo (5) actividades estratégicas desarrolladas para el fortalecimiento de los ejercicios de control social y evaluación ciudadana, a través de la rendición permanente de cuentas.

- Desarrollo del plan de acción anual a través del componente de Rendición de Cuentas del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.
- Capacitación dirigida a los grupos de valor y empleados de la EPS con el objetivo de fomentar la comprensión y adopción de la Rendición de Cuentas.
- Organización de diálogos ciudadanos anuales, con temas predefinidos para el año 2023, lo que resultó en una mayor participación de asociaciones y usuarios en general.

- Fomentar la difusión de la elaboración del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano (PAAC), así como la rendición de cuentas, a través de múltiples canales, incluyendo nuestra página web, plataformas de redes sociales como Facebook, Twitter, Instagram, entre otros, y a través de colaboración con asociaciones que nos apoyan en la divulgación en los puntos de atención

Relacione los ejercicios de rendición de cuentas con enfoque de género, diferencial y poblacional realizados y sus resultados. Se recomienda especificar procesos o espacios permanentes de diálogo. Como visualización opcional, la entidad puede incorporar gráficos de barras para la presentación de sus resultados.

En el Primer Diálogo Ciudadano del año 2023, se abordó la temática "Atención con enfoque diferencial y de género". Esta sesión tuvo lugar el 26 de mayo de 2023 y contó con la participación de 26 personas de forma presencial. Además, logramos llegar a una audiencia de 890 personas a través de la transmisión en línea, generando 258 interacciones y recibiendo 181 me gusta.



Fuente: Pagina Web Capital Salud EPS-S

Durante nuestra Rendición de Cuentas correspondiente al año 2022, realizada el 28 de julio de 2023, se abordaron diversos temas a través del Modelo de Atención de Capital Salud EPS. Estos temas incluyeron la clasificación de la población por grupo étnico, la población en condición de discapacidad, el enfoque territorial y diferencial, las poblaciones especiales y el enfoque de género, que considera aspectos como el sexo biológico, la identidad de género y la orientación sexual, entre otros. Es importante destacar que la transmisión de este evento contó con subtítulos para brindar acceso a las personas sordomudas.

Relacione las actividades desarrolladas para la articulación de nodos en el marco del Sistema Nacional de Rendición de Cuentas.

II. Logros

Liste mínimo tres (3), máximo cinco (5) logros obtenidos en la implementación de esta política

- Se logró un aumento significativo en la participación de la ciudadanía en la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas, en comparación con años anteriores.

- La institucionalización de los diálogos ciudadanos con un enfoque temático como una forma de ejercicio de control social previo a la Rendición de Cuentas.
- La Secretaría Departamental de Salud del Meta otorgó un reconocimiento especial a Capital Salud EPS por su destacado trabajo y compromiso en el fortalecimiento de la Política de Participación Social en Salud y la promoción del derecho a la salud.

III. Retos

Liste mínimo (3) máximo cinco (5) retos que considera que debe tener en cuenta la siguiente administración en el corto plazo (100 primeros días), respecto de las estrategias desarrolladas para implementar esta política

- Fomentar la articulación de iniciativas de participación social a través del fortalecimiento de una cultura de salud.
- Desarrollar estrategias que fomenten la interacción entre Capital Salud EPS-S, los grupos de valor y los grupos de interés, con el fin de identificar mejoras tanto internas en la organización como en la prestación del servicio a los usuarios.
- Contar en los diálogos ciudadano, como en la rendición de cuentas, con personas que cuentan con el conocimiento de lenguaje de señas, braille, lenguaje étnico, que permita mayor participación de los usuarios.
- Incorporar personas con conocimiento en lenguaje de señas, Braille y lenguajes étnicos en los diálogos ciudadanos y la rendición de cuentas, con el objetivo de promover una mayor participación de los usuarios.

IV. Aspectos relevantes para entregar a la administración entrante:

Tenga en cuenta:

- Los documentos que se relacionan a continuación no deben remitirse a la Secretaría cabeza de sector. Estos se deben tener disponibles para la entrega al equipo de empalme correspondiente.
- Los documentos que se relacionan a continuación son los mínimos sugeridos. La entidad debe revisar si es necesario incluir información adicional que refleje el estado y avance de la política de gestión y desempeño en la entidad.
- Listado de instancias de participación conformadas, y sus respectivos miembros
- Informes de espacios de rendición de cuentas a la ciudadanía
- Resultados del seguimiento al plan institucional de participación ciudadana
- Bases de datos de los grupos de interés

3.4 DIMENSIÓN EVALUACIÓN DE RESULTADOS

- **SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL**

I. Gestión Realizada

Relacione mediante viñetas o bullets los mecanismos o herramientas para el seguimiento y evaluación del desempeño de la entidad, que fueron diseñados e implementados durante el

cuatrienio, especificando su contribución para la identificación de desviaciones, la generación de alertas, la toma de decisiones por parte de las instancias correspondientes (alta dirección, comités, entre otros), y la retroalimentación y mejoramiento de la gestión institucional.

- **Comité Directivo:** mediante esta instancia, se efectúa un riguroso seguimiento para garantizar el adecuado cumplimiento de las perspectivas y estrategias delineadas en el Plan Estratégico Institucional. Esto se logra a través de una minuciosa revisión y supervisión del Plan Operativo Anual, asegurando que las metas y objetivos establecidos se estén alcanzando de manera efectiva y eficiente.
- **Comité Institucional de Gestión y Desempeño:** de forma trimestral, se efectúa la presentación de los resultados del progreso alcanzado en el marco del Plan Operativo Anual. En caso de no alcanzar alguna de las metas establecidas, se lleva a cabo un proceso de retroalimentación para analizar las causas del incumplimiento y se elabora un plan de mejora correctivo con el fin de corregir el rumbo y asegurar el logro de los objetivos previstos.

II. Logros

Liste mínimo tres (3), máximo cinco (5) logros obtenidos en la implementación de esta política

- Cumplimiento del PEI 2021-2024 con corte a julio de 2023 se tiene un cumplimiento del 86%. Para llegar a este porcentaje el resultado del POA 2021 fue del 93.3%, la vigencia 2022 tuvo un cumplimiento del POA del 99.2% y con corte a julio 2023 se evidencia un cumplimiento del POA del 64%.
- En virtud del Acta No. 004, emitida el 26 de septiembre de 2022 por el Comité de Gestión y Desempeño, se designaron los líderes responsables de cada una de las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) en Capital Salud EPS-S. Estos líderes asumirán la responsabilidad de llevar a cabo la implementación de dichas políticas dentro de la organización.
- Gracias a la implementación de la estrategia de acompañamiento y monitoreo del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano (PAAC), se han obtenido mejoras significativas en términos de cumplimiento de sus objetivos. Estos avances se reflejan en los siguientes indicadores: en el año 2020 se logró un cumplimiento del 43%, en el año 2021 se alcanzó un 71%, y en el año 2022 se ha elevado a un destacado 83%.

III. Retos

Liste mínimo (3) máximo cinco (5) retos que considera que debe tener en cuenta la siguiente administración en el corto plazo (100 primeros días), respecto de las estrategias desarrolladas para implementar esta política.

- Elevar la calificación del Índice del Desempeño Institucional mediante el FURAG, superando el nivel registrado en la vigencia anterior, es decir, alcanzando un valor superior al 80.3%.
- Empoderamiento de los líderes de política en la efectiva implementación de cada una de las políticas del MIPG.

- Promover la participación de los usuarios en la elaboración del Plan Estratégico Institucional, el Plan Operativo Anual y el Programa de Transparencia y Ética Pública, con el fin de identificar sus necesidades y expectativas de manera integral.

