

Informe Gobierno
Organizacional
VIGENCIA 2024
ELABORACIÓN: ENERO 2025

TABLA DE CONTENIDO

1.	HECHOS RELEVANTES 2024 Y RETOS 2025	3
2.	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA ÉTICA EMPRESARIAL Y PÚBLICA (PTEEP)	5
3.	ESTRUCTURA DE LA PROPIEDAD DE LA ENTIDAD	9
4.	ESTRUCTURA DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA ENTIDAD	10
5.	ACTIVIDADES DE LOS COMITÉS DE LA JUNTA DIRECTIVA	18
6.	SISTEMAS DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN DE RIESGOS	24

CAPITAL SALUD EPS-S INFORME DE GOBIERNO ORGANIZACIONAL VIGENCIA 2024

1. HECHOS RELEVANTES 2024 Y RETOS 2025

1.1 Logros 2024

A continuación, se detallan las acciones y/o logros alcanzados en la vigencia 2024:

- Aumento en el patrimonio de la EPS derivado de la capitalización por valor de \$92.275 millones.
- Ampliación de la cobertura de puntos de atención al usuario en los departamentos del Meta, Cundinamarca y puntos satélites en Bogotá.
- Reubicación y modernización de los puntos de atención al usuario “Kennedy y Misericordia”, con el fin de mejorar el entorno y las peticiones de la atención.
- Se firmaron acuerdos con 5 universidades para ofrecer descuentos en programas de formación, lo que permite fortalecer las capacidades del talento humano y mejorar el desempeño organizacional, generando colaboradores más capacitados y comprometidos con los objetivos estratégicos de la entidad.
- La calificación del Índice de Desempeño Institucional a través de la herramienta FURAG del Departamento Administrativo de la Función Pública aumentó de 80.3 (2021) a 92.3 (2023) evidenciando el fortalecimiento de la gestión, el cumplimiento de estándares de calidad y el compromiso con la mejora continua.
- Promoción de una cultura de mejora continua a través de la Implementación de un tablero de control, lo cual, propicio un aumento en el diligenciamiento de indicadores por proceso del 44.8% en la vigencia 2023 al **98.413%** en diciembre de 2024.
- Optimización de los procesos internos de la EPS a través de la Implementación del nuevo mapa de procesos de la entidad, articulado a los lineamientos de la ISO 9001:2015 documentando el 100% de caracterizaciones.
- El cumplimiento de la Evaluación independiente del Sistema de Control Interno ha experimentado un notable incremento, pasando del 73% en 2021 al 98% en 2024. Este progreso refleja un compromiso significativo con el desarrollo y la sostenibilidad de los sistemas de control interno, lo cual es fundamental para el éxito a largo plazo de la organización.
- Más de 70 mil atenciones por canales digitales, a través de WhatsApp, Telemercadeo y página web, el equipo de mercadeo gestionó 3.843 afiliaciones y traslados, se atendieron 66.157 usuarios brindándoles información de aseguramiento y orientación sobre temas generales de la EPS.
- Capital Salud logró con éxito la auditoría de otorgamiento realizada por ICONTEC en diciembre de 2024, obteniendo el aval para la certificación en la norma ISO 9001:2015. El certificado será entregado durante el primer trimestre de 2025 y tiene como alcance: “Gestión del aseguramiento en salud de los afiliados a Capital Salud EPS-S, a través de los procesos de servicio al ciudadano y gestión del acceso a los servicios de salud, garantizando la protección integral y efectiva de la población conforme a la cobertura del Plan de Beneficios en Salud.”

- La actualización y revisión de los sistemas de información, Despliegue del Bot de autorizaciones para todo el ordenamiento de las Subredes, Consolidación del PAU Virtual para la atención de los afiliados mediante acceso por computador o la aplicación móvil de Capital Salud, fortalecimiento de la interoperabilidad con los diferentes actores del sistema de salud y el fortalecimiento de los canales de comunicación externa como Campaña de redes sociales, videos de los digiturnos, página web –banner y botón animado, Pop Up de página web, cortinilla de cierre en todos los videos, incluido el Flash Informativo, han sido hitos clave en este proceso.

1.2 Retos para la vigencia 2025

A continuación, se detallan las acciones y retos para la vigencia 2025:

- Implementar la plataforma tecnológica que logre integrar los procesos de presupuesto, contabilidad y tesorería. (Apoteosys)
- Implementar un sistema de gestión documental digital que cumpla con las normativas archivísticas vigentes garantizando la preservación, autenticidad, integridad y acceso a los documentos electrónicos, logrando la completa digitalización y correcta organización del 100% de los contratos activos, con trazabilidad y respaldo adecuado de los documentos físicos y electrónicos.
- Consolidar el uso de la plataforma SECOP II para el cargue del 100% de los contratos nuevos, garantizando una gestión eficiente y transparente de la contratación pública, cumpliendo con las obligaciones legales en tiempo real y optimizando los procesos contractuales en la entidad.
- Fomentar e implementar la prevención de la materialización de riesgos que generan litigiosidad en todas las áreas, procesos y subproceso de Capital Salud EPS-S SAS como un lineamiento de cultura organizacional.
- Liquidar los contratos finalizados con los prestadores de servicios de salud, con el objetivo de depurar los saldos de las cuentas por pagar mayores a 360 días, así como los anticipos entregados a estos prestadores con antigüedad superior a dicho plazo.
- Desarrollar la analítica de datos para mejorar la toma de decisiones.
- Diseñar una metodología de análisis para la reingeniería de procesos internos de la entidad durante el cuatrienio principalmente los procesos misionales y de apoyo.
- Aplicación de interoperabilidad con los prestadores de servicios de salud.
- Lograr la habilitación en el régimen contributivo.
- Mantener el cumplimiento de los indicadores de habilitación financiera.
- Disminuir las PQRD por debajo de la tasa establecida.
- Actualización de la habilitación de las RIPSS de Bogotá, Meta y Soacha.
- Operar el Modelo de Auditoria Integral y Supervisión de Contratos con la red prestadora y proveedora de servicio, alineado a las diferentes modalidades de contratación.
- Mantener el monitoreo a la suficiencia de red que permita organizar la red primaria y complementaria para responder a las necesidades en salud de la población y humanización que permita posicionar el Modelo como referente nacional.

- Seguimiento y control del riesgo en salud y la siniestralidad.

2. PROGRAMA DE TRANSPARENCIA ÉTICA EMPRESARIAL Y PÚBLICA (PTEEP)

El Programa de Transparencia Ética Empresarial y Pública se ha consolidado como un pilar esencial para fortalecer la confianza y legitimidad tanto en el sector privado como en el público. Esta iniciativa se presenta como una herramienta clave para fomentar prácticas éticas y transparentes en todas las dimensiones de la actividad económica y gubernamental. Su objetivo principal es impulsar la divulgación de información relevante, promover la rendición de cuentas y establecer altos estándares éticos, con el fin de mejorar la calidad en la toma de decisiones y fortalecer los vínculos entre las organizaciones, los trabajadores y la sociedad en general.

En cumplimiento de la Ley 2195 de 2022, que establece medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción; la Circular Externa 2022151000000053-5 del 5 de agosto de 2022; y el documento técnico Programa de Transparencia y Ética Pública del Distrito Capital de diciembre de 2022, La entidad ha definido los lineamientos para el diseño, adopción e implementación del Programa de Transparencia, Ética Empresarial y Pública. Este programa constituye la principal herramienta de control para prevenir, detectar y corregir riesgos asociados con soborno, corrupción, opacidad y fraude, riesgos prioritarios en la gestión de procesos de la EPS-S.

Este documento detalla los resultados del monitoreo a los avances de las actividades definidas en el Formato de seguimiento del Programa de Transparencia Ética Empresarial y Pública (F03-GRI), aprobado en el Comité de Gobierno Organizacional el 26 de enero de 2024. De acuerdo con lo establecido en el artículo 2.1.4.6 del Decreto 124 de 2016, el monitoreo está a cargo del jefe de Planeación o quien asuma esa función en relación con los componentes del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano. Este documento se encuentra disponible en la página web de Capital Salud EPS-S en el siguiente enlace: <https://www.capitalsalud.gov.co/4-3-plan-de-accion/#4-3-4-2-Plan-Anticorrupcion-y-Atencion-al-Ciudadano>

4.3.4.1 Plan Estratégico.	4.3.2 Programa de Transparencia Ética Empresarial y Pública (PTEE) anteriormente llamado Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano (PAAC) (Plan Rendición de cuentas, Plan de servicio al ciudadano, plan antitrámites).
4.3.4.2 Programa de Transparencia Ética Empresarial y Pública	
4.3.4.3 Plan Estratégico de Tecnologías de la Información – PETI	Capital Salud EPS-S realiza de forma unificada las acciones de Rendición de cuentas, Servicio al ciudadano y Antitrámites a través Programa de Transparencia Ética Empresarial y Pública (PTEE)
4.3.4.4 Código de Conducta y Buen Gobierno – Código de Integridad	• Programa Transparencia Ética Empresarial y Pública 2024 – Versión 2.0 – Publicado el 31/01/2024. • Formato de Seguimiento Programa Transparencia Ética Empresarial y Pública versión 6.0 – Publicado el 31/01/2024. • Matriz de Corrupción 2024 – Publicado el 31/01/2024. • PG-001-RCU – Programa Transparencia Ética Empresarial y Pública – Publicado el 26/12/2023. • Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano 2023 – Versión 5.0. Publicado el 04/09/2023.
4.3.4.5 Plan de Acción / Plan de Gasto Público	
4.3.4.6 Planes generales de compras	
4.3.4.8 Presupuesto desagregado con modificaciones	
4.3.4.9 Metas, objetivos e indicadores de gestión	

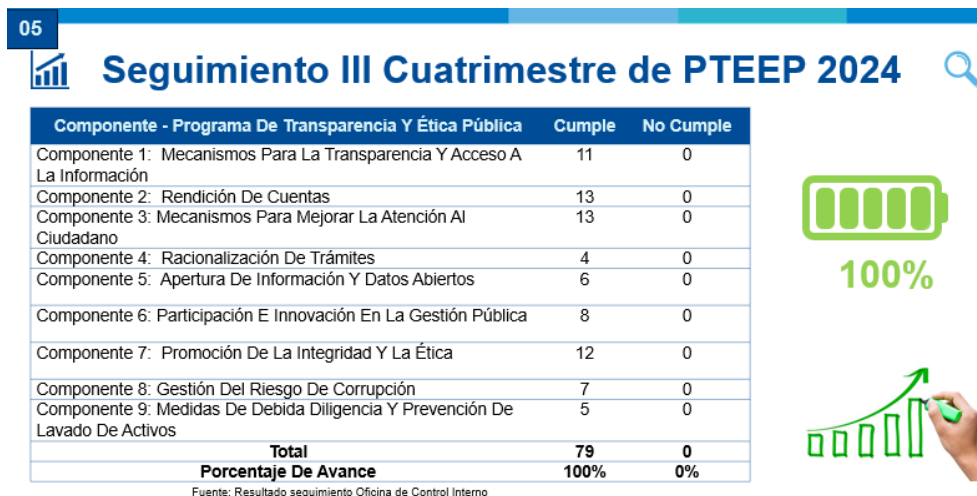
2.1 Seguimiento al PTEEP 2024.

