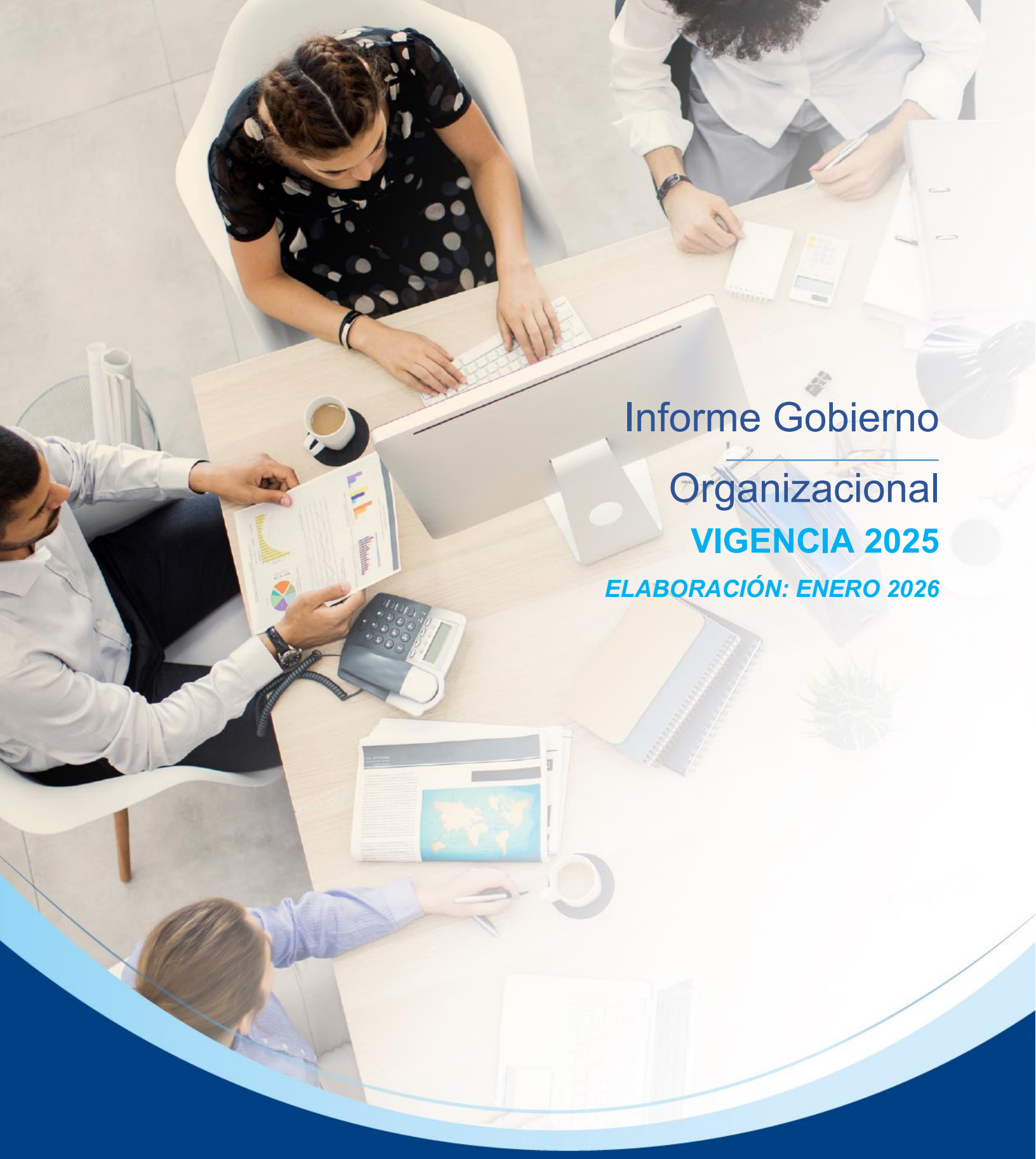


Informe Gobierno Organizacional

VIGENCIA 2025

ELABORACIÓN: ENERO 2026

VIGILADO Supersalud

capitalsalud eps-s

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

BOGOTÁ

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN 3
1. ESTRUCTURA DE LA PROPIEDAD DE LA ENTIDAD 4
2. ESTRUCTURA DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA ENTIDAD 5
3. OPERACIONES CON PARTES VINCULADAS 17
4. SISTEMAS DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN DE RIESGOS 18
5. LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN 24

INTRODUCCIÓN

El comité de desarrollo Organizacional se desarrolla en cumplimiento al Decreto 682 de 2018, su objeto es la adopción de mejores prácticas para garantizar que la gestión de las entidades se realice bajo los principios de trasparencia, eficiencia, equidad, y propender por la calidad en la prestación de los servicios de salud centrados en el usuario; además proporciona herramientas técnicas y jurídicas que permitan el balance entre la gestión de cada órgano y el control de dicha gestión

Desde allí se debe apoyar por parte de los directores y delegados por la junta directiva la definición de una política de nombramientos y retribuciones, 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, y apoyar el seguimiento de negociaciones con terceros, incluidas las entidades que hacen parte del mismo conglomerado empresarial.