IV. Aspectos relevantes para entregar a la administración entrante:

Tenga en cuenta:

- Los documentos que se relacionan a continuación no deben remitirse a la Secretaría cabeza de sector. Estos se deben tener disponibles para la entrega al equipo de empalme correspondiente.
- Los documentos que se relacionan a continuación son los mínimos sugeridos. La entidad debe revisar si es necesario incluir información adicional que refleje el estado y avance de la política de gestión y desempeño en la entidad.
 - Resultados del monitoreo de los indicadores establecidos
 - Informes de gestión del periodo administrativo.
 - Informes de seguimiento a la gestión institucional.

3.5 DIMENSIÓN INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

- **TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN.**

I. Gestión Realizada

Describa los principales resultados de la entidad frente a la transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción. Enliste en la siguiente tabla los resultados, población impactada y recomendaciones para la administración sobre las estrategias de transparencia que adelantó la entidad.

Tabla 29 Descripción de iniciativas de transparencia

Iniciativa de transparencia	Resultado alcanzado	Población objetivo	Recomendación
Mejorar el acceso a la información de niños, jóvenes y adolescentes de los servicios que ofrece la EPS	Los niños, jóvenes y adolescentes, tienen información de los servicios de la EPS, con uso de lenguaje y herramientas tecnológicas amigables y entendibles para su edad, la cual se encuentra ubicada en la página web, sección nuestros servicios, Minisitio para niños.	Niños, jóvenes y adolescentes	Realizar estrategias de divulgación con las asociaciones de usuarios, puntos de atención que permitan llegar a la población objeto conocer el micrositio web.

Fuente: Dirección de Tecnología

A. Cumplimiento de las medidas de transparencia y anticorrupción definidas en el Decreto Distrital 189 de 2020.

Enliste en el siguiente formato los resultados, y recomendaciones para las siguientes acciones definidas en el Decreto 189 de 2020.

Tabla 30 Resultados y recomendaciones de medidas de transparencia

Acción adelantada	Resultado alcanzado	Recomendación
Conoce, propone prioriza.	Capital Salud EPS-S publicó durante el año 2022 en su página web en el menú “Participa” en la opción “Conoce, propone y Prioriza”, con el objetivo facilitar a los usuarios la comunicación de propuestas de mejora sobre nuestra gestión y nuestros trámites donde se estén viendo afectados. No obstante, no se han recibido propuestas de mejora a través de este canal.	Generar una estrategia de divulgación para opción “Conoce, propone y Prioriza”, que permita a las partes interesadas conocer el uso adecuado de este canal.
Publicación de toma de decisiones	Capital Salud EPS-S publicó a partir de la vigencia 2021 en su página web en el menú de Transparencia y Acceso a la Información, en el numeral 1. “Información de Entidad - 1.12 Información sobre decisiones que puede afectar al público” inicialmente de manera trimestral, lo anterior resultado de los comités de Junta Directiva, actualmente se encuentra publicado con corte 01 de agosto de 2023; dando cumplimiento a lo establecido.	Se debe tener como base que la publicación de tomas de decisiones con respecto a las decisiones que puede afectar al público.
Registro de publicaciones técnicas en el Inventario Bogotá	Capital Salud EPS-S No ha realizado publicaciones técnicas en el inventario de Bogotá.	
Publicación de hojas de vida a candidatos a cargos directivos.	De conformidad con el artículo 97 de la Ley 489 de 1998 y el párrafo 2 del artículo 7 de la Ley 1966 de 2019, el régimen de contratación de personal de la EPS es el derecho privado, de tal manera que nuestro personal no tiene la calidad de servidores públicos, siendo su única y real calidad la de trabajadores.	
Apertura de agendas	Capital Salud EPS-S publicó a partir de la vigencia 2022 en su página web en el menú de Transparencia y Acceso a la Información, se encuentra publicada la Apertura de Agendas en el numeral 1. “Información de Entidad - 1.5 Directorio de servidores públicos, empleados o contratistas, en enlace con https://gobiernoabierto bogota.gov.co/transparencia/agendas . Se viene publicando la Agenda de la Gerencia y la Directora de Estrategia y Planeación con corte a 30 de septiembre de 2023.	Concientizar el equipo directivo sobre la importancia de la transparencia en los datos y la publicación de esta.
Identificación de riesgos de corrupción en trámites	Capital Salud EPS-S no ha identificado riesgos relacionados con corrupción en los trámites registrados en el SUIT.	Continuar con el monitoreo a los tramites registrados en el SUIT con el fin de identificar posibles situaciones relacionadas con corrupción.

Fuente: Dirección de Estrategia y Planeación

B. Cumplimiento de productos de políticas públicas que aportan a la transparencia, el acceso a la información y la lucha contra la corrupción.

Enliste los compromisos y resultados de la entidad en los productos de política pública y planes de acción de gobierno abierto (sólo para el caso con compromisos en plan de acción definidos)

Tabla 31 Relación de compromisos y resultados productos PPTINTC

Compromiso	Vigencia del compromiso (año inicio/finalización)	Resultado alcanzado	Recomendación
Ejemplo: producto Plan de Acción Política Pública de Transparencia, Integridad y no Tolerancia con la Corrupción			
Ejemplo: Producto en el plan de acción de Gobierno Abierto de Bogotá			

II. Logros

Liste mínimo tres (3), máximo cinco (5) logros obtenidos en la implementación de esta política

- Capital Salud ESPS-S ha sido reconocida por la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá como líder en el sector salud en la implementación del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT).
- Capital Salud EPS-S forma parte de los comités de oficiales de cumplimiento a nivel del Distrito Capital y del sector salud a nivel nacional.
- La entidad tiene implementado el Sistema Integral de Gestión de Riesgo y los subsistemas de administración del riesgo en cumplimiento a la Circular externa 004-2018 de la Supersalud.

III. Retos

Liste mínimo (3) máximo cinco (5) retos que considera que debe tener en cuenta la siguiente administración en el corto plazo (100 primeros días), respecto de las estrategias desarrolladas para implementar esta política

- Continuar con el fortalecimiento de la cultura de riesgo en los procesos de la entidad.
- Establecer estrategias que permitan la interacción entre la ciudadanía y la entidad en relación con la cultura de riesgos.
- Realizar articulación con las áreas que permita el cumplimiento del 100% de los requerimientos de la matriz ITA.

IV. Aspectos relevantes para entregar a la administración entrante:

Tenga en cuenta:

- Los documentos que se relacionan a continuación no deben remitirse a la Secretaría cabeza de sector. Estos se deben tener disponibles para la entrega al equipo de empalme correspondiente.

- Los documentos que se relacionan a continuación son los mínimos sugeridos. La entidad debe revisar si es necesario incluir información adicional que refleje el estado y avance de la política de gestión y desempeño en la entidad.

- Registro de Activos de Información vigente
- Índice de Información Clasificada y Reservada Vigente
- Esquema de Publicación Vigente
- Informes de solicitudes de acceso a la información pública (PQRS)
- Resultados del Índice de Transparencia de Bogotá (para las entidades a las que les aplique)

GESTIÓN DOCUMENTAL

I. Gestión Realizada

Liste de 3 a 5 estrategias desarrolladas para implementar la política de gestión documental en la entidad, durante el cuatrienio. Haga énfasis en los objetivos estratégicos a los cuales aportan estas acciones.

Durante el período comprendido entre 2020 y 2023, la entidad ha desarrollado un conjunto de estrategias fundamentales destinadas a la implementación efectiva de la política de gestión documental. Estas estrategias han sido diseñadas de manera alineada y coherente con los objetivos estratégicos de Capital Salud EPS-S:

- Se llevaron a cabo capacitaciones continuas en Gestión Documental, las cuales abarcaron procesos de formación y actualización dirigidos al personal encargado de la gestión documental. Además, se consideró de suma importancia incluir en estas capacitaciones a los miembros de la entidad que tienen interacción frecuente y directa con el acervo archivístico, garantizando así una manipulación adecuada y un flujo de información óptimo.
- Se implementó un Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo que proporciona una solución avanzada para el almacenamiento, organización, consulta y recuperación eficiente de la información en registros electrónicos. Este sistema garantiza la preservación y accesibilidad a largo plazo de estos activos documentales.
- El proceso de normalización archivística fue esencial, ya que implicó el establecimiento, revisión y actualización periódica de las normas y procedimientos internos. Estas directrices proporcionaron una descripción precisa de las responsabilidades, tareas y metodologías a seguir en el ámbito de la gestión documental. A través de esta normalización, se busca asegurar la coherencia, calidad y eficiencia en todos los procesos relacionados, promoviendo de esta manera la integridad y autenticidad de los documentos a lo largo de su ciclo de vida.