De igual forma, en la página web de la Entidad se encuentran disponibles los seguimientos realizados por la Oficina de Control Interno en relación con la consulta y divulgación del Programa de Transparencia Ética Empresarial y Pública (PTEEP). Estos seguimientos incluyen un registro detallado de las acciones ejecutadas en cada uno de los componentes del programa. Enlace: <https://www.capitalsalud.gov.co/4-8-informes-de-la-oficina-de-control-interno/#4-8-4-Seguimiento-al-Plan-Anticorrupcion>.

4.8. Informes de la Oficina de Control Interno

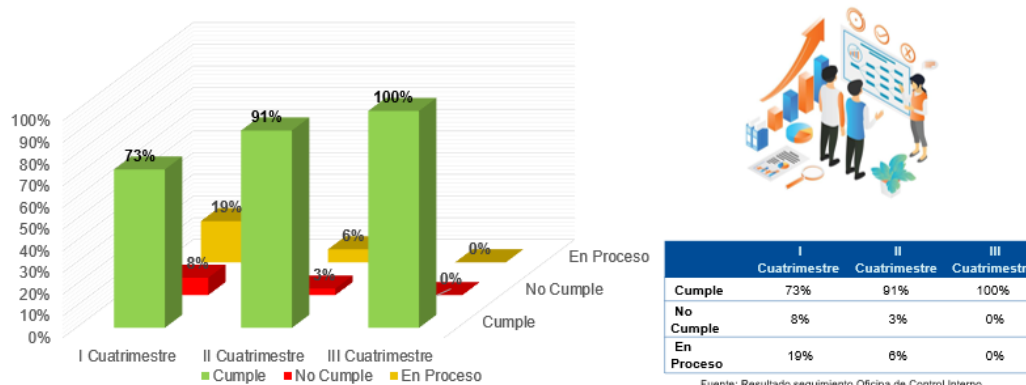
4.8.1 Informe Pormenorizado del Estado de Control Interno	• F03-GRI-FORMATO SEGUIMIENTO PTEEP- 2 CT 2024 publicado 13/09/2024.
4.8.2 Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno	• F03-GRI-FORMATO SEGUIMIENTO PTEEP-1 CT 2024 publicado 16/05/2024.
4.8.3 Seguimiento a Derechos de Autor Software y Hardware:	• 03-GRI SEGUIMIENTO PAAC corte agosto 2023 publicado el 14/09/2023.
4.8.4 Seguimiento Programa de Transparencia Ética Empresarial y Pública (PTEEP)	• Seguimiento PAAC corte agosto 2022 (14-09-2022).
4.8.5 Seguimiento de Austeridad del Gasto	• Seguimiento PAAC corte abril 2022.
	• Seguimiento PAAC corte diciembre 2021.
	• Seguimiento PAAC corte agosto 2021.
	• Seguimiento PAAC corte abril 2021.
	• Seguimiento PAAC corte diciembre 2020.
	• Seguimiento PAAC corte agosto 2020.
	• Seguimiento PAAC corte abril 2020.

Como parte de los seguimientos realizados por la Oficina de Control Interno, se llevó a cabo la revisión de los soportes, verificando el cumplimiento de cada actividad y asegurando que fueran acordes con lo planificado, garantizando así que los indicadores establecidos se cumplieran efectivamente.



Como resultado del seguimiento con corte a diciembre 2024, se alcanzó un cumplimiento del 100% en las 79 acciones programadas dentro de los nueve (9) componentes.

Comparativo Avance del PTEEP vigencia 2024



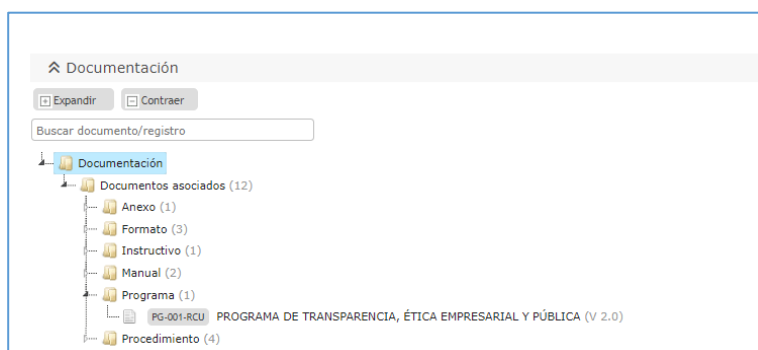
Según la gráfica anterior, durante los 3 cuatrimestres se presentó el comportamiento de la vigencia, destacando el cumplimiento de las actividades dentro de los plazos establecidos, se identificaron tres

categorías: actividades cumplidas en los tiempos estipulados, actividades no cumplidas cuya fecha de finalización ya expiró y actividades en proceso que se encontraban dentro del plazo y en ejecución.

De acuerdo con el seguimiento:

- En el primer cuatrimestre se alcanzó un cumplimiento del 73%.
- En el segundo cuatrimestre, el cumplimiento aumentó al 91%.
- Para el cierre del último cuatrimestre, se logró un cumplimiento del 100%.

2.2 Sistema de Gestión y Calidad de la EPS



2.3 Código de Conducta y Buen Gobierno

El Código de Conducta y Buen Gobierno de Capital Salud EPS-S, tiene como finalidad orientar y regular las relaciones de Capital Salud con los diferentes grupos de valor o interés (inversionistas, afiliados, aportantes, trabajadores, profesionales e instituciones prestadoras y órganos de control), para lograr mayores niveles de eficiencia, integridad y transparencia en la gestión diaria de sus servicios, y en el manejo de sus asuntos institucionales, de manera que Capital Salud sea líder en el aseguramiento de servicios de salud con los mejores estándares de calidad, cumplimiento del régimen aplicable y, lo más importante, con sentido de humanidad, respeto y compromiso por nuestros afiliados, que son nuestra razón de ser.

Capital Salud EPS-S se ha comprometido con la sociedad a brindarle un servicio de salud accesible, rápido, humanizado, mejorando su calidad de vida mediante una atención oportuna, innovadora y empática. Facilitando los trámites para que accedan de manera ágil a nuestros servicios, con un acompañamiento cercano y continuo que asegura su bienestar en todo momento. Es un compromiso esencial que se manifiesta a través de la plataforma estratégica institucional. Buscar el balance entre el uso responsable de los recursos, la lucha anticorrupción y las buenas prácticas administrativas es lo que es llamado la Gobernanza y en Capital Salud EPS-S es propósito de la alta dirección junto con todo el equipo de trabajo en los distintos niveles ejecutivos, tácticos y operativos, cumplir con

preservar la confianza y el respeto de los afiliados y de las comunidades a las cuales se presta los servicios.

El Código de Conducta y Buen Gobierno de Capital EPS-S, promueve el cumplimiento de la normatividad y políticas que rigen el sector, la calidad como aspecto cualitativo del trabajo diario; la Innovación, la Empatía, el Compromiso, la Diligencia, el Trabajo en Equipo y la Calidez como valores institucionales sobre los que se fundamenta el actuar de todas las personas vinculadas con Capital Salud EPS-S con el fin de fortalecer la imagen reputacional, la correcta gestión de las relaciones con los diferentes grupos de interés, los lineamientos respecto de su gobierno para que las actuaciones de sus miembros estén orientadas a garantizar la integridad ética de la entidad y el adecuado manejo de sus asuntos para el cumplimiento de sus objetivos.

En articulación con el PTEE 2025 el Código de Conducta y Buen Gobierno sirve de guía y ayuda a efectuar las actividades diarias, dando los lineamientos normativos internos que se deben cumplir para proteger y promover la integridad y para incrementar la capacidad de Capital Salud EPS-S para alcanzar los objetivos estratégicos establecidos y fortalecer una cultura organizacional fundamentada en valores y buenas prácticas, brindando a los diferentes grupos de interés confianza, credibilidad y transparencia en la gestión organizacional. El código, además, tiene como finalidad orientar y regular las relaciones de Capital salud con los diferentes grupos de valor o interés.

Lo anterior dentro del marco de lo establecido en la Ley 1712 de 2014 "Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones" en su artículo 1 objeto "(...) regular el derecho de acceso a la información pública, los procedimientos para el ejercicio y garantía del derecho y las excepciones a la publicidad de información".

De acuerdo al principio de transparencia de la Ley mencionada anteriormente, el cual establece "Principio conforme al cual toda la información en poder de los sujetos obligados definidos en esta ley se presume pública, en consecuencia de lo cual dichos sujetos están en el deber de proporcionar y facilitar el acceso a la misma en los términos más amplios posibles y a través de los medios y procedimientos que al efecto establezca la ley, excluyendo solo aquello que esté sujeto a las excepciones constitucionales y legales y bajo el cumplimiento de los requisitos establecidos en esta ley".

En este sentido Capital Salud EPS-S ha adoptado la ley de transparencia en su página web a través del botón transparencia y acceso a la información pública, en el cual los ciudadanos pueden obtener la información requerida y realizar solicitudes de acuerdo con sus necesidades. Los ítems que se encuentran publicados son:

LEY DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA

En cumplimiento con la Ley 1712 de 2014, y resolución 1519 de 2020 de MinTIC Capital Salud EPS-S ha creado esta sección de Transparencia y Acceso a la Información Pública, donde podrán conocer la ciudadanía en general la información relacionada con el Anexo 02 de la Resolución 1519 de 2020 y demás disposiciones según la normatividad legal vigente.