1. ESTRUCTURA DE LA PROPIEDAD DE LA ENTIDAD

a. Capital y estructura de la propiedad de la entidad.

La composición accionaria de Capital Salud EPS-S al cierre del 2025 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%**

Es de aclarar que, durante la vigencia 2023 y vigencia 2025 no se registraron modificaciones en la composición de la participación accionaria; en consecuencia, dichos años no se encuentran reflejados en la tabla adjunta.

b. Identidad de los miembros del Máximo Órgano Social que cuenten 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	99.14%

c. 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.

d. 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 2025.

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

En la vigencia 2025 no se realizaron acuerdos entre los miembros del máximo órgano social.

f. Acciones propias en poder de la entidad.

La entidad no tiene acciones propias.

g. 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.

2. 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 2025 la composición de la junta directiva se encontraba así:

PRINCIPALES	CARGO	NOMBRAMIENTO	SUPLENTES	CARGO	NOMBRAMIENTO
Gerson Orlando Bermont Galavis	Secretario de Despacho Secretaría Distrital de Salud	Acta No. 55 de 23 de febrero 2024 Acta No. 57 de 03 de octubre 2024 (Ratificación	Luis Alexander Moscoso Osorio	Subsecretario de Servicios de Salud y Aseguramiento. Secretaría Distrital de Salud	Acta No. 55 de 23 de febrero 2024 Acta No. 57 de 03 de octubre 2024 (Ratificación

PRINCIPALES	CARGO	NOMBRAMIENTO	SUPLENTES	CARGO	NOMBRAMIENTO
Ana María Cadena Ruiz	Secretaría Distrital de Hacienda	Acta No. 55 de 23 de febrero 2024 Acta No. 57 de 03 de octubre 2024 (Ratificación	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 Acta No. 57 de 03 de octubre 2024 (Ratificación	Laura Alejandra Contreras Salazar	Jefe Oficina Jurídica Secretaría Distrital de Integración Social	Acta No. 57 de 03 de octubre 2024
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 Acta No. 57 de 03 de octubre 2024 (Ratificación)	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	Sin nombrar	Sin nombrar	Sin nombrar

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.

Durante la vigencia 2025 no se registraron cambios en la Junta Directiva.

d. 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.

e. Políticas aprobadas por la Junta Directiva

Con el propósito de fortalecer el Gobierno Organizacional, en el año 2025 la Junta Directiva aprobó y actualizó los siguientes documentos:

- Aprobación de los Estados Financieros 2024 - Acta 170 del 10 de marzo del 2025.
- Actualización de los documentos de la oficina de gestión del riesgo y oficina de cumplimiento - Acta 171 del 26 de mayo del 2025.
- Aprobación de los Estados Financieros Intermedios (1er semestre 2025) - Acta 172 del 29 de julio del 2025.
- Aprobación del Código de Conducta y Buen Gobierno – Acta 174 del 01 de septiembre del 2025.
- Adopción de compromiso con el Gobierno Clínico – Acta 177 del 04 de diciembre del 2025.

f. Proceso de nombramiento de los Directores*

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 renuncias 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 PR-010-LJ Procedimiento Evaluación Candidatos Máximo Órgano 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.

*-De acuerdo con la Circular 007 de 2017 en su glosario indica: *"**Directores**: Son los miembros de la Junta Directiva u órganos equivalentes según la figura jurídica de que se trate."*

g. Política de remuneración de la Junta Directiva.

La Asamblea General aprobó la política de remuneración de los miembros principales de la Junta Directiva mediante el Acta No. 37 del 6 de noviembre de 2018, estableciendo como remuneración la suma equivalente a dos (02) salarios mínimos legales mensuales vigentes. En cuanto a los miembros suplentes, estos únicamente tendrán derecho al pago de honorarios cuando actúen en calidad de miembros principales. Dicha política no fue objeto de modificación durante la vigencia 2025.

h. 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.

i. 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 quorum 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.