Las estrategias adoptadas se basaron en los siguientes objetivos estratégicos:

- ✓ Optimización de los procesos internos de la EPS.
- ✓ Implementación, integración e innovación del Sistema de Gestión Integrada (SIG).

- ✓ Reforzamiento de los sistemas de información, la infraestructura tecnológica y las redes de comunicación.
- ✓ Consolidación de una cultura organizacional centrada en la humanización del servicio.

La coherencia entre la política de gestión documental y estos objetivos estratégicos no solo refleja el compromiso de la entidad con la excelencia en sus actividades, sino que también enfatiza la relevancia que la gestión documental tiene dentro de su estructura institucional.

Liste de 3 a 5 iniciativas desarrolladas para la implementación del Plan Institucional de Archivos (PINAR) en la entidad, durante el cuatrienio. Haga énfasis en las metas, recursos utilizados y resultados obtenidos, para ello se sugiere la utilización de la siguiente tabla.

A continuación, se relacionan las iniciativas desarrolladas para la implementación del Plan Institucional de Archivos (PINAR) en la entidad, durante el cuatrienio.

Tabla 32 Iniciativas asociadas al PINAR

Iniciativa	Meta	Vigencias	Recursos	Resultado
Mejoramiento y sostenibilidad de la gestión archivística.	Garantizar la continuidad de proyectos de alto impacto archivístico	2021 – 2022 - 2023	Económicos Tecnológicos Humanos	Se presentó informes mensuales de las actividades desarrolladas.
Implementación del SGDEA (Ágil Salud Documental)	Gestionar correctamente los archivos electrónicos de la entidad a través del SGDEA	2021 – 2022 - 2023	Económicos Tecnológicos Humanos	Se presentó informes mensuales de novedades y solicitudes del SGDEA (Ágil salud documental)
Plan de gestión del cambio y la sensibilización a la cultura archivística	Capacitar a los funcionarios de Capital salud EPS-S, en Gestión Documental para fortalecer la cultura archivística.	2021 – 2022 - 2023	Económicos Tecnológicos Humanos	Se presentó informes mensuales de las actividades desarrolladas.

Fuente: Dirección Administrativa – Gestión Documental

Relacione los mecanismos de seguimiento y control a la gestión documental de la entidad diseñados e implementados durante el periodo, especificando su contribución para la identificación de desviaciones, la generación de alertas, la toma de decisiones por parte de las instancias correspondientes (alta dirección, comités, entre otros), y la retroalimentación y mejoramiento de la gestión institucional.

La supervisión y control de la gestión documental en Capital Salud EPS-S se realiza mediante la integración de las actividades programadas para cada año en el cronograma del Plan Operativo Anual (POA). Este instrumento, diseñado para llevar un seguimiento mensual, permite la identificación de avances y desviaciones. Así, no solo se garantiza un seguimiento preciso de las tareas predefinidas, sino que también se proporciona una herramienta efectiva para la toma de decisiones y la adaptación de estrategias de acuerdo con las necesidades reales de la gestión documental en la entidad.

Relacione las acciones mejora que se encuentran en ejecución (estado abierto), y que se plantearon para dar respuesta al informe de seguimiento de la Dirección Distrital de Archivo de Bogotá y/o a las auditorías internas.

Las acciones de mejora que se encuentran en ejecución o estado abierto, y que están encaminadas a la optimización de la gestión documental, son las siguientes:

- Elaboración de Tablas de Retención Documental, esenciales para determinar los tiempos de conservación de los documentos según su naturaleza y finalidad.
- Desarrollo de Tablas de Valoración Documental, que permiten discernir el valor primario y secundario de la documentación, facilitando decisiones sobre su conservación o eliminación.
- Actualización del Cuadro de Clasificación Documental, que establece una estructura organizativa y jerárquica de los fondos documentales.
- Implementación de Tablas de Control de Acceso, para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información, regulando quiénes y en qué condiciones pueden acceder a ciertos documentos.
- Creación de un Banco Terminológico, que unifica y clarifica la terminología utilizada en el ámbito documental.
- Continuo seguimiento a los procesos de organización de los archivos de gestión de Capital Salud EPS-S, asegurando su adecuada estructuración y accesibilidad.

II. Logros

Liste mínimo tres (3), máximo cinco (5) logros obtenidos en la implementación de esta política

Se presentan las siguientes acciones y logros enfocados en la mejora de la gestión documental en la entidad:

- Promoción y Reconocimiento de la Gestión Documental: se ha logrado incrementar la visibilidad de los procesos de gestión documental dentro de la entidad, convirtiéndolos en piezas clave para la operatividad y toma de decisiones, este enfoque ha propiciado un empoderamiento del área, reconociendo su valor estratégico en la organización.
- implementación del Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo (SGDEA): se implementó con éxito el SGDEA llamado Ágil Salud Documental, el cual es una herramienta esencial que facilita la administración, conservación y acceso de la documentación electrónica, garantizando su autenticidad, integridad y usabilidad a lo largo del tiempo en cumplimiento a la normatividad archivística.
- Renovación de Instrumentos Archivísticos: se llevó a cabo una revisión exhaustiva y, en consecuencia, la actualización y elaboración de nuevos instrumentos archivísticos, los cuales son esenciales para la adecuada organización, conservación y disposición de los fondos documentales.

Estas iniciativas no sólo reflejan la evolución y fortalecimiento de la gestión documental en Capital Salud EPS-S, sino que también reafirman la responsabilidad institucional con la preservación y conservación del patrimonio documental.

III. Retos

Liste mínimo (3) máximo cinco (5) retos que considera que debe tener en cuenta la siguiente administración en el corto plazo (100 primeros días), respecto de las estrategias desarrolladas para implementar esta política.

A continuación, se identifican varios desafíos primordiales para la próxima administración en un horizonte a corto plazo:

- **Convalidación de Instrumentos Archivísticos:** es esencial priorizar la convalidación de las Tablas de Retención Documental de Capital Salud EPS, teniendo en cuenta que este instrumento, es crucial para la gestión adecuada de documentos, deben ser revisados y ratificados para asegurar su pertinencia y actualidad.
- **Gestión Integral de Documentos:** es fundamental garantizar el manejo idóneo tanto de documentos físicos como electrónicos por parte de todos los funcionarios de la EPS, esto implica no solo la correcta clasificación, almacenamiento y disposición, sino también la seguridad, accesibilidad y preservación de la información.
- **Cambio Cultural en Archivística:** enfrentar el desafío de la transformación cultural en temas archivísticos es vital, se debe continuar promoviendo una cultura organizacional que valore y comprenda la importancia de la gestión documental, sensibilizando y formando a los colaboradores en buenas prácticas y en la relevancia de su rol dentro de este ecosistema.

IV. Aspectos relevantes para entregar a la administración entrante:

Tenga en cuenta:

- Los documentos que se relacionan a continuación no deben remitirse a la Secretaría cabeza de sector. Estos se deben tener disponibles para la entrega al equipo de empalme correspondiente.
- Los documentos que se relacionan a continuación son los mínimos sugeridos. La entidad debe revisar si es necesario incluir información adicional que refleje el estado y avance de la política de gestión y desempeño en la entidad.
 - Inventario documental tanto de la producción física como electrónica (Anexo 2)
 - Archivos organizados acorde con las TRD o Cuadros de Clasificación, Documental aprobadas. Unidades de conservación adecuadas acorde con el formato y soporte documental.
 - Numeración de los Actos Administrativos (Acuerdo 060 de 2001).
 - Tablas de Retención Documental, Tablas de Retención Valoración y Cuadros de Clasificación Documental.
 - Organización de Fondos Acumulados. Si tiene: en que estado quedan y cuál es el Plan de Trabajo Archivístico para la intervención del fondo acumulado, acorde con la normativa.