- + 1. Información de la entidad
- + 2. Normativa
- + 3. Contratación
- + 4. Planeación, Presupuesto e Informes.
- + 5. Trámites
- + 6. Participa
- + 7. Datos Abiertos
- + 8. Información específica para Grupos de Interés
- + 9. Obligación de reporte de información específica por parte de la entidad
- + 10. Información tributaria en entidades territoriales locales

3. ESTRUCTURA DE LA PROPIEDAD DE LA ENTIDAD

3.1 Capital y estructura de la propiedad de la entidad.

La composición accionaria de Capital Salud EPS-S al cierre del 2024 quedó con la siguiente estructura:

AÑO	ACCIONISTA	No. DE ACCIONES	VALOR \$	PARTICIPACIÓN %
2011	Bogotá Distrito Capital	1.264.800	1.264.800	51%
	Salud Total EPS S.A.	1.215.200	1.215.200	49%
	TOTAL	2.480.000	2.480.000	100%
2016 (autorizado Supersalud 2017)	Bogotá Distrito Capital	40.001.264.800	40.001.264.800	89%
	Salud Total EPS S.A.	4.944.215.200	4.944.215.200	11%
	TOTAL	44.945.480.000	44.945.480.000	100%
2017 (autorizado Supersalud 2018)	Bogotá Distrito Capital	70.001.264.800	70.001.264.800	93,40%
	Salud Total EPS S.A.	4.944.215.200	4.944.215.200	6,60%
	TOTAL	74.945.480.000	74.945.480.000	100%
2018 (autorizado Supersalud 2019)	Bogotá Distrito Capital	220.001.264.800	220.001.264.800	97,80%
	Salud Total EPS S.A.	4.944.215.200	4.944.215.200	2,20%
	TOTAL	224.945.480.000	224.945.480.000	100%
2019 (autorizado Supersalud 2020)	Bogotá Distrito Capital	340.001.264.800	340.001.264.800	98,57%
	Salud Total EPS S.A.	4.944.215.200	4.944.215.200	1,43%
	TOTAL	344.945.480.000	344.945.480.000	100%
2020 (autorizado Supersalud 2021)	Bogotá Distrito Capital	417.001.264.800	417.001.264.800	98,83%
	Salud Total EPS S.A.	4.944.215.200	4.944.215.200	1,17%
	TOTAL	421.945.480.000	421.945.480.000	100%
2021 (Autorizado Supersalud 2021)	Bogotá Distrito Capital	507.001.264.800	507.001.264.800	99,03%
	Salud Total EPS S.A.	4.944.215.200	4.944.215.200	0,97%
	TOTAL	511.945.480.000	511.945.480.000	100%
2022 (Autorizado Supersalud 2022)	Bogotá Distrito Capital	567.001.264.800	567.001.264.800	99,14%
	Salud Total EPS S.A.	4.944.215.200	4.944.215.200	0,86%
	TOTAL	571.945.480.000	571.945.480.000	100%
2024 (Autorizado Supersalud 2024)	Bogotá Distrito Capital	658.479.008.800	658.479.008.800	99,135%
	Salud Total EPS S.A.	5.741.471.200	5.741.471.200	0,865%
	TOTAL	664.220.480.000	664.220.480.000	100%

	ACCIONISTA	NO. DE ACCIONES	VALOR \$	PARTICIPACIÓN %
2024 (Asamblea General 23 de febrero de 2024)	Bogotá Distrito Capital	658.479.008.800	658.479.008.800	99.135
	Salud Total EPS S.A.	5.741.471.200	5.741.471.200	0,864
	TOTAL	664.220.480.000	664.220.480.000	100.000

3.2 Identidad de los miembros del Máximo Órgano Social que cuentan con participaciones significativas (participaciones mayores o iguales al 5%), directas e indirectas.

ACCIONISTA	ACCIONES SUSCRITAS Y PAGADAS	% DE PARTICIPACIÓN
Bogotá Distrito Capital	658.479.008.800	99.135%

3.3 Información de las acciones de las que directamente (a título personal) o indirectamente (a través de entidades u otros vehículos) sean propietarios los directores de la Junta Directiva y de los derechos de voto que representen.

Los miembros de la Junta Directiva de Capital salud EPS-S no son propietarios de acciones ni directa ni indirectamente.

3.4 Negociaciones que los Miembros de la Junta Directiva, la Alta Gerencia y demás administradores han realizado con las acciones y los demás valores emitidos por la entidad.

Los miembros de la Junta Directiva, la alta gerencia y demás administradores no realizaron negociaciones con las acciones y demás valores emitidos por la entidad durante la vigencia 2024.

3.5 Síntesis de los acuerdos entre miembros del Máximo Órgano Social de los que se tenga conocimiento.

El Máximo Órgano Social de Capital Salud EPS-S S.A.S. a través del Acta No. 55 de Asamblea General de Accionistas de fecha 23 de febrero de 2024, aprobó la capitalización por valor de 92.275 millones de pesos, así mismo a través de la Resolución No. 2 0 2 4 3 1 0 0 1 0 0 1 5 5 1 2 - 6 D E 0 3 - 1 2 - 2 0 2 4 expedida por la Superintendencia de Salud esta capitalización fue autorizada por el ente de vigilancia y control.

3.6 Acciones propias en poder de la entidad.

La entidad no tiene acciones propias.

3.7 Relaciones de índole familiar, comercial, contractual o societaria que existan entre los titulares de las participaciones significativas en la propiedad o el control de la entidad, o entre los titulares de participaciones significativas entre sí.

Conforme con lo establecido en el Artículo 41 Elección, inhabilidades e incompatibilidades de los estatutos de la sociedad y de conformidad con el Artículo 435 del Código de Comercio, no podrá haber en la Junta Directiva una mayoría cualquiera formada con personas ligadas entre sí por matrimonio, o por parentesco dentro del tercer grado de consanguinidad o segundo de afinidad, o único civil, y las demás inhabilidades e incompatibilidades previstas en las normas legales, es especial el régimen de incompatibilidades e inhabilidades establecidas por el Decreto 973 de 1994 y en las demás normas legales aplicables.

En este sentido, Capital Salud EPS-S S.A.S. garantiza este cumplimiento a través del debido diligenciamiento por parte de los miembros de Junta Directiva u organismos directivos y para los representantes legales y empleados de las EPS del formato de declaración juramentada de inhabilidades e incompatibilidades y conflicto de intereses.

4. ESTRUCTURA DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA ENTIDAD

a. Composición de la Junta Directiva, e identificación del origen o procedencia de cada uno de los miembros y de los miembros de los comités constituidos en su seno.

Al cierre de la vigencia 2024 la composición de la junta directiva se encontraba así:

<i>Principales</i>	<i>Cargo</i>	<i>Nombramiento</i>	<i>Suplentes</i>	<i>Cargo</i>	<i>Nombramiento</i>
Gerson Orlando Bermont Galavis	Secretario de Despacho Secretaría Distrital de Salud	Acta No. 55 de 23 de febrero 2024	Luis Alexander Moscoso Osorio	Subsecretario de Servicios de Salud y Aseguramiento. Secretaria Distrital de Salud	Acta No. 55 de 23 de febrero 2024

Principales	Cargo	Nombramiento	Suplentes	Cargo	Nombramiento
Ana María Cadena Ruiz	Secretaría Distrital de Hacienda	Acta No. 55 de 23 de febrero 2024	Olga Liliana Sandoval Rodriguez	Subsecretario de Despacho Secretaría Distrital de Hacienda	Acta No. 57 de 03 de octubre 2024
Roberto Carlos Angulo Salazar	Secretario Distrital de Integración Social	Acta No. 55 de 23 de febrero 2024	Laura Alejandra Contreras Salazar	Jefe Oficina Jurídica Secretaría Distrital de Integración Social	Acta No. 47 de 30 de marzo 2022
Herman Redondo Gómez	Médico Gineco - Obstetra, miembro del Colegio Médico de Cundinamarca, el Tribunal de Ética de Cundinamarca y la Academia Nacional de Medicina	Acta No. 47 del 30 de marzo de 2022	Martha Milena Porras Salas	Subdirectora Asuntos Corporativos Virrey Solís IPS	Acta No. 57 de 03 de octubre 2024
Mauricio Olivera González	Vicerrector Administrativo y Financiero Universidad de los Andes	Acta No. 57 del 3 de octubre de 2024	Melissa Triana Luna	Jefe Oficina Asesora Jurídica - Secretaría Distrital de Salud	Acta No. 55 de 23 de febrero 2024

b. Hojas de vida de los Directores de la Junta Directiva.

Las hojas de vida de los miembros de Junta Directiva fueron presentadas, socializadas y puesto a consideración de la Asamblea General de Accionistas, con el fin de generar los cambios requeridos durante la vigencia

c. Cambios en la Junta Directiva durante el ejercicio.

A continuación, se relacionan los cambios registrados durante la vigencia 2024.

Cargo	Nombre	Cargo	Nombramiento	Vigencia	Nombre	Cargo	Nombramiento
1° miembro principal	Alejandro Gomez Lopez	Secretario Distrital de Salud	10-02-2020 Acta 42	31/01/2024	Gerson Orlando Bermont Galavis	Secretario de Despacho Secretaría Distrital de Salud	23-02-2024 Acta 55
2° Miembro Principal	Juan Mauricio Ramirez Cortes	Secretario Distrital de hacienda	10-02-2020 Acta 42	8/02/2024	Ana María Cadena Ruiz	Secretaría Distrital de Hacienda	23-02-2024 Acta 55
3° Miembro Principal	Margarita Barraquer Sourdis	Secretaria Distrital de Integración Social	30-03-2022 Acta 47	1/01/2024	Roberto Carlos Angulo Salazar	Secretario Distrital de Integración Social	23-02-2024 Acta 55
4° Miembro Principal	Herman Redondo Gómez	Médico Gineco - Obstetra, miembro del Colegio Médico de Cundinamarca, el Tribunal de Ética de Cundinamarca y la Academia Nacional de Medicina	28-09-2021 Acta 46 30-03-2022 Acta 47	Vigente	Herman Redondo Gómez	Médico Gineco - Obstetra, miembro del Colegio Médico de Cundinamarca, el Tribunal de Ética de Cundinamarca y la Academia Nacional de Medicina	30-03-2022 Acta 47
5° Miembro Principal	VACANTE	N/A	N/A	N/A	Mauricio Olivera González	Vicerrector Administrativo y Financiero Universidad de los Andes	03-10-2024 Acta 57

Cargo	Nombre	Cargo	Nombramiento	Vigencia	Nombre	Cargo	Nombramiento
1º miembro Suplente	VACANTE	N/A	N/A	N/A	Luis Alexander Moscoso Osorio	Subsecretario de Servicios de Salud y Aseguramiento. Secretaría Distrital de Salud	23-02-2024 Acta 55
2º Miembro Suplente	Esperanza Cardona Hernandez	ExDirectora Jurídica Secretaría Distrital de Salud	24-05-2023 Acta 52	3/10/2024	Olga Liliana Sandoval Rodriguez	Subsecretario de Despacho Secretaría Distrital de Hacienda	03-10-2024 Acta 57
3º Miembro Suplente	José Antonio Cruz Velandia	Asesor de despacho de la Secretaría de Integración social	30-03-2021 Acta 44 30-03-2022 Acta 47	Vigente	Laura Alejandra Contreras Salazar	Jefe Oficina Jurídica Secretaría Distrital de Integración Social	30-03-2022 Acta 47
4º Miembro Suplente	Manuel Alfredo Gonzalez Mayorga	Subsecretario de Salud Pública	10-02-2020 Acta 42 30-03-2022 Acta 47	3/10/2024	Martha Milena Porrás Salas	Subdirectora Asuntos Corporativos Virrey Solís IPS	03-10-2024 Acta 57
5º Miembro Suplente	Blanca Ines Rodríguez Granados	Jefe de la oficina Jurídica de la Secretaría Distrital de Salud	31-03-2020 Acta 43	23/02/2024	Melissa Triana Luna	Jefe Oficina Asesora Jurídica - Secretaría Distrital de Salud	23-02-2024 Acta 55

4.1 Miembros de la Junta Directiva de Capital Salud EPS-S que integran las Juntas Directivas de las entidades subordinadas o que ocupan puestos ejecutivos en estas.