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

Junta Directiva

La asistencia de los Miembros de Junta Directiva a las reuniones realizadas en la vigencia 2025 fue completa al 100%, detallado así:

Vigencia 2025		Asistencia		Principales y Suplentes	Asistentes constantes	Invitados
Acta No.	Fecha	Principales	Suplentes	% Participación		
169	30/01/2025	4	1	100%	2	8
170	10/03/2025	4	1	100%	2	11
171	26/05/2025	3	2	100%	2	10
172	29/07/2025	4	1	100%	2	7
173	19/08/2025	3	2	100%	2	6
174	01/09/2025	4	1	100%	2	7
175	07/10/2025	4	1	100%	2	5
176	25/11/2025	4	1	100%	2	0
177	04/12/2025	3	2	100%	2	10

Fuente: Actas junta directiva legalizadas vigencia 2025

Comité de Contraloría Interna

El comité sesiona mensualmente de acuerdo con el reglamento de este y en cumplimiento con la normatividad vigente; durante la vigencia 2025 sesionó 14 veces (12 ordinarios y 2 extraordinarios) con una participación en promedio de 84% de los miembros, como se muestra a continuación:

Vigencia 2025		Asistencia		Principales y Suplentes	Invitados
Acta No.	Fecha	Principales	Suplentes	% Participación	
001	24-ene-2025	4	0	100%	2
002	19-feb-2025	4	0	100%	4
003 *(extraordinario)*	05-mar-2025	3	0	75%	4
004	31-mar-2025	3	0	75%	2
005	29-abr-2025	3	0	75%	6
006	28-may-2025	4	0	100%	3
007	20-jun-2025	3	0	75%	5
008	28-jul-2025	3	0	75%	6
009	29-ago-2025	3	0	75%	2
010	19-sep-2025	3	0	75%	6
011 *(extraordinario)*	07-oct-2025	3	0	75%	5
012	30-oct-2025	3	0	75%	7
013	27-nov-2025	4	0	100%	5
014	22-dic-2025	4	0	100%	2

Comité de Gobierno Organizacional

El comité sesiona bimestralmente de acuerdo con el reglamento de este y en cumplimiento con la normatividad legal vigente; durante la vigencia 2025 sesionó 8 (6 ordinarios y 2 extraordinarios) veces con una participación del 100% de los integrantes principales.

Vigencia 2025		Asistencia		Principales y Suplentes	Invitados
Acta No.	Fecha	Principales	Suplentes	% Participación	
01	17-ene-25	4	0	100%	2
02	13-feb-25	4	0	100%	0
03	24-abri-25	4	0	100%	5
04 *(extraordinario)*	08-may-25	4	0	100%	2
05 *(extraordinario)*	23-jul-25	3	0	75%	6
06	31-jul-25	4	0	100%	6
07	30-sep-25	4	0	100%	7
08	23-dic-25	4	0	100%	9

Comité de Riesgos

El comité sesiona bimestralmente de acuerdo con el reglamento establecido en cumplimiento con la normatividad legal vigente; durante la vigencia 2025 sesiono 7 veces con una participación en promedio de 88.57% como se muestra a continuación:

Vigencia 2024		Asistencia		Principales y Suplentes	Invitados
Acta No.	Fecha	Principales	Suplentes	% Participación	
30	27-feb-25	4	0	100%	3
31	29-abr-25	4	0	100%	2
32	29-may-25	5	0	100%	4
33	27-jun-25	4	0	80%	5
34	26-ago-25	4	0	80%	5
35	31-oct-25	4	0	80%	3
36	18-dic-25	4	0	80%	3

Es importante aclarar que en los comités de junio, agosto, octubre y diciembre y mayo no se obtiene una participación del 100% debido a que por la naturaleza del cargo de uno de los miembros de Junta no puede asistir a las sesiones programadas en Capital Salud EPS-S

k. Funciones claves del presidente de la junta

En cumplimiento de 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.

l. Secretario de la Junta Directiva (funciones y temas claves).