- Inventarios Documentales debidamente diligenciados en los archivos de gestión y en el archivo central, usando el Formato FUID.
- Transferencias documentales.
- Cronograma de transferencias primarias y secundarias.
- Inventario de transferencias primarias y secundarias.
- Indicar, si existe en la entidad, el sistema de gestión de documentos electrónicos de archivo, y si estos cuentan con características y procedimientos de preservación a largo plazo bajo los criterios establecidos por el AGN y el archivo distrital.

- **GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN ESTADÍSTICA**

I. Gestión Realizada

Resuma en un (1) párrafo de siete líneas, el aporte derivado de la implementación de la política de Gestión Estadística para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.

Relacione de máximo tres (3) acciones desarrolladas para la implementación del lineamiento de Planificación Estadística (Objetivo específico del Plan Estadístico Distrital (PED) “Mejorar la articulación Distrital en la producción y difusión estadística”)

Relacione de máximo tres (3) acciones desarrolladas para la implementación del lineamiento de Calidad Estadística (Objetivo específico PED “Fomentar la calidad del proceso de producción de estadísticas de la ciudad”)

Relacione de máximo tres (3) acciones desarrolladas para la implementación del lineamiento de Fortalecimiento de Registros Administrativos (Objetivo específico del PED “Aumentar la disponibilidad y el acceso de las estadísticas”)

II. Logros

Liste mínimo tres (3), máximo cinco (5) logros obtenidos en la implementación de esta política

III. Retos

Liste mínimo (3) máximo cinco (5) retos que considera que debe tener en cuenta la siguiente administración en el corto plazo (100 primeros días), respecto de las estrategias desarrolladas para implementar esta política

IV. Aspectos relevantes para entregar a la administración entrante:

Tenga en cuenta:

- Los documentos que se relacionan a continuación no deben remitirse a la Secretaría cabeza de sector. Estos se deben tener disponibles para la entrega al equipo de empalme correspondiente.
- Los documentos que se relacionan a continuación son los mínimos sugeridos. La entidad debe revisar si es necesario incluir información adicional que refleje el estado y avance de la política de gestión y desempeño en la entidad.

- Inventario de operaciones estadísticas
- Inventario de registros administrativos

3.6 DIMENSIÓN GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN

- **GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN**

I. Gestión Realizada

A. Estrategias o mecanismos para la implementación de la política

Liste mediante viñetas o bullets, las estrategias adelantadas para dinamizar la implementación de esta política en la entidad, ej.: *designación de un líder, conformación de equipos de trabajo o catalizadores; formulación de objetivos y/o actividades e indicadores de asociados a la gestión del conocimiento e innovación alineados a la planeación estratégica, mecanismos de seguimiento y monitoreo desde la alta dirección, estrategias de gestión de cambio o comunicacionales.*

- Durante la reunión del Comité de Gestión y Desempeño del 8 de marzo de 2023, se presentó y aprobó la política de Gestión del Conocimiento y la Innovación. Esta política surge de la necesidad de que las entidades sean más transparentes y eficientes en su respuesta a los grupos de valor. Su objetivo principal es facilitar el aprendizaje y la adaptación de las entidades a los cambios y la evolución de su entorno.
- Se conformó equipo interdisciplinario entre las áreas de planeación, tecnología, talento humano y comunicaciones.
- Capital Salud EPS-S tomó parte en la Encuesta de Gestión del Conocimiento y la Innovación Distrital 2023 realizada por la Veeduría Distrital.
- Se han creado materiales de comunicación con el propósito de difundir la Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación, los cuales fueron compartidos a todos los colaboradores de la EPS mediante el uso del correo institucional.
- Documentación del procedimiento de Gestión de Proyectos de la EPS, con la siguiente relación:
 - Caracterización del Proceso Gestión de Proyectos (CA-006-DES) (V1.0–2022)
 - Formato Cronograma (FR-001-DES) (V1.0–2022)
 - Formato Formulación de Proyectos (FR-002-DES) (V1.0–2022)
 - Formato Seguimiento de Proyectos (FR-003-DES) (V1.0–2022)
 - Formato Informe Final del Proyecto (FR-004-DES) (V1.0–2022)
- Inventario de conocimiento tácito para los procesos correspondientes a Cuentas Médicas – Red y Contratación – MIPRES – Operaciones.

- Inventario del conocimiento explícito relacionado con los procesos documentados dentro del Sistema de Gestión de Calidad, que incluyen manuales, políticas, procedimientos, instructivos, entre otros

B. Estrategias adelantadas para mitigar la fuga o pérdida de conocimiento

Liste mediante viñetas o bullets, mínimo tres (3) y máximo (5) estrategias adelantadas para mitigar la fuga o pérdida del conocimiento tácito y explícito de las áreas claves de la entidad.

C. Actividades para compartir o transferir el conocimiento con grupos de interés y grupos de valor

Liste mediante viñetas o bullets, mínimo tres (3) y máximo (5) actividades de las áreas claves que se realizan de manera periódica para compartir o transferir el conocimiento al interior y exterior de la entidad.

- Inducción institucional con la gestión de los temas de las áreas.
- Capacitaciones masivas a través de Teams a todos los colaboradores de la entidad.
- Documentación de las actividades a través de procedimientos y/o instructivos que se desarrollan para transferencia de conocimiento.
- Divulgación de piezas comunicativas con la gestión de cambios, actualización documental, guías metodológicas o tips de diferentes temas y actualización normativa.

D. Herramientas de uso y apropiación del conocimiento

Liste mediante viñetas o bullets, máximo (5) herramientas de uso y apropiación del conocimiento que diseñó, implementó y/o mejoró la entidad.

- Tableros de control a través de Power BI.
- Tableros de control a través de Excel para el comportamiento y seguimiento de la gestión de autorizaciones y facturación.
- Implementación de digiturnos y kioscos de autoservicio.
- Mapa del Sistema de Gestión de Calidad.

E. Espacios o estrategias de para fomentar la innovación

Liste mediante viñetas o bullets, máximo (5) espacios o estrategias implementados para fomentar la innovación en la entidad: espacios de ideación y experimentación, incentivos para el personal,

- Fortalecer el concepto, bondades y beneficios de la Política de Gestión de Conocimiento e Innovación en Comités de Gestión y Desempeño.
- Despliegue con los líderes de procesos misionales para documentar el conocimiento tácito y los aspectos de innovación que han realizado para mejoramiento de la ejecución de sus procesos.

- Estrategia para la implementación de gestores de calidad, en donde se propone incentivos como:
 - Capitaciones ofertadas por Icontec.
 - Bono compensación económica.
 - Compensación en tiempo.
 - Reconocimientos de conocimientos en calidad por parte de la Dirección de Estrategia y Planeación.
 - Otros concertados con Talento Humano y Gerencia.
 - Reconocimientos a participación en temas de Calidad.

F. Proyectos o iniciativas de innovación

Liste mediante viñetas o bullets, máximo (5) proyectos o iniciativas de innovación que se llevaron a cabo en la entidad.