Capital Salud EPS-S no es grupo empresarial por lo tanto este ítem no aplica para los miembros de la Junta Directiva de la Entidad.

4.2 Políticas aprobadas por la Junta Directiva

Con el propósito de fortalecer el Gobierno Organizacional, en el año 2024 la Junta Directiva aprobó y actualizó los siguientes documentos:

- Aprobación de los Estados Financieros 2023 - Acta 158 del 22 de marzo del 2024.
- Aprobación del Código de Conducta y Buen Gobierno – Acta 161 del 17 de mayo del 2024.
- Aprobación del Manual de Gestión de Riesgos Actuarial – Acta 161 del 17 de mayo del 2024
- Aprobación de la actualización del Manual de Contratación y Supervisión – Acta 161 del 17 de mayo del 2024
- Aprobación del Cierre Presupuestal vigencia 2023 – Acta 161 del 17 de mayo del 2024
- Aprobación del PEI 2025-2028 - Acta 168 del 13 y 23 de diciembre de 2024.
- Aprobación de conformación de comités de obligatorio cumplimiento de la Junta Directiva – Acta No. 168 del 13 y 23 de diciembre 2024.

4.3 Proceso de nombramiento de los Miembros de la Junta Directiva

De acuerdo con los lineamientos y requisitos establecidos en los estatutos de Capital Salud EPS-S en el artículo 40 el proceso de nombramiento de los directores de la Junta es el siguiente:

ARTÍCULO 40.- INTEGRACIÓN: La Junta Directiva de la Sociedad estará integrada por cinco (5) miembros principales y cinco (5) suplentes personales, cuerpo colegiado que deberá reflejar la mayoría accionaria del Distrito Capital. El Representante Legal de la Sociedad no será miembro de la Junta Directiva, pero asistirá a todas las reuniones con voz, pero sin voto, y no recibirá remuneración especial por su asistencia. Los miembros de Junta Directiva serán designados por la Asamblea General de Accionistas para periodos de dos (2) años, los cuales pueden ser reelegidos indefinidamente.

En el evento de renunciaciones o faltas absolutas de uno o varios directores principales o suplentes, los demás miembros de la Junta Directiva continuarán en ejercicio de sus cargos sin solución de continuidad en el funcionamiento de la Junta Directiva si con quienes continúan se conserva el quórum, y la Asamblea General de Accionistas elegirá los respectivos reemplazos de acuerdo con la ley. Los directores principales o suplentes conservarán y ejercerán sus funciones de directores hasta que una nueva Junta sea elegida por la Asamblea General de Accionistas.

De acuerdo con el P10-LJ Procedimiento de evaluación de candidatos del máximo órgano la administración se deberá verificar que cada uno de los miembros designados firmen la declaración de inhabilidades e incompatibilidades de acuerdo con el Decreto 973 de 1994 y Ley 1148 de 2007 cada dos (02) años, adicionalmente de hacer el registro correspondiente en la Cámara de Comercio.

4.4 Política de remuneración de la Junta Directiva.

La Asamblea General aprobó la política de remuneración a los miembros principales de Junta Directiva en el Acta No. 37 del 6 de noviembre de 2018, estableciendo como monto dos (02) salarios mínimos legales vigentes, para el caso de los suplentes únicamente se pagarán honorarios cuando funjan como miembros principales.

4.5 Remuneración de la Junta Directiva y miembros de la Alta Gerencia.

De acuerdo con las políticas establecidas en los Estatutos Sociales, la Asamblea general de accionistas fija la remuneración de los Miembros de la Junta Directiva y a su vez la Junta Directiva es la encargada de fijar la remuneración de los miembros de la Alta Gerencia.

4.6 Quórum de la Junta Directiva.

De acuerdo con lo establecido en los Estatutos Sociales de Capital Salud EPS-S, la Junta Directiva deliberará con un quórum constituido con la presencia de tres (3) de los Miembros que cumplan funciones de principales, y adoptará decisiones con el voto afirmativo de una mayoría simple de los miembros presentes que cumplan funciones de principales, salvo que en los Estatutos requieran una mayoría calificada para ciertas decisiones.

4.7 Datos de asistencia a las reuniones de la Junta Directiva y de los Comités.

4.7.1. Junta Directiva

La asistencia de los Miembros de Junta Directiva a las reuniones realizadas en la vigencia 2024 fue completa al 87%, detallado así:

Vigencia 2024		Asistencia		Principales y Suplentes	Invitados
Acta No.	Fecha	Principales	Suplentes	% Participación	
157	12-mar-24	4		80%	10
158	22-mar-24	4	1	100%	12
159	15-abr-24	4		80%	0
160	16-abr-24	4		80%	5
161	17-may-24	4		80%	10
162	11-jul-24	4		80%	7
163	16-ago-24	4		80%	9
164	19-sep-24	4		80%	9
165	25-sep-24	4		80%	5
166	11-oct-24	4	1	100%	10

Vigencia 2024		Asistencia		Principales y Suplentes	Invitados
Acta No.	Fecha	Principales	Suplentes	% Participación	
167	25-nov-24	4	2	100%	2
168	13-12-24 y 23-12-24	5	2	100%	12

Fuente: Actas junta directiva legalizadas vigencia 2024

4.7.2. Comité de Contraloría Interna

El comité sesiona trimestralmente de acuerdo con el reglamento de este y en cumplimiento con la normatividad vigente; durante la vigencia 2024 sesionado 7 veces (4 ordinarios y 3 extraordinarios) con una participación en promedio de 100% de los miembros, como se muestra a continuación:

Vigencia 2024		Asistencia		Principales y Suplentes	Invitados
Acta No.	Fecha	Principales	Suplentes	% Participación	
01	15-feb-2024	4	2	100%	0
02	18-feb-2024	6	0	100%	0
03	27-may-2024	2	4	100%	2
04	29-ago-2024	5	1	100%	0
05	6 y 19-sep-2024	6	0	100%	3
06	20-nov-2024	6	0	100%	0
07	19-dic-2024	4	0	100%	1

Durante la vigencia 2024 se revisaron los siguientes temas:

- Definición y aprobación del plan de trabajo del Comité de Contraloría Interna 2024.
- Aprobación del informe de Gobierno Organizacional.
- Revisión de los estados financieros de cierre de vigencia 2023.
- Revisión del informe de gestión financiera de estados financieros de períodos intermedios 2024.
- Revisión del informe de Dictamen Estados Financieros 2023.
- Aprobación Plan Anual de Auditoría 2024.
- Revisión del Plan de Trabajo Oficina de Control Interno.
- Revisión informe del Sistema de Control Interno.
- Revisión informe de resultados y Gestión de Atención al Usuario, PQRD.
- Revisión informe de Resultados Índice de Transparencia.
- Revisión resultados Medición del Desempeño Institucional (FURAG).
- Revisión de las políticas, criterios y prácticas que utilizará la entidad en la construcción, revelación y divulgación de su información financiera y contable.
- Revisión de los mecanismos para consolidar la información de los órganos de control de la entidad para la presentación de la información a la Junta Directiva.
- Revisión de la estructura, procedimientos y metodologías necesarios para el funcionamiento del SCI.
- Revisión de las propuestas relacionadas con las responsabilidades y atribuciones asignadas a los diferentes cargos y áreas respecto de la administración del SCI, incluyendo la gestión de riesgos.
- Revisión de la evaluación de 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 de terceros que administre o custodie, y si existen controles para verificar que las transacciones están siendo adecuadamente autorizadas y registradas.

- Revisión y seguimiento de auditoría sobre áreas tales como atención al usuario y sistemas de respuesta a los afiliados.
- Revisión 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.
- Estudio de los estados financieros y elaboración de informe correspondiente para someterlo a consideración de la Junta Directiva, con base en la evaluación no sólo de los proyectos correspondientes, con sus notas, sino también de los dictámenes, observaciones de las entidades de control, resultados de las evaluaciones efectuadas por los Comités competentes y demás documentos relacionados con los mismos.
- Supervisión de las funciones y actividades del Departamento de Contraloría Interna de la entidad u órgano que haga sus veces, con el objeto de determinar su independencia y objetividad en relación con las actividades que audita, determinar la existencia de limitaciones que impidan su adecuado desempeño y verificar si el alcance de su labor satisface las necesidades de control de la entidad.
- Evaluación de los informes de control interno practicados por el Auditor o Contralor Interno, u otras instancias de control interno establecidas legalmente o en los reglamentos internos, verificando que la administración haya atendido sus sugerencias y recomendaciones.
- Seguimiento al cumplimiento de las instrucciones dadas por la Junta Directiva u órgano equivalente, en relación con el SCI.
- Solicitud de los informes que considera convenientes para el adecuado desarrollo de sus funciones.
- Analizó el funcionamiento de los sistemas de información, su confiabilidad e integridad para la toma de decisiones.
- Revisión de las posibles operaciones que se planean celebrar con Partes Vinculadas, para verificar que las mismas se realicen en condiciones de mercado.
- Revisión de la socialización del Informe de Auditoría Avance y efectividad en la implementación del Sistema de Gestión del Riesgo y los Subsistemas que lo componen.
- Análisis de las competencias del comité frente al derecho de petición solicitado por la Dirección de Talento Humano.
- Análisis y respuesta al derecho de petición solicitado por la Dirección de Talento Humano.

4.7.3. Comité de Gobierno Organizacional

El comité sesiona semestralmente de acuerdo con el reglamento de este y en cumplimiento con la normatividad legal vigente; durante la vigencia 2024 sesionó 3 veces con una participación del 100% de los integrantes principales.

Vigencia 2024		Asistencia		Principales y Suplentes	Invitados
Acta No.	Fecha	Principales	Suplentes	% Participación	
01	26-ene-24	5	1	100%	1
02	11-jun-24	5	1	100%	0
03	13-ago-24	6	0	100%	1

Donde se desarrollaron las siguientes actividades:

- Aprobación del plan del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) 2024
- Presentación y aprobación del Reglamento Interno del Comité
- Presentación Cronograma de temas a trabajar en los comités semestrales
- Política de Nombramientos y Retribuciones
- Procedimiento para la Selección de Gerente General y criterios objetivos por los cuales la entidad contrata a sus principales ejecutivos
- Informe de actualización botón de transparencia y acceso a la información pública
- Actualización del código de conducta y buen gobierno.
- Revisión las modificaciones a los Estatutos debido a la gestión de capitalización por parte del distrito.

4.7.4. Comité de Riesgos

El comité sesiona trimestralmente de acuerdo con el reglamento establecido en cumplimiento con la normatividad legal vigente; durante la vigencia 2024 sesiono 4 veces con una participación en promedio de 100% como se muestra a continuación:

Vigencia 2024		Asistencia		Principales y Suplentes	Invitados
Acta No.	Fecha	Principales	Suplentes	% Participación	
26	29-feb-24	3	4	87,5%	4
27	29-may-24	2	5	87,5%	2
28	28-ago-2	6	2	100%	4
29	29-nov-24	6	2	100%	11

Es importante aclarar que en los comités de febrero y mayo no se obtiene una participación del 100% debido a que la Junta Directiva no había designado el miembro delegado para el comité.

Las actividades desarrolladas fueron:

- Presentar matrices de riesgos de: Red y Contratación, Gestión de Contratación, Supervisión Contractual, Seguridad del Paciente, Gestión Contable, Gestión de Afiliaciones y Novedades BDUA, Defensa Judicial, Gestión de Cuentas Médicas, y Gestión de Rías y Cohortes, Acciones Constitucionales.
- Realizar presentación de la matriz de riesgos y controles de Reserva Técnica, así mismo informar los resultados de las pruebas de tensión (stress test) por la Actuaría de la entidad.
- Realizar presentación de la matriz de riesgos y controles de Atención al Usuario subproceso PQRDS.
- Presentar la actualización documental referente al Ciclo de Gestión del Riesgo.
- Socializar los informes de la Oficina de Gestión de Riesgos del (Cuarto trimestre del 2023, Primer, segundo y tercer cuatrimestre de 2024)
- Presentar informe de seguimiento al sistema de gestión del riesgo y subsistemas de administración de riesgos por parte de la oficina de Control Interno.
- Presentar observaciones frente a las auditorías especiales.

4.8 Funciones claves del presidente y secretario de la junta

En cumplimiento con lo establecido en el reglamento de la Junta Directiva, en el Artículo 7 serán funciones y principales responsabilidades del presidente de la Junta Directiva las siguientes:

1. Procurará que la Junta Directiva fije e implemente eficientemente la dirección estratégica de la sociedad.
2. Impulsar la acción de gobierno de la Sociedad, actuando como enlace entre la Asamblea General de Accionistas y la Junta Directiva.
3. Planificar el funcionamiento de la Junta Directiva mediante el establecimiento de un plan anual de trabajo, con base en el que sea propuesto por la Administración
4. Presidir las reuniones y dirigir los debates.
5. Velar por la ejecución de las decisiones adoptadas por la Junta Directiva, los Acuerdos que sean expedidos y efectuar el seguimiento de los compromisos establecidos en cada una de las sesiones.
6. Autorizar la presencia de funcionarios de la Sociedad o invitados especiales en la sesión para la deliberación de asuntos específicos.
7. Mantener constante comunicación con el Representante Legal Principal de la Sociedad a fin de monitorear el cumplimiento de los compromisos y acuerdos contraídos.
8. Suscribir con la secretaria de la Junta Directiva las actas que se elaboren en cada una de las reuniones que se desarrollen.

9. Liderar el cumplimiento de las funciones asignadas a la Junta Directiva en los Estatutos Sociales, con el establecimiento del cronograma de las reuniones y asuntos a desarrollar en cada reunión ordinaria o extraordinaria
10. Garantizar el asentamiento de las actas en el libro correspondiente.
11. Certificar la asistencia de los miembros a las reuniones ordinarias y extraordinarias de la Junta Directiva.
12. Las demás que convengan el buen funcionamiento de la sociedad y de la Junta Directiva.

De acuerdo con el Reglamento de la Junta Directiva en el Artículo 8 establece que la secretaría de la Junta Directiva la ejercerá la Secretaria General y Jurídica de la entidad, o quien haga sus veces, quien tendrá las siguientes funciones:

1. Hacer la convocatoria a las reuniones, de acuerdo con el cronograma anual de las sesiones ordinarias de la Junta Directiva y el correspondiente plan anual de trabajo.
2. Preparar el orden del día propuesto de los asuntos que serán tratados en cada sesión, remitirlo junto con la convocatoria de la reunión, sea esta ordinaria o extraordinaria.
3. Levantar las actas de las sesiones de Junta Directiva, someterlas a aprobación en la siguiente reunión y en caso de ser aprobadas firmarlas conjuntamente con el presidente de la Junta Directiva, consignándolas en el libro respectivo, que quedará bajo su responsabilidad.
4. Hacer seguimiento a los compromisos asumidos en las diferentes sesiones de la Junta Directiva.
5. Conservar la documentación social, reflejar debidamente en los libros de actas el desarrollo de las sesiones, y dar fe de los acuerdos y actas de la Junta Directiva.
6. Velar por la legalidad formal de las actuaciones de la Junta Directiva y garantizar que sus procedimientos y reglas de gobierno sean respetados y regularmente revisados, de acuerdo con lo previsto en los Estatutos y demás normativa de la Sociedad.
7. Propender por el cumplimiento de los compromisos adquiridos por el Representante Legal de la Sociedad y el equipo con la Junta Directiva, suministrando la información pertinente oportunamente.
8. Proyectar certificación de la asistencia de los miembros a las reuniones ordinarias y extraordinarias de la Junta Directiva, de acuerdo con las directrices del presidente para tal fin.
9. Proyectar y suscribir los extractos de actas que sean necesarias para los trámites ante las autoridades administrativas y judiciales, con apego al contenido original de éstas.
10. Preparar el contenido del informe de gestión de la Junta Directiva y someterlo a consideración de sus integrantes en el primer semestre de cada año.

4.9 Relaciones durante el año de la Junta Directiva con el Revisor Fiscal, analistas financieros, bancas de inversión y agencias de calificación

Durante la vigencia 2024, la firma de revisoría fiscal Baker Tilly Colombia Ltda. presentó a la Junta Directiva el informe de dictamen a los estados financieros de la vigencia 2023 acta No. 158 del 22 de marzo del 2024 y acta No. 161 del 17 de mayo de 2024, en la cual se precisa la situación contable de la EPS, condiciones financieras, cuentas por pagar, cuentas por cobrar, siniestralidad entre otros.

4.10 Asesoramiento externo recibido por la Junta Directiva

La Junta Directiva no recibió asesoría externa en la vigencia 2024.

4.11 Manejo de la información de la Junta Directiva

Teniendo en cuenta que la Junta Directiva es un órgano societario administrativo, que tiene a su cargo la toma de decisiones relacionadas con el objeto social de la EPS, se les envía la información solicitada a los miembros de Junta Directiva, para que al momento de sesionar tengan conocimiento de los temas a tratar y puedan ejercer su derecho de inspección.

5. ACTIVIDADES DE LOS COMITÉS DE LA JUNTA DIRECTIVA

5.1. Comité de Contraloría Interna

Apoya 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, las funciones y actividades realizadas durante la vigencia 2024 fueron:

Funciones:

- Establecer las políticas, criterios y prácticas que utilizará la entidad en la construcción, revelación y divulgación de su información financiera y contable.
- Definir mecanismos para consolidar la información de los órganos de control de la entidad para la presentación de la información a la Junta Directiva.
- Proponer para aprobación de la Junta Directiva u órgano que haga sus veces, la estructura, procedimientos y metodologías necesarios para el funcionamiento del SCI.
- Presentarle a la Junta Directiva o al órgano que haga sus veces, las propuestas relacionadas con las responsabilidades y atribuciones asignadas a los diferentes cargos y áreas respecto de la administración del SCI, incluyendo la gestión de riesgos.
- 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 de terceros que administre o custodie, y si existen controles para verificar que las transacciones están siendo adecuadamente autorizadas y registradas.
- Establecer planes de auditoría sobre áreas tales como atención al usuario y sistemas de respuesta a los afiliados.
- 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.
- Estudiar los estados financieros y elaborar el informe correspondiente para someterlo a consideración de la Junta Directiva, con base en la evaluación no sólo de los proyectos correspondientes, con sus notas, sino también de los dictámenes, observaciones de las entidades de control, resultados de las evaluaciones efectuadas por los Comités competentes y demás documentos relacionados con los mismos.
- Supervisar las funciones y actividades del Departamento de Contraloría Interna de la entidad u órgano que haga sus veces, con el objeto de determinar su independencia y objetividad en relación con las actividades que audita, determinar la existencia de limitaciones que impidan su adecuado desempeño y verificar si el alcance de su labor satisface las necesidades de control de la entidad.
- Evaluar los informes de control interno practicados por el Auditor o Contralor Interno, u otras instancias de control interno establecidas legalmente o en los reglamentos internos, verificando que la administración haya atendido sus sugerencias y recomendaciones.
- Hacer seguimiento al cumplimiento de las instrucciones dadas por la Junta Directiva u órgano equivalente, en relación con el SCI.
- Solicitar los informes que considere convenientes para el adecuado desarrollo de sus funciones.
- Analizar el funcionamiento de los sistemas de información, su confiabilidad e integridad para la toma de decisiones.
- Emitir concepto, mediante un informe escrito, respecto de las posibles operaciones que se planean celebrar con Partes Vinculadas, para lo cual deberá verificar que las mismas se realicen en condiciones de mercado.
- Elaborar el informe que la Junta Directiva deberá presentar al Máximo Órgano Social respecto al funcionamiento del SCI, el cual deberá incluir entre otros aspectos:
- Las políticas generales establecidas para la implementación del SCI de la entidad.