- Evaluación de sobrepeso, obesidad y salud mental en una muestra representativa de colaboradores de Capital Salud: con el propósito de fomentar estilos de vida saludable entre los empleados de la entidad, se contempla la realización de una evaluación que identificará características físicas y mentales, como el sobrepeso, la obesidad y la salud mental, dentro de la población estudiada. Los resultados de esta evaluación se utilizarán para diseñar un programa destinado a promover hábitos y estilos de vida saludables que se implementarán dentro de la organización.
- Mejorar el indicador de cobertura de vacunación para el cáncer de cérvix: dado que actualmente se cuenta con una tasa de cobertura de vacunación del 8% en el Distrito, se resalta la importancia de aumentar la cobertura de vacunación contra el cáncer de cérvix. Esto se logrará mediante la implementación de estrategias que faciliten el acceso a los servicios de promoción y prevención. Entre las propuestas se encuentran:
 - Mejorar el conocimiento, las actitudes y las prácticas relacionadas con la vacunación contra el cáncer de cérvix en profesores, padres de familia y adolescentes afiliados a Capital Salud.
 - Introducir el modelo de autoexamen como parte de las medidas preventivas.
- Análisis espacial de los determinantes sociales relacionados con el control de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el seguimiento a los desenlaces clínicos asociados a la contaminación ambiental en población pobre y vulnerable en el distrito capital de Bogotá Colombia (2021-2022 y I-23):

El análisis espacial de los determinantes sociales en salud es una aproximación metodológica que permitirá definir, desde el punto de vista geográfico la distribución espacial de la vulnerabilidad social asociada a una enfermedad crónica de las vías respiratorias bajas (EPOC) que representa en Colombia la tercera causa de muerte en el año 2022.

Será evaluado el impacto de la contaminación en una población pobre y vulnerable que por definición de la enfermedad está presente solo en personas mayores de 40 años que por años han estado expuestas al tabaco como factor de riesgo principal y exposición al humo biomasa. El estudio será realizado en la ciudad de Bogotá en sus 20 localidades.

A la población objetivo con la EPOC, se le han aplicado instrumentos validados que permitieron definir su gravedad y poder ajustar las frecuencias de atención al seguimiento de su enfermedad crónica, se tiene disponible información del índice de pobreza multidimensional (IPM) por localidades y barrios de la ciudad, además de las direcciones de las viviendas donde habitan los casos. El 30% por la gravedad de su enfermedad usan oxígeno por más de 16 horas al día.

Ellos actualmente son evaluados de manera ambulatoria por instituciones prestadoras de salud (IPS) cercanas a sus viviendas donde acuden en promedio una vez cada tres (3) meses, recibiendo los cuidados y medicamentos correspondientes a su(s) enfermedad(es). Algunos de ellos reciben la atención en su domicilio por causa y como consecuencia de su enfermedad de base.

La hipótesis de trabajo plantea que los pacientes más expuestos a la contaminación ambiental por sus sitios de residencia son los más vulnerables socialmente y son los que tienen mayores desenlaces clínicos, a la población objetivo se le medirán el número de atenciones por urgencias, las hospitalizaciones y la mortalidad asociada a su enfermedad de base y se comparará con personas con la misma gravedad y condición social, pero con menor exposición promedio a la contaminación ambiental. El seguimiento a la población objetivo será analizado en tres periodos 2021-2022 y I semestre de 2023.

Se pretende mediante la aplicación de Sistemas de Información Geográfica (SIG), utilizar metodologías en el análisis de autocorrelación espacial, lo cual llevará a la obtención de un resultado final con un mapa de síntesis y poder gráficamente visualizar el problema planteado. Esta aproximación (SIG) permitirá determinar mediante un conjunto básico de variables a consolidar en el análisis clínico-epidemiológico del problema relacionándolos con los determinantes sociales y los desenlaces seleccionados.

La combinación de estas novedosas metodologías y el análisis generará un mapa en salud del área de estudio, presentando los hallazgos espaciales donde se podrá visualizar la inequidad captada en el territorio mediante una representación gráfica, sobrepuesto al análisis de la contaminación ambiental en los tres(3) periodos de tiempo definidos en el seguimiento, lo cual servirá como base fundamental en la futura planificación territorial con la posibilidad de ser usado para la generación de acciones tendientes a la disminución de disparidades sociales que serán detectadas en el análisis de la información que se obtendrá como resultado y su posible impacto en las políticas públicas locales.

II. Logros

Liste mínimo tres (3), máximo cinco (5) logros obtenidos en la implementación de esta política

- Establecimiento de un grupo que líderes, la implementación de la dimensión de Gestión de Conocimiento y la Innovación GCI a través de un equipo interdisciplinario.
- Aprobación e implementación de la Política de GCI.
- Participación en la medición del índice de Innovación Pública liderado por la Veeduría Distrital.
- Identificación y construcción de inventario de conocimiento tácito.

III. Retos

Liste mínimo (3) máximo cinco (5) retos que considera que debe tener en cuenta la siguiente administración en el corto plazo (100 primeros días), respecto de las estrategias desarrolladas para implementar esta política

- Realizar Mapeo de conocimiento.
- Realizar un nuevo autodiagnóstico de Gestión del Conocimiento.
- Implementar Mapas de Conocimiento

IV. Aspectos relevantes para entregar a la administración entrante:

Tenga en cuenta:

- Los documentos que se relacionan a continuación no deben remitirse a la Secretaría cabeza de sector. Estos se deben tener disponibles para la entrega al equipo de empalme correspondiente.
- Los documentos que se relacionan a continuación son los mínimos sugeridos. La entidad debe revisar si es necesario incluir información adicional que refleje el estado y avance de la política de gestión y desempeño en la entidad.
 - Inventario de los activos de conocimiento crítico y estratégico o Mapa de Conocimiento de la entidad
 - Relación de herramientas de uso y apropiación del conocimiento, discriminando ubicación y administrador
 - Estado de avance y cumplimiento de plan de mejoramiento o plan de cierre de brechas
 - Inventario de los activos de conocimiento crítico.
 - Mapas de Conocimiento de la entidad construidos.
 - Documentación referente a la Política de Conocimiento e Innovación.

3.7 DIMENSIÓN CONTROL INTERNO

- **CONTROL INTERNO**

Describa de forma general, en máximo dos (2) párrafos de siete (07) líneas cada uno, el desarrollo y resultados obtenidos en el Índice de Desempeño Institucional (IDI) correspondiente a la política de control interno de la entidad durante el cuatrienio. Para facilidad de presentación, se sugiere la siguiente tabla, pero se pueden elaborar gráficas que permitan presentar visualmente los avances.

Durante el cuatrienio 2019-2022, se realizó seguimiento continuo y evaluación del Índice de Desempeño Institucional (IDI) correspondiente a la Política de Control Interno de la entidad. En general, se observó un notable aumento en el IDI, pasando de 68.7 en 2019 a 78.5 en 2020, lo que indica una mejora significativa en la efectividad de la Política de Control Interno. Esta tendencia positiva se mantuvo en 2021, con un IDI de 76.2. Sin embargo, es necesario precisar que no se cuentan con datos disponibles para el año 2022 puesto que el Departamento Administrativo de la Función Pública aún no ha socializado los resultados del FURAG para dicha vigencia.

Por otro lado; durante el período mencionado, la entidad logró avances significativos en su Política de Control Interno, lo que se tradujo en un constante crecimiento por cada uno de los componentes de control para la gestión efectiva de riesgos y controles; sin embargo, es preciso aclarar que los lineamientos de calificación cuantitativa para la medición de cada uno de los componentes del sistema de control interno se publicó para el mes de abril de 2020 por parte del Departamento Administrativo de la Función Pública, así pues, para el año 2019 el informe no contemplaba una calificación cuantitativa, en consecuencia no es posible referenciar un índice de evaluación para la vigencia de 2019.

Recuerde que los IDI con cortes 31 de diciembre de 2019, 31 de diciembre de 2020 y 31 de diciembre de 2021, son comparables; el resultado con corte 31 de diciembre de 2022, no será comparable con los anteriores.