- El proceso utilizado para la revisión de la efectividad del SCI, con mención expresa de los aspectos relacionados con la gestión de riesgos.
- Las actividades más relevantes desarrolladas por el Comité de Contraloría Interna.
- Las deficiencias materiales detectadas, las recomendaciones formuladas y las medidas adoptadas, incluyendo entre otros temas aquellos que pudieran afectar los estados financieros y el informe de gestión.
- Las observaciones formuladas por los órganos de supervisión y las sanciones impuestas, cuando sea del caso.
- Si existe un Departamento de Contraloría Interna o área equivalente, presentar la evaluación de la labor realizada por el mismo, incluyendo entre otros aspectos el alcance del trabajo desarrollado, la independencia de la función y los recursos que se tienen asignados. En caso de no existir, señalar las razones concretas por las cuales no se ha considerado pertinente contar con dicho departamento o área.
- Las demás que le fije la Junta Directiva, en su reglamento interno.

Actividades realizadas:

- Definición y aprobación del plan de trabajo del Comité de Contraloría Interna 2024.
- Aprobación del informe de Gobierno Organizacional.
- Revisión de los estados financieros de cierre de vigencia 2023.
- Revisión del informe de gestión financiera de estados financieros de períodos intermedios 2024.
- Revisión del informe de Dictamen Estados Financieros 2023.
- Aprobación Plan Anual de Auditoría 2024.
- Revisión del Plan de Trabajo Oficina de Control Interno.
- Revisión informe del Sistema de Control Interno.
- Revisión informe de resultados y Gestión de Atención al Usuario, PQRD.
- Revisión informe de Resultados Índice de Transparencia.
- Revisión resultados Medición del Desempeño Institucional (FURAG).
- Revisión de las políticas, criterios y prácticas que utilizará la entidad en la construcción, revelación y divulgación de su información financiera y contable.
- Revisión de los mecanismos para consolidar la información de los órganos de control de la entidad para la presentación de la información a la Junta Directiva.
- Revisión de la estructura, procedimientos y metodologías necesarios para el funcionamiento del SCI.
- Revisión de las propuestas relacionadas con las responsabilidades y atribuciones asignadas a los diferentes cargos y áreas respecto de la administración del SCI, incluyendo la gestión de riesgos.
- Revisión de la evaluación de 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 de terceros que administre o custodie, y si existen controles para verificar que las transacciones están siendo adecuadamente autorizadas y registradas.
- Revisión y seguimiento de auditoría sobre áreas tales como atención al usuario y sistemas de respuesta a los afiliados.
- Revisión 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.
- Estudio de los estados financieros y elaboración de informe correspondiente para someterlo a consideración de la Junta Directiva, con base en la evaluación no sólo de los proyectos correspondientes, con sus notas, sino también de los dictámenes, observaciones de las entidades de control, resultados de las evaluaciones efectuadas por los Comités competentes y demás documentos relacionados con los mismos.
- Supervisión de las funciones y actividades del Departamento de Contraloría Interna de la entidad u órgano que haga sus veces, con el objeto de determinar su independencia y objetividad en relación con las actividades que audita, determinar la existencia de limitaciones

que impidan su adecuado desempeño y verificar si el alcance de su labor satisface las necesidades de control de la entidad.

- Evaluación de los informes de control interno practicados por el Auditor o Contralor Interno, u otras instancias de control interno establecidas legalmente o en los reglamentos internos, verificando que la administración haya atendido sus sugerencias y recomendaciones.
- Seguimiento al cumplimiento de las instrucciones dadas por la Junta Directiva u órgano equivalente, en relación con el SCI.
- Solicitud de los informes que considera convenientes para el adecuado desarrollo de sus funciones.
- Analizó el funcionamiento de los sistemas de información, su confiabilidad e integridad para la toma de decisiones.
- Revisión de las posibles operaciones que se planean celebrar con Partes Vinculadas, para lo cual deberá verificar que las mismas se realicen en condiciones de mercado.
- Revisión de la socialización del Informe de Auditoría Avance y efectividad en la implementación del Sistema de Gestión del Riesgo y los Subsistemas que lo componen.
- Análisis de las competencias del comité frente al derecho de petición solicitado por la Dirección de Talento Humano.
- Análisis y respuesta al derecho de petición solicitado por la Dirección de Talento Humano.

Miembros Internos

- Director Administrativo y Financiero.
- Directora de Estrategia y Planeación.
- Jefe de la Oficina de Control Interno.
- Directora de Atención al Usuario.
- Director de Tecnología.

Periodicidad: Trimestral

NOTA: Es importante mencionar que, de acuerdo con el Acta 168 del 13 de diciembre de 2024, la Junta Directiva implementó ajustes relacionados con la composición y la periodicidad de las sesiones del Comité de Contraloría Interna. Se estableció que las sesiones se llevarán a cabo mensualmente, y se designó como miembros del comité a tres directores externos a la EPS-S. Además, se nombró secretaria del comité a la Dirección de Estrategia y Planeación, representada por la ingeniera Luz Helena Calderón Fonseca.

5.2. Comité de gobierno organizacional

Conformado por directores y expertos delegados por la junta directiva con conocimientos en gobierno organizacional en el cual apoyara en la definición de una política de nombramientos y retribuciones, así como garantizar el acceso a información veraz y oportuna sobre la entidad.

Con el objeto de garantizar una mayor transparencia, solidez, competitividad y productividad de cara a los clientes, accionistas, terceros vinculados, proveedores, intermediarios y empleados, adopta el presente reglamento del Comité de Gobierno Organizacional, propendiendo por las mejores prácticas para la sociedad

Las funciones y actividades desarrolladas de acuerdo con la normatividad vigente son:

- Apoyar a la misma en la definición de una política de nombramientos y retribuciones.
- Garantizar el acceso a información veraz y oportuna sobre la entidad.
- Apoyar la evaluación anual del desempeño por parte de la junta directiva, de los órganos de gestión y control interno.
- Apoyar el seguimiento de negociaciones con terceros, incluidas las entidades que hacen parte del mismo conglomerado empresarial.

- Propender porque los miembros del máximo órgano social los afiliados y el público en general tengan acceso de manera completa, veraz y oportuna a la información de CAPITAL SALUD EPS-S SAS que deba revelarse.
- Revisar y evaluar la manera en que la Junta Directiva dio cumplimiento a sus deberes durante el período.
- Monitorear las negociaciones realizadas por integrantes de la Junta Directiva con acciones, cuotas o partes de interés de la entidad o por otras entidades del mismo Grupo Empresarial.
- Supervisar el cumplimiento de la política de remuneración de los administradores.
- Revisar el desempeño de la Alta Gerencia, entendiendo por ella al Gerente General y a los funcionarios del grado inmediatamente anterior.
- Proponer una política de remuneraciones y salarios para los empleados de la entidad, incluyendo la Gerencia y Directivos.
- Proponer el nombramiento y remoción del presidente, Gerente General o cargo equivalente, así como su remuneración.
- Revisar que las prácticas de Buen Gobierno de la compañía, la conducta y el comportamiento empresarial y administrativo se ajusten a las medidas contenidas en el Código de Conducta y Buen Gobierno de la entidad.
- Estudiar las propuestas de reforma de los Estatutos y del Código de Conducta y Buen Gobierno presentadas por el Gerente General, en las cuales se compilan todas las normas y disposiciones vigentes y velar por su efectivo cumplimiento.
- Las demás que le sean asignadas por la Junta Directiva

Donde se desarrollaron las siguientes actividades:

- Aprobación del plan del Programa de Transparencia y Ética Pública 2024
- Presentación y aprobación del Reglamento Interno del Comité
- Presentación Cronograma de temas a trabajar en los comités semestrales
- Política de Nombramientos y Retribuciones
- Procedimiento para la Selección de Gerente General y criterios objetivos por los cuales la entidad contrata a sus principales ejecutivos
- Informe de actualización botón de transparencia y acceso a la información pública
- Actualización del código de conducta y buen gobierno.
- Propuestas de reforma de los Estatutos y del Código de Conducta y Buen Gobierno presentadas por el Gerente General.

Miembros Internos

- Director(a) de Talento Humano
- Director(a) de Estrategia y Planeación
- Director(a) Jurídica
- Director(a) de Tecnología
- Jefe Oficina de Control Interno
- Delegado/a Junta Directiva

Periodicidad: Semestral

5.3. Comité de riesgos

Liderar la implementación y desarrollar el monitoreo de la política y estrategia de la gestión de riesgos en la EPS, basado en la C.E. 007/2017, C.E. 004/2018, C.E. 5-5/2021 y normas que las modifiquen.

Durante el 2024 se realizaron cuatro (4) reuniones del comité de riesgos, se mantuvo para los comités de carácter ordinario una periodicidad trimestral, las actividades realizadas durante la vigencia 2024 fueron:

- Presentar matrices de riesgos de: Red y Contratación, Gestión de Contratación, Supervisión Contractual, Seguridad del Paciente, Gestión Contable, Gestión de Afiliaciones y Novedades

BDUA, Defensa Judicial, Gestión de Cuentas Médicas, y Gestión de Rías y Cohortes, Acciones Constitucionales.

- Realizar presentación de la matriz de riesgos y controles de Reserva Técnica, así mismo informar los resultados de las pruebas de tensión (stress test) por la Actuaría de la entidad.
- Realizar presentación de la matriz de riesgos y controles del proceso de Servicio al Ciudadano subproceso Gestión de PQRD.
- Presentar la actualización documental referente a: Política de Gestión del Riesgo, Manual del Sistema de Gestión del Riesgo, Procedimiento Eventos de Riesgo Materializado, Instructivo del Formato de Conocimiento del Cliente - SARLAFT/PADM, Procedimiento Identificación, Vinculación y Seguimiento de PEP, Procedimiento de Conocimiento, Actualización y Reporte de Proveedores y Trabajadores, y Procedimiento de Reportes de Información a la UIAF.
- Socializar los informes de la Oficina de Gestión de Riesgos del Cuarto trimestre del 2023, Primer, segundo y tercer trimestre de 2024.
- Presentar informe de seguimiento al sistema de gestión del riesgo y subsistemas de administración de riesgos por parte de la oficina de Control Interno.
- Presentar observaciones frente a las auditorías especiales.

Funciones del Comité de Riesgos:

En cumplimiento a la Circular Externa 007 de 2017 de la Superintendencia Nacional de Salud, Las funciones del Comité de Riesgos son:

1. Establecer estrategias para prevenir y mitigar los riesgos en Salud.
2. Identificar, medir, caracterizar, supervisar y anticipar, mediante metodologías, la gestión de riesgos y sus Subsistemas.
3. Establecer medidas prudenciales para la correcta constitución de la reserva técnica, velar por la suficiencia patrimonial, condiciones de habilitación financiera
4. Supervisar los procesos de atención al usuario, medir y evaluar su funcionamiento. Seguimiento y análisis de quejas y reclamos.

En cumplimiento a la Circular Externa 004 de 2018 de Superintendencia Nacional de Salud, las funciones al comité de Riesgos:

1. Evaluar y formular a la Junta Directiva o quien haga sus veces, las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos a los que se expone la EPS, para mitigar su impacto, presentadas y diseñadas por el área de gestión de riesgos. Asimismo, las actualizaciones a las que haya lugar.
2. Velar por el efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento del ciclo general de gestión de riesgos, incluyendo todas las etapas que se mencionaron en el numeral "VII. Ciclo General de Gestión de Riesgos" (Medida 18.1-Circular Externa 004 de 2018), para cada uno de los riesgos identificados.
3. Evaluar y formular a la Junta Directiva o quien haga sus veces, los ajustes o modificaciones necesarios a las políticas de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos, presentadas y diseñadas por el área de gestión de riesgos.
4. Evaluar y proponer a la Junta Directiva o quien haga sus veces, el manual de procesos y procedimientos y sus actualizaciones, a través de los cuales se llevarán a la práctica las políticas aprobadas para la implementación de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos.
5. Identificar las consecuencias potenciales que pueda generar la materialización de los diferentes riesgos sobre las operaciones que realiza la EPS.
6. Evaluar los límites de exposición para cada uno de los riesgos identificados, y presentar a la Junta Directiva y al Representante Legal, las observaciones o recomendaciones que considere pertinentes, presentadas y diseñadas por el área de gestión de riesgos.
7. Objetar la realización de aquellas operaciones que no cumplan con las políticas o límites de riesgo establecidas por la EPS o grupo empresarial oficialmente reconocido al cual esta pertenezca. Cabe resaltar que de acuerdo con las políticas que establezca la EPS, cada

instancia podrá tener diferentes atribuciones para aprobar operaciones que incumplan las políticas establecidas inicialmente por la EPS y que violen los límites de exposición para cada uno de los riesgos identificados.

8. Conocer y discutir los resultados de las pruebas de tensión (stress test) en el caso que apliquen y el plan de acción a ejecutar con base en ellos para informarlo a la Junta Directiva, Consejo de Administración u órgano que haga sus veces.
9. Informar a la Junta Directiva y al Representante Legal sobre los siguientes aspectos:
 - El comportamiento y los niveles de exposición de la EPS a cada uno de los riesgos (como mínimo los riesgos prioritarios), así como las operaciones objetadas.
 - Los informes sobre la exposición de riesgo deben incluir un análisis de sensibilidad por escenarios y pruebas bajo condiciones extremas basadas en supuestos razonables (stress testing).
 - Las desviaciones con respecto a los límites de exposición de riesgo previamente establecidos, si se presentan (posibles incumplimientos frente a los límites), operaciones poco convencionales o por fuera de las condiciones de mercado y las operaciones con vinculados.
 - Validar e informar a la Junta Directiva y al Representante Legal, el avance en los planes de acción y de mejoramiento, para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a temas relacionados con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

Miembros Internos

- Coordinador/a Modelo de Gestión del Riesgo en Salud
- Delegado/a Junta Directiva
- Director(a) Administrativo y Financiero
- Director(a) de Estrategia y Planeación
- Director(a) Médico
- Jefe Oficina de Control Interno
- Jefe Oficina de Gestión del Riesgo
- Profesional en Actuaría o Economía, Matemáticas o Estadística.

Periodicidad: Trimestral

5.4. Información sobre la realización de los procesos de evaluación de la Junta Directiva y de la Alta Gerencia, así como síntesis de los resultados.

Los miembros de Junta Directiva presentan el cumplimiento mediante el desarrollo de las funciones establecidas en el reglamento de Junta Directiva y su participación en los comités de obligatorio cumplimiento conforme lo expuesto en el numeral 4.2 Políticas aprobadas por la Junta Directiva y 4.7 Datos de asistencia a las reuniones de la Junta Directiva y de los Comités y 5. Actividades de los comités de la junta directiva.

Síntesis de Resultados – Vigencia 2024

- **8 políticas aprobadas.**
- **Participación en juntas:** Promedio de asistencia del 87% en 12 sesiones realizadas.
- **Cumplimiento de sesiones:** 100% (se requerían 6 y se realizaron 12).
- **Designación de comités:** 100% de los miembros de junta asignados a los 3 comités de obligatorio

5.5. OPERACIONES CON PARTES VINCULADAS

- a. **Atribuciones de la Junta Directiva sobre este tipo de operaciones y situaciones de conflictos de interés.**

Conforme con los numerales 6 y 7 del Artículo 16 deberes, del Capítulo 5 Deberes, responsabilidades, derechos y conflictos interés del reglamento de la Junta Directiva los miembros de Junta Directiva deberán revelar los conflictos de interés en los que puedan verse incursos, para la vigencia 2024 no se evidenciaron situaciones de conflictos de interés en la entidad.

b. Revelación de información sobre propiedad indirecta, es decir la revelación de las diferentes capas de propiedad indirecta y control indirecto, con el fin de identificar Partes Vinculadas que no son evidencias en los propietarios directos o en los miembros del Máximo Órgano Social.

Para la vigencia 2024 no se evidenciaron situaciones de conflictos de interés en la entidad.

c. Detalle de las operaciones con Partes Vinculadas más relevantes a juicio de la entidad, incluidas las operaciones entre entidades del Grupo Empresarial.

Capital Salud EPS-S no es grupo empresarial por lo tanto este ítem no aplica para los miembros de la Junta Directiva de la Entidad.

d. Conflictos de interés presentados y actuaciones de los Directores de la Junta Directiva.

Para la vigencia 2024 no se evidenciaron situaciones de conflictos de interés en la entidad.

e. Mecanismos para resolver conflictos de interés entre entidades del mismo Grupo Empresarial y su aplicación durante el ejercicio.

Capital Salud EPS-S no es grupo empresarial por lo tanto este ítem no aplica para los miembros de la Junta Directiva de la Entidad.

6. SISTEMAS DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN DE RIESGOS

6.1. Explicación del Sistema de Control Interno (SCI) de la Sociedad

Capital Salud EPS-S ha establecido un Sistema de Control Interno (SCI) como parte integral de su estructura organizativa, con el propósito de garantizar un grado de seguridad razonable en la consecución de sus objetivos y prevenir posibles riesgos que puedan afectar a la entidad. Este sistema se integra a través del Modelo Estándar de Control Interno (MECI), siendo la séptima dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), lo cual es fundamental para asegurar el cumplimiento de los objetivos institucionales.

La creación del Sistema de Control Interno en Capital Salud EPS-S fue aprobada por la Junta Directiva mediante el Acta No. 97 del 19 de octubre de 2017. Este sistema se define como un conjunto de principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación, con políticas específicas para el cumplimiento de los objetivos de la entidad.

La Superintendencia Nacional de Salud también ha impartido instrucciones a través de la Circular Externa No. 07 de 2017, la cual establece la implementación de un Sistema de Control Interno para las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, como es el caso de Capital Salud EPS-S. Esta circular define el SCI como un conjunto de principios, procedimientos y mecanismos de verificación para proporcionar seguridad en la consecución de los objetivos, abarcando áreas como efectividad en operaciones, confiabilidad de la información financiera, cumplimiento de leyes y normas, salvaguarda de recursos y seguimiento a normas de garantía de calidad.

Para fortalecer el Sistema de Control Interno, Capital Salud EPS-S ha creado el Comité de Contraloría Interna, con el objetivo de apoyar el seguimiento de políticas y procedimientos, analizar salvedades generadas por el Revisor Fiscal y revisar periódicamente la Arquitectura de Control y Gestión de Riesgos. Además, posteriormente, en el año 2021 se estableció el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno como órgano asesor e instancia decisoria en asuntos de Control Interno, de acuerdo con las directrices del Departamento Administrativo de la Función Pública.

Adicionalmente, se han desarrollado políticas y guías para la implementación del Sistema de Control Interno, destacando la Guía del Sistema de Control Interno y la Política Institucional Líneas de Defensa en Gestión del Riesgo y Control. Estas establecen responsabilidades, estructuras y evaluaciones independientes del estado del sistema.

El esquema de líneas de defensa, conformado por la Línea Estratégica, la Primera Línea de Defensa (Gestión Operativa), la Segunda Línea de Defensa (Gestión del Riesgo y la Dirección de Estrategia y Planeación) y la Tercera Línea de Defensa (Oficina de Control Interno), contribuye a la seguridad razonable frente al logro de objetivos y misiones, mediante la asignación de roles y responsabilidades.

Adicionalmente, se ha avanzado en la consolidación del Sistema de Control Interno con la aprobación del Código de Ética del Auditor Interno y el Estatuto de Auditoría Interna y el Plan Anual de Auditoría, conforme al Decreto 1083 de 2015; así mismo, la Oficina de Control Interno ha implementado la Guía de Auditoría Interna basada en Riesgos para Entidades Públicas, reafirmando el compromiso de coordinar los diferentes componentes del sistema para garantizar un nivel adecuado de seguridad y evaluar el rendimiento de los sistemas gerenciales.

Así mismo; en estricto cumplimiento de lo establecido en el artículo 156 del Decreto 2106 de 2019, que modifica el artículo 14 de la Ley 87 de 1993, modificado por los artículos 9 de la Ley 1474 de 2011 y 231 del Decreto 019 de 2012, la Oficina de Control Interno de Capital Salud EPS-S, en cabeza del jefe de Control Interno, ha llevado a cabo la obligación de publicar cada seis (6) meses un informe de evaluación independiente del estado del Sistema de Control Interno.