Tabla 33. Resultados Índice de Desempeño Institucional (IDI) de la Política de Control Interno 2019-2022

Subíndices Política de Gestión y Desempeño de Control Interno	Índice de Desempeño Institucional			
	2019	2020	2021	2022
Índice de la Política de Control Interno	68.7	78.5	76.2	
Componentes de Control				
Ambiente propicio para el ejercicio del control	N/A	71%	82%	97%
Evaluación estratégica del riesgo	N/A	69%	85%	94%
Actividades de control efectivas	N/A	81%	94%	94%
Información y comunicación relevante y oportuna para el control	N/A	63%	82%	95%
Actividades de monitoreo sistemáticas y orientadas a la mejora	N/A	77%	89%	95%
Evaluación independiente al sistema de control interno	N/A	72%	87%	95%
Líneas de Defensa				
Línea Estratégica				
Primera Línea de Defensa				
Segunda Línea de Defensa				
Tercera Línea de Defensa				

Fuente: Informes de evaluación independiente del SCI

I. Gestión Realizada

A. Estrategias desarrolladas para el fortalecimiento del ambiente de control

Liste mediante viñetas o bullets, mínimo dos (2) y máximo (5) estrategias adelantadas para fortalecer el ambiente de control.

- Implementación del Código de Conducta y Buen Gobierno: se estableció un conjunto claro de políticas, procedimientos y normas de gobierno corporativo que rigen el comportamiento de la organización y sus grupos de interés.

- Evaluación de riesgos y controles internos: la Oficina de Control Interno, incluye en el Plan Anual de Auditoría las evaluaciones periódicas de riesgos identificados por cada uno de los procesos y la efectividad de sus controles de conformidad con las Guías de Administración del Riesgo y el diseño de controles versión 4 y 5 expedidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública.
- Fortalecimiento del desarrollo institucional: mediante inducciones y reinducciones programadas por la Dirección de Talento Humano; la Oficina de Control Interno, la Oficina de Gestión del Riesgo y el Oficial de Cumplimiento desarrollan capacitaciones los empleados nuevos y antiguos sobre ética empresarial, cumplimiento normativo, políticas internas y gestión del riesgo.
- Implementación de la Política Institucional, Líneas de Defensa en Gestión del Riesgo y Control: con la implementación de esta política se logró Contribuir a la seguridad razonable frente al cumplimiento y logro de los objetivos estratégicos y misionales de la EPS-S, mediante la asignación de roles y responsabilidades en cada uno de los procesos de la entidad y la representación de las Líneas de Defensa en cumplimiento del quehacer institucional.
- Conformación, reglamentación y ejecución de los Comités: el Comité de Contraloría Interna fue creado el 05 de diciembre de 2018 y realizó una actualización 14 de febrero de 2023; tiene como objetivo principal plantear las políticas y actividades de funcionamiento de este comité para apoyar la inspección y seguimiento de las políticas, procedimientos y controles internos que se establezcan, el análisis de la ejecución de las operaciones de la entidad, el análisis de las salvedades generadas por el revisor fiscal y la revisión periódica de la arquitectura de control de la entidad y del sistema de gestión de riesgos.

Dentro de sus principales funciones, se encuentra poner para aprobación de la Junta Directiva u órgano que haga sus veces, la estructura, procedimiento y metodologías necesarias para el funcionamiento del SCI, evaluar la estructura del control interno de la entidad, de forma tal, que se pueda establecer si los procedimientos diseñados protegen razonablemente los activos de la entidad, así como los terceros que administre o custodie, y si existe controles para verificar que las transacciones están siendo adecuadamente autorizadas y registradas, informar a la Junta Directiva u órgano equivalente sobre el no cumplimiento de la obligación de los administradores de suministrar la información requerida por los órganos de control para la realización de sus funciones, entre otros.

Este comité sesiona al menos una vez cada trimestre, no obstante, podrá reunirse de manera extraordinaria cuando las necesidades de la EPS-S lo requieran.

Cabe mencionar, que las actuaciones del Comité y las de cada uno de los sus integrantes, las decisiones que se adopten, la información a que tengas acceso y de la cual tengan conocimiento por razón de su función, son de estricto carácter confidencial y privilegiado, por el cual no se puede ser divulgada a personas naturales o jurídicas diferentes a quienes deban conocerla y siempre utilizando los medios y canales propios de Capital Salud EPS-S.

Así, mismo se creó el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno el pasado 26 de noviembre de 2021, el cual tiene como objetivo ser un órgano de asesoría y decisión en los asuntos

de control Interno de Capital Salud EPS-S. En su rol de responsable y facilitado, hace parte de las instancias de articulación para el funcionamiento del mismo, como principales funciones este comité tiene a cargo: evaluar el estado del Sistema de Control Interno, aprobar el Plan Anual de Auditoría de la entidad presentado por la Oficina de Control Interno, revisar la información contenida en los estados financieros de la entidad, entre otros; cabe mencionar que este comité como conflicto de interés los integrantes están sujetos a los deberes en materia de conflictos de interés, pues cuando un miembro del mismo advierte que puede estar inmerso en una de las causas de conflicto de interés, deberá informarlo inmediatamente al presidente del comité, quien deberá decidir el conflicto.

B. Estrategias adelantadas para fortalecer la gestión de riesgo institucional

Liste mediante viñetas o bullets, mínimo dos (2) y máximo (5) estrategias adelantadas para fortalecer la gestión de riesgo institucional.

- Evaluación de 63 matrices de riesgo, conforme a lo establecido en el Sistema de Gestión de Calidad de la entidad.
- Adaptar los controles de acuerdo con la identificación de riesgos, considerando tanto el alcance del proceso como los procedimientos establecidos
- Examinar las causas de los riesgos y la estructura de los controles asociados que puedan ser susceptibles de mejoras.
- Brindar apoyo y asesoría a todos los procesos de la entidad
- Llevar a cabo la evaluación de riesgos y controles para cada uno de los procesos de la entidad

Relacione máximo dos (2) riesgos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos estratégicos institucionales y que su impacto para sea mayor o catastrófico.

Tabla 34 Riesgos asociados a los objetivos estratégicos

Entidad	Objetivo estratégico institucional	Riesgo	Impacto Mayor o catastrófico	Controles
Capital Salud	Lograr la implementación, Integración e Innovación (13) del SIG.	Posibilidad de afectación económica y reputacional debido a actos de corrupción, opacidad, fraude, soborno y LA/FTF/PADM sin la atención efectiva a denuncias realizadas por los usuarios y/o colaboradores de la entidad.	Mayor	El Oficial de Cumplimiento verifica diariamente las denuncias realizadas por los colaboradores y/o Usuarios, a través de los canales de denuncia con el objetivo de identificar actos relacionados con corrupción, opacidad, fraude, soborno y LA/FTF/PADM en la entidad. Evidencia: Informe de gestión trimestral
Capital Salud	Lograr la implementación,	Posibilidad de afectación económica y reputacional y	Mayor	El Oficial de cumplimiento verifica semanalmente los antecedentes del

	Integración e Innovación (I3) del SIG.	económica debido al conocimiento del cliente interno y externo frente a los eventos relacionados con LA/FT/FPADM sin la gestión correspondiente.		personal en proceso de selección en la entidad, a través de las plataformas de consultas libres en las listas restrictivas y de control (OFAC, ONU, UE) con el propósito prevenir eventos relacionados con LA/FT/FPADM. Evidencia: Matriz de las revisiones de formularios realizados
--	--	--	--	--

Fuente: Oficina Gestión del Riesgo

C. Estrategias adelantadas para fortalecer las actividades de monitoreo

Liste mediante viñetas o bullets, mínimo dos (2) y máximo (5) estrategias adelantadas para fortalecer las actividades de monitoreo.

- Mesas de acompañamiento se establecen para simplificar el proceso de diligenciamiento y carga de los documentos de respaldo, lo que a su vez facilita el monitoreo correspondiente.
- Recordación a través de correos electrónicos de las fechas de entrega, conforme a los vencimientos.
- Presentación de los avances de cumplimiento del Sistema de Control Interno, ante el Comité de Contraloría de Control Interno.
- Presentación del seguimiento y avances de las políticas del MIPG ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.
- Mesas de trabajo con los líderes de procesos con el objetivo de monitorear el ciclo general del riesgo en los procesos, así mismo se realiza cuatrimestralmente monitoreo a la gestión y efectivas de los controles establecidos.