En específico, de acuerdo con los lineamientos impartidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), el jefe de la Oficina de Control Interno de la entidad ha adelantado la evaluación independiente del Sistema de Control Interno para el primer semestre del año 2024. Los resultados detallados de estas evaluaciones han sido debidamente publicados en la página web de Capital Salud EPS-S, bajo la sección de Transparencia, específicamente en la ruta: Transparencia / 4. Planeación, Presupuesto e Informes / 4.8 Informes de la Oficina de Control Interno / 4.8.2 Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno; como se puede verificar en el siguiente enlace:

[4.8. Informes de la Oficina de Control Interno – Capital Salud EPS-S](#)

4.8. Informes de la Oficina de Control Interno

4.8.1 Informe Pormenorizado del Estado de Control Interno	Informe Evaluación Independiente SCI – I semestre 2024 Publicado el 31-07-2024.
4.8.2 Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno	Informe de Evaluación independiente del estado del SCI – II semestre 2023 publicado el 31-01-2024.
4.8.3 Seguimiento a Derechos de Autor Software y Hardware:	Informe de Evaluación independiente del estado del SCI – I semestre 2023 Publicado el 31-07-2023.
4.8.4 Seguimiento Programa de Transparencia Ética Empresarial y Pública (PTEEP)	Informe de Evaluación independiente del estado del SCI – II semestre 2022 Publicado el 31-01-2023.
4.8.5 Seguimiento de Austeridad del Gasto	- Informe de Evaluación independiente del estado del SCI – I semestre 2022 Publicado el 29-07-2022. - Informe de Evaluación independiente del estado del SCI – II semestre 2021. - Informe de Evaluación independiente del estado del SCI – I semestre 2021. - Informe de Evaluación independiente del estado del SCI – II semestre 2020. - Informe de Evaluación independiente del estado del SCI – I semestre 2020.

Los informes, disponibles para consulta pública, ofrecen un análisis exhaustivo del estado actual del Sistema de Control Interno, proporcionando a los interesados y partes involucradas información detallada sobre la eficacia, la seguridad y la eficiencia en las operaciones, la confiabilidad y transparencia de la información financiera y de salud, el cumplimiento de las leyes y normas aplicables, la salvaguarda de los recursos de la entidad y el seguimiento y verificación de las normas vigentes en garantía de la calidad.

Esta práctica transparente y proactiva refuerza el compromiso de Capital Salud EPS-S con la rendición de cuentas y la transparencia en la gestión de su Sistema de Control Interno, garantizando así una adecuada supervisión y evaluación de los resultados obtenidos en la consecución de los objetivos institucionales.

6.2. Sistema de Gestión de Riesgos

El Sistema de Gestión del Riesgo – SGR - es el conjunto estructurado de componentes relacionados entre sí que orientan la planificación, ejecución, seguimiento, control y evaluación de los riesgos.

Considerando que la Gestión del Riesgo es un proceso efectuado por la Alta Dirección de la entidad y por todo el personal como estrategia y con el propósito de proporcionar a la administración un aseguramiento razonable para la toma de decisiones con respecto al logro de los objetivos.

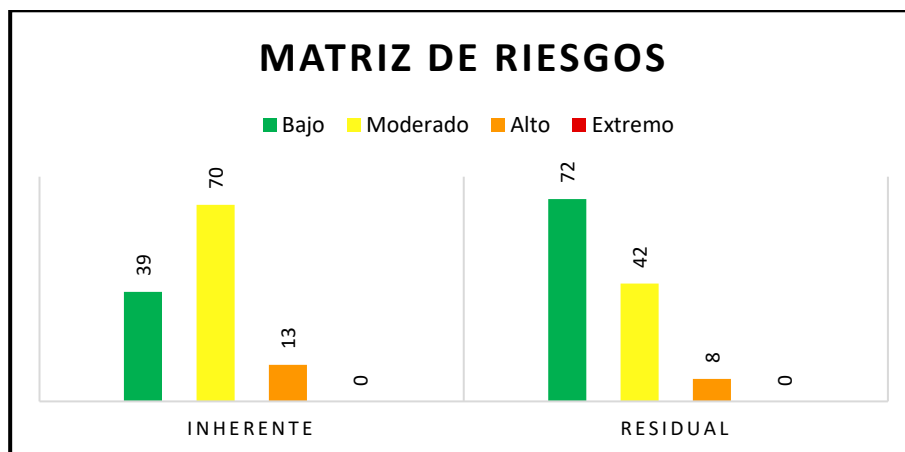
En la tabla se presenta el número de riesgos identificados en cada subsistema establecido en la entidad, aprobado en la política y el Manual de gestión del riesgo.

Clase de Riesgos	N° de Riesgos
Actuarial	10
Contagio	1
Corrupción	2
Crédito	1
Estratégico	3
Fallas en el mercado de salud	3
Financiero	5
Fraude	4
Jurídico Normativo	19
LA/FT/FPADM	2

Liquidez	8
Mercado de Capitales	0
Opacidad	2
Operacional	45
Reputacional	4
Salud	7
Soborno	1
Tecnológico	5
Total general	122

Fuente: Sistema de Gestión Integral Almera – Capital Salud EPS - S

A corte del 31 de diciembre de 2024, Capital Salud EPS-S tiene identificados 122 Riesgos y 316 controles. Los principales riesgos están clasificados en: Operacional (45), abarcando un 37% del 100% de los riesgos identificados en la entidad.



Fuente: Sistema de Gestión Integral Almera – Capital Salud EPS - S

Frente a la gráfica, se puede concluir que gracias a las 137 mesas de trabajo desarrolladas, de las cuales 67 fueron orientadas en la revisión, ajuste y valoración de Riesgos y Controles se logra que los riesgos identificados en zona baja aumentara en un 84,62% en el residual, con respecto al inherente; los riesgos identificados en zona moderada disminuyeran en un 40%; y los riesgos identificados en zona alta disminuyeran un 38,46%, permitiendo de esta manera evidenciar que de cumplirse con los controles establecidos los riesgos pueden llegar a mitigarse.

La Política de Gestión del Riesgo tiene como objetivo principal: Promover desde el enfoque de la gestión de riesgos una relación efectiva, con sentido de pertenencia y corresponsabilidad, entre los procesos de planeación, ejecución, seguimiento, control y evaluación para la adopción de decisiones oportunas dirigidas a mejorar los resultados en salud, la satisfacción de los afiliados y la gestión financiera y administrativa de la EPS. Es por tal motivo, que la oficina de Gestión del Riesgo se enfoca en trabajar de cara con los colaboradores y en cada una de las 137 mesas de trabajo desarrolladas en el 2024 se enfocó en interiorizar conceptos y conocimiento de riesgos y controles para su mitigación, las mesas de trabajo se orientaron principalmente en: revisión, ajuste y valoración de Riesgos y Controles (67), socialización y retroalimentación de los seguimientos cuatrimestrales (49), capacitación Riesgos, SARLAFT, SICOE y PTEE (6) y Seguimiento Riesgo Materializado (5).

Durante el año 2024 frente a eventos de riesgo materializado la Oficina de Gestión de Riesgo realizo en términos generales:

1. Seguimiento y cierre de 5 riesgos materializados que venían del año 2023 referentes a Gestión de Compensación y Conciliación (UGPP) y Conciliaciones y Demanda (Pago incompleto a la SNS, PAU Servita, PQRD y entrega Insumos).

2. Generación de planes de mejora y seguimiento a dos nuevos riesgos materializados, identificados en la matriz de riesgo previamente como R-077 y R-022, respectivamente los riesgos materializados son: Gestión Contable (presunta incursión en incumplimientos en la realización de la reunión de mesa de trabajo entre la investigada Capital Salud EPS-S e IPS del Meta) y Gestión de Compensación y Conciliación (UGPP).

Frente a los planes de respuesta y supervisión para los principales riesgos, la Oficina de Gestión del Riesgo prioriza todos los riesgos identificados al interior de la entidad y es por esto el desarrollo de las 137 mesas de trabajo y la invitación de los diferentes líderes de procesos a los comités de riesgo para su respectiva presentación, revisión, seguimiento, socialización y ajustes.

Observaciones realizadas por la Revisoría Fiscal:

1. *"Se evidencia que en las Políticas ni en el manual de Gestión de Riesgos el detalle de las responsabilidades asignadas al Representante Legal de conformidad con lo establecido en los literales A hasta la H del numeral 2 del capítulo II-I."*

La Oficina de Gestión del Riesgo realiza la actualización al documento Política de Gestión de Riesgos (PL01-GRI) describiendo las responsabilidades asignadas al Representante Legal de conformidad con lo establecido en los literales A hasta la H del numeral 2 del capítulo II-I. de la Circular 004 de 2018 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud – SNS.

2. *"No se evidencia la descripción de las funciones de Revisoría Fiscal frente al Sistema de Gestión de Riesgos en el Código de Ética y Buen Gobierno, como tampoco se describen en el Manual ni en la Política de Riesgos y en los Estatutos de la Entidad es una descripción general."*

La Oficina de Gestión del Riesgo actualiza el documento Política de Gestión de Riesgos (PL01-GRI) describiendo las funciones de Revisoría Fiscal frente al Sistema de Gestión de Riesgos de conformidad en lo establecido en las adiciones de la circular 007 de 2017 medida 85.1.

3. *"Observar que solo para 10 de los 99 riesgos validados, la aplicación de los controles establecidos conlleva a una reducción en el riesgo residual, disminuyendo así la probabilidad de ocurrencia del riesgo y para 14 riesgos al aplicar los controles, a pesar de quedar en la misma zona de riesgo, la probabilidad del riesgo residual disminuye. Sin embargo, en los 75 riesgos restantes, tanto el riesgo inherente como el residual permanecen en el mismo nivel."*

La Oficina de Gestión del Riesgo realiza constantemente mesas de trabajo con los líderes de proceso y colaboradores de la entidad para analizar, identificar, ajustar, actualizar y valorar los riesgos y controles por subproceso, analizando la zona de severidad del riesgo inherente y riesgo residual para garantizar la efectividad de los controles cambiando de zona de acuerdo con la probabilidad y el impacto. En la vigencia 2024 se realizaron 137 mesas de trabajo.

Así mismo, dentro del dictamen del revisor fiscal, informa la "Evaluación de Reserva Técnica (Ver nota 23.6)" en el cual, el saldo por este concepto al 31 de diciembre de 2023 ascendió a la suma de \$206.052 millones equivalente al 56% del pasivo total de la Entidad, por lo cual lo considero como un asunto clave de auditoria debido a su materialidad e importancia relativa, así como, por el grado de estimación que implica su determinación con base en las metodologías estadísticas usadas y la actual situación que afronta el sistema de salud.

Por lo anterior, la EPS desarrollo durante la vigencia seguimiento al plan de acción del dictamen el cual cuenta con 12 acciones y para la anterior observacion, se adelantaron las actividades pertinentes de capitalización y adicional al plan se continuó con la vinculación de especialistas en actuaria, para la verificación del modelo usado para el cálculo de reserva técnica, entendimiento del modelo usado y proceso de cálculo de las reservas y los controles asociados al mismo, análisis de los factores e información de entrada, utilizados para la determinación de los cálculos.