D. Estrategias o mecanismos implementados para la documentación y fortalecimiento de las líneas de defensa y de reporte

Liste mediante viñetas o bullets, mínimo dos (2) y máximo (5) estrategias adelantadas para la documentación y fortalecimiento de las líneas de defensa y de reporte.

- Implementación de la Política Institucional Líneas de Defensa en Gestión del Riesgo y Control: con la implementación de esta política en el Sistema de gestión de la Calidad Código: PI01-Ci - Política Institucional Líneas de Defensa en Gestión del Riesgo y Control se logró contribuir a la seguridad razonable frente al cumplimiento y logro de los objetivos estratégicos y misionales de la EPS-S, mediante la asignación de roles y responsabilidades en cada uno de los procesos de la entidad y la representación de las Líneas de Defensa en cumplimiento del quehacer institucional.
- La implementación de la plataforma "Almera" permitió proporcionar una solución tecnológica que facilita la supervisión y coordinación efectiva por parte de las tres líneas de

defensa de todas las actividades relacionadas con la gestión de riesgos y el control interno en la entidad. (detallar por perfil de “Almera”).

- Fortalecimiento del desarrollo institucional: mediante inducciones y reinducciones programadas por la Dirección de Talento Humano; La Oficina de Control Interno, la Oficina de Gestión del Riesgo y el Oficial de Cumplimiento desarrollan capacitaciones los empleados nuevos y antiguos sobre ética empresarial, cumplimiento normativo, políticas de líneas de defensa y gestión del riesgo.

II. Logros

Liste mínimo tres (3), máximo cinco (5) logros obtenidos en la implementación de esta política

- El Sistema de Control Interno ha experimentado un gran avance en su evaluación independiente desde el año 2020, presentando un cumplimiento del 72%, hasta alcanzar un sólido 95% en 2022. Este progreso refleja un compromiso constante con la mejora y la implementación efectiva de medidas que han fortalecido nuestros procesos internos y aumentado la confianza en nuestra capacidad para mitigar riesgos.
- Aprobación del Código de Integridad por parte de la Junta Directiva, además de su socialización a todos los niveles institucionales con el fin de lograr la interiorización del rol.
- Documentar y formalizar la Línea Ética, enmarcada en los principios de objetividad y responsabilidad del manejo de la información, con el propósito de reflejar la imagen de confiabilidad que necesariamente requieren estos canales. De igual manera, identificar los aportes de estas líneas a la gestión del riesgo de la entidad.
- Contemplar y estructurar en la Política de Gestión del Riesgo los niveles de aceptación del riesgo, en razón a que el Manual del Sistema de Gestión del Riesgo, en armonía con la metodología dispuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud mediante Circular Externa 2021170000005-5 del 17 de septiembre de 2021.

III. Retos

Liste mínimo (3) máximo cinco (5) retos que considera que debe tener en cuenta la siguiente administración en el corto plazo (100 primeros días), respecto de las estrategias desarrolladas para implementar esta política

- Crear y consolidar un área que centralice la recepción, gestión y respuesta a los requerimientos de los entes de control externos, con un alcance transversal a nivel organizacional, que permita unificar la responsabilidad frente a la pertinencia, calidad y oportunidad de la información requerida.

- Implementar de mapas de aseguramiento para fortalecer la documentación de líneas de reporte, articuladas con el esquema de líneas de defensa, estructurar las segundas líneas de defensa como proveedores de aseguramiento y autoevaluación y coordinar las actividades de aseguramiento entre la segunda y tercera línea.
- Definir el esquema orgánico de la entidad con el fin de establecer si el régimen de vinculación del gerente y sus directivos es de derecho público o de derecho privado.
- Fortalecer la Política de Seguridad de la Información de la EPS-S, con el objetivo de minimizar la probabilidad de los ataques cibernéticos y contar con respaldo tecnológico frente al resguardo de la información de la entidad histórica y actualmente.
- Fortalecer gradualmente el cumplimiento de los indicadores del Modelo de Gestión del Riesgo.

IV. Aspectos relevantes para entregar a la administración entrante

Tenga en cuenta:

- Los documentos que se relacionan a continuación no deben remitirse a la Secretaría cabeza de sector. Estos se deben tener disponibles para la entrega al equipo de empalme correspondiente.
- Los documentos que se relacionan a continuación son los mínimos sugeridos. La entidad debe revisar si es necesario incluir información adicional que refleje el estado y avance de la política de gestión y desempeño en la entidad.
 - Documentación de líneas de defensa y de reporte
 - Mapa de Aseguramiento
 - Mapa de riesgos institucional y sus correspondientes monitoreos
 - Base de datos de eventos (riesgos materializados)
 - Ubicación de las evidencias que soportan el diligenciamiento del FURAG de las vigencias 2019, 2020, 2021 y 2022
 - Ubicación de los informes de evaluación independiente del sistema de control interno de las vigencias 2020, 2021, 2022 y primer semestre de 2023
 - Últimos informes de seguimiento de segunda línea de defensa a los Planes de Mejoramiento (suscritos con los Organismos de Control; producto de Auditorías Internas; producto de auditorías de otras instancias como organismos certificadores externos (si aplica; entre otros). Especificar fecha de realización del seguimiento. Se recomienda hacer énfasis en las acciones que continuarán en la vigencia 2024.
 - Últimos informes de seguimiento de la Oficina de Control Interno a los Planes de Mejoramiento (suscritos con los Organismos de Control; producto de Auditorías Internas; producto de auditorías de otras instancias como organismos certificadores externos (si aplica; entre otros). Especificar fecha de realización del seguimiento. Se recomienda hacer énfasis en las acciones que continuarán en la vigencia 2024.
 - Ubicación de los informes de auditoría de los organismos de control de las vigencias 2020 a 2023
 - Plan Anual de Auditoría vigente

- Informe semestral de seguimiento a los instrumentos técnicos y administrativos que hacen parte de la función de auditoría interna en el marco del Sistema de Control Interno

3.8 COMPONENTE GESTIÓN AMBIENTAL

I. Gestión Realizada

A partir de la formulación, ejecución y seguimiento del plan institucional de gestión ambiental, favor realizar una descripción cuantitativa y cualitativa de la ejecución de las acciones en pro del cuidado del ambiente, a partir del reconocimiento de la interacción de las actividades que desarrolla la entidad con el entorno ambiental que lo rodea.

** Máximo un párrafo de diez (10) líneas

En Capital Salud EPS-S, se han llevado a cabo capacitaciones y campañas de sensibilización basadas en estrategias de comunicación, estas actividades han llegado a todos los colaboradores de la institución, abordando temas fundamentales como las buenas prácticas en la utilización responsable de los recursos hídricos y energéticos, así como la adecuada segregación de residuos. Así mismo, se han ofrecido sesiones de orientación a los nuevos miembros del personal, alcanzando un total de 1.965 colaboradores desde el año 2020 hasta el 2023, con el propósito de presentar los programas de gestión ambiental.

En el transcurso del año 2023, se llevaron a cabo visitas a las 9 sedes ubicadas en Bogotá (Suba, calle 73, Usme, Tunal, Misericordia, calle 40, Candelaria, Soacha y Bosa). Durante estas visitas, se elaboraron informes que identificaron las deficiencias relacionadas con las cuestiones ambientales. Estos informes se compartieron con el supervisor de cada sede, quien, a su vez, comunicó esta información a su equipo y emprendió las acciones necesarias para abordar y mejorar estas deficiencias. El objetivo de este enfoque es evidenciar los cambios y mejoras en el próximo informe.

Como resultado de estas iniciativas, se logró una significativa reducción del 14.7% en el consumo de agua con respecto al año anterior en 2023. En cuanto al consumo de energía, se mantuvo estable, registrando una variación del 20%.

Por último, se implementó una estrategia de registro a través de listas de verificación para realizar un seguimiento y asegurar la adhesión al Plan de Gestión Ambiental, estas listas incluyen indicadores relacionados con el ahorro y uso eficiente de energía y agua, gestión de residuos, uso responsable del papel y un programa de consumo sostenible, esto amplía la cobertura de cumplimiento y mejora las actividades planificadas en el plan de gestión ambiental.

A. Programas de gestión ambiental

Indique en máximo dos (2) párrafos de siete (7) líneas cada uno, los principales resultados de los programas de gestión ambiental desarrollados por la entidad en el marco del Plan Institucional de Gestión Ambiental (PIGA).

El Programa del Uso Eficiente de Agua en Capital Salud EPS-S, logró reducir el consumo de agua de manera constante desde 2020 hasta 2023, cumpliendo con los objetivos de reducción, excepto en 2022 cuando hubo un aumento. En cuanto al programa de uso eficiente de energía, se observó una reducción promedio del 10% en el consumo durante esos mismos años, con un ligero aumento en

2021 debido a una mayor adhesión a las prácticas de ahorro. Estas comparaciones se basan en el valor económico del consumo de recursos.

En cuanto a la gestión de residuos, se implementaron medidas como la colocación de puntos ecológicos, la práctica de no consumir alimentos en los puestos de trabajo y la introducción de contenedores con códigos de colores para la segregación adecuada de residuos, los colaboradores han demostrado una buena adherencia a estas prácticas, evidenciándose una correcta segregación por parte de ellos. En lo que respecta a los consumos sostenibles, específicamente en el uso de papel, se observa un consumo moderado que tiende a aumentar.

Cabe aclarar que el dato tomado del año 2023 para los análisis está dado hasta el 2 trimestre de ese año.

Tabla 35 Resultados Programas de gestión ambiental

Programa	Resultados por vigencia			
	2020	2021	2022	2023
Uso Eficiente del Agua	23,06%	6,61%	42,51%	27,82%
Uso Eficiente de la Energía	28,61%	30,83%	20,03%	20,53%
Gestión Integral de Residuos	50	926	359	69
Consumo Sostenible	26,34%	19,76%	33,06%	20,84%
Implementación de Prácticas Sostenibles	N/A	N/A	N/A	N/A

Fuente: Informe de Gestión Ambiental 2020-2023

B. Riesgos ambientales

Describa, en máximo dos (2) párrafos de siete (7) líneas cada uno, los riesgos ambientales de mayor impacto identificados en la entidad y las estrategias para prevenir, mitigar, corregir o compensar los impactos negativos sobre el ambiente.

En Capital Salud EPS-S, se han identificado dos posibles riesgos ambientales con un alto impacto. El primero de ellos se relaciona con la entrega y disposición inadecuada de los residuos de aparatos eléctricos y electrónicos (RAEES) generados por la entidad. Anteriormente, estos residuos se entregaban a una empresa de recolección de residuos aprovechables que carecía del manejo adecuado y no contaba con la autorización de la autoridad ambiental, esto podía tener consecuencias negativas, como la contaminación de desagües y fuentes hídricas, así como impactos en el suelo debido a una gestión deficiente; en respuesta a esta situación, la EPS ha cambiado a la empresa PUNTOS VERDE LITO, que cuenta con la autorización de la autoridad ambiental y proporciona certificación de la gestión y disposición final adecuada de estos residuos.

El segundo riesgo identificado se refiere al consumo inadecuado de energía en algunas sedes de la EPS, observado que el personal deja los computadores encendidos al finalizar la jornada laboral de manera constante, esto tiene un impacto significativo en el consumo de recursos energéticos y contribuye al aumento de las emisiones de gases de efecto invernadero. Para abordar esta problemática, se ha implementado una estrategia que incluye capacitaciones de sensibilización sobre el impacto ambiental de este comportamiento en el personal, además de un seguimiento para asegurar que se adopte una forma más responsable de consumo de energía.

II. Logros

Liste mínimo tres (3), máximo cinco (5) logros obtenidos en la implementación de esta política

- El personal ha demostrado una sólida adherencia a la adecuada separación y segregación de residuos en los contenedores correspondientes.
- Los colaboradores han sido sensibilizados con respecto al consumo adecuado de los recursos hídricos y energéticos, tanto desde una perspectiva económica como ambiental.

III. Retos

Liste mínimo (3) máximo cinco (5) retos que considera que debe tener en cuenta la siguiente administración en el corto plazo (100 primeros días), respecto de las estrategias desarrolladas para implementar esta política

- Implementar incentivos para la participación en las practicas sostenibles, como por ejemplo el uso de bicicletas como medio de transporte para ir al trabajo de los colaboradores de Capital Salud
Promover y fomentar aún más la práctica de un manejo responsable en el uso del papel, con el objetivo de cumplir con la política de "cero papel" establecida en la Resolución 701 de 2013, que incluye la Guía número 1 de buenas prácticas para reducir el consumo de papel y la presentación de materiales reciclables.

IV. Aspectos relevantes para entregar a la administración entrante:

Tenga en cuenta:

- Los documentos que se relacionan a continuación no deben remitirse a la Secretaría cabeza de sector. Estos se deben tener disponibles para la entrega al equipo de empalme correspondiente.
- Los documentos que se relacionan a continuación son los mínimos sugeridos. La entidad debe revisar si es necesario incluir información adicional que refleje el estado y avance de la política de gestión y desempeño en la entidad.
 - Política y objetivos ambientales.
 - Matriz de aspectos y valoración de impactos ambientales.
 - Matriz de riesgos ambientales.
 - Matriz de partes interesadas.
 - Plan Institucional de Gestión Ambiental.
 - Plan de Acción Cuatrienal Ambiental – PACA (cuando aplique)
 - Resultados de los indicadores para medir el avance en la gestión ambiental

4 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Relacione las principales conclusiones y recomendaciones de la gestión y desempeño de la entidad.

- La alta dirección de Capital Salud EPS-S, está firmemente comprometida con la implementación y mejora continua del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG),

fomentando una cultura organizacional que garantice el cumplimiento de los lineamientos establecidos en las 19 políticas del MIPG.

- La planeación Institucional de la EPS presenta una periodicidad 2021-2024, logrando un nivel de cumplimiento de hasta el 99.2% de las actividades operativas; se recomienda a la nueva administración continuar con la implementación en el año 2024 para lograr los 10 objetivos estratégicos establecidos para dicha vigencia.
- La alta dirección de Capital Salud EPS-S, está firmemente comprometida con la implementación y mejora continua del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), fomentando una cultura organizacional que garantice el cumplimiento de los lineamientos establecidos en las 19 políticas del MIPG.
- La EPS viene avanzando en su política de gestión del conocimiento e innovación en el MIPG, cuenta con equipo de líderes que ha implementado y realiza seguimiento a la dimensión de Gestión de Conocimiento e Innovación (GCI). La aprobación y aplicación de la Política de GCI promueve una cultura de innovación, la participación en la medición del índice de Innovación Pública y refleja el compromiso con la mejora y transparencia, así mismo construye un inventario de conocimiento tácito.
- La Política de Atención al Usuario ha logrado modernizar canales y ampliar contactos, mejorando eficiencia y relación con usuarios y comunidad, es importante continuar con retos futuros incluyan calidad, tiempos de respuesta y accesibilidad. También es importante definir un líder al interior del proceso sobre lenguaje claro, de igual manera dar continuidad y mayor participación ciudadana y diálogo con usuarios. Estos desafíos son cruciales para atención de calidad y bienestar comunitario.
- La Política de Simplificación de Trámites ha logrado avances notables en procedimientos administrativos al reducir tiempos de espera y mejorar la transparencia. Aun así, se enfrentan retos: identificar trámites, priorizar estratégicamente y ejecutar cambios eficazmente. La política busca mejorar eficiencia y experiencia ciudadana, exigiendo enfoque y constante mejora.