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

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

Durante la vigencia 2025, 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 2024 (acta No. 170 del 10 de marzo del 2025).

n. Asesoramiento externo recibido por la Junta Directiva

Durante la vigencia 2025, en la sesión No. 171 celebrada el 26 de mayo, participó a título gratuito como invitado externo el Director de la Cámara de Aseguramiento de la Asociación Nacional de Empresarios de Colombia (ANDI), Dr. Paul Ricardo Díaz Trillos, quien expuso ante los miembros de la Junta Directiva el contexto sectorial, aportando elementos técnicos y estratégicos para la comprensión del entorno actual del sistema.

o. Política de revelación de información establecida por la Junta Directiva - Manejo de la información de la Junta Directiva

Conforme a lo establecido en las funciones de la Secretaría de la Junta Directiva, en el numeral 2 del artículo 8 del Reglamento de la Junta Directiva, se garantiza a los miembros de dicho órgano el acceso y adecuado manejo de la información, con el fin de que dispongan de manera oportuna, completa y veraz de los insumos necesarios para el correcto ejercicio de sus funciones.

En atención a lo anterior, la administración remite de forma previa a cada sesión la documentación correspondiente a los asuntos incluidos en el orden del día, lo cual permite a los miembros de la Junta Directiva analizar los temas a tratar y ejercer su derecho de inspección en los términos previstos por la normatividad vigente.

Asimismo, la información suministrada a los miembros de la Junta Directiva tiene carácter confidencial y su uso se limita exclusivamente al cumplimiento de sus funciones, de conformidad con los principios de buen gobierno corporativo y las disposiciones legales aplicables.

p. Actividades de los comités de la junta directiva

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 2025 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 Sistema de Control Interno (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.
- Presentar al Máximo Órgano Social, por conducto de la Junta Directiva, los candidatos para ocupar el cargo de Revisor Fiscal, sin perjuicio del derecho de los miembros de presentar otros candidatos en la respectiva reunión. En tal sentido, la función del Comité será recopilar y analizar la información suministrada por cada uno de los candidatos y someter a consideración del Máximo Órgano Social los resultados del estudio efectuado.
- 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:

1. Definición y aprobación del plan de trabajo del Comité de Contraloría Interna 2025.
2. Aprobación del reglamento del Comité de Contraloría Interna.
3. Presentación del informe de Gobierno Organizacional.
4. Divulgación designación presidente Comité Contraloría Interna.
5. Revisión de los estados financieros de cierre de vigencia 2024.
6. Revisión del informe de gestión financiera de estados financieros de períodos intermedios.
7. Revisión del informe de Dictamen Estados Financieros 2024.
8. Aprobación Plan Anual de Auditoría Oficina de Control Interno 2025.
9. Revisión informe del Sistema de Control Interno.
10. Revisión y aprobación los procesos y procedimientos relacionados con la recepción, análisis, solución y seguimiento de las PQRD realizados por la población afiliada.
11. Revisión informe de resultados y Gestión de Atención al Usuario, PQRD.
12. Revisión informe de Resultados Índice de Transparencia.
13. Revisión de las políticas, criterios y prácticas que utilizará la entidad en la construcción, revelación y divulgación de su información financiera y contable.
14. Análisis del funcionamiento de los sistemas de información, su confiabilidad e integridad para la toma de decisiones.

15. Informe de Resultados Índice de Transparencia y Acceso a la Información – ITA.
16. Presentación del estado de avance y resultados de las auditorías de GAUDI.
17. Presentación resultados Auditoria Contraloría de Bogotá Plan Nacional de Vigilancia y Control Fiscal – PDVCF (2025).
18. Presentación Auditoria de Cumplimiento Vigencia 2023-2024 Contraloría General de la República CGR.
19. Presentación resultados Programa Anual de Auditoria SCI 2025.
20. Presentación resultados Evaluación Independiente Sistema de Control Interno 2025.
21. Presentación informe Estados Financieros I semestre del 2025.
22. Seguimiento al cumplimiento de las instrucciones dadas por la Junta Directiva u órgano equivalente, en relación con el Sistema de Control Interno (SCI).
23. Presentación del proceso de selección, evaluación y designación de la Revisoría Fiscal.
24. Revisión y seguimiento de auditoría sobre áreas tales como atención al usuario y sistemas de respuesta a los afiliados. (Referencia y CR, Atención al usuario, Participación Ciudadana, Gestión PQRD, Afiliaciones y Novedades BDUA).
25. Informe de Gestión Programa Anual de Auditoría tercer trimestre de 2025.
26. Presentación del Concepto emitido por la Secretaría Distrital de Hacienda – Vigencias Futuras. Proceso de revisoría fiscal.
27. 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.
28. Revisión de la estructura, procedimientos y metodologías necesarios para el funcionamiento del SCI.

Dentro de las cuales se resaltan las siguientes:

a) Presentación del proceso de selección, evaluación y designación de la Revisoría Fiscal y revisión de propuestas para su contratación.
b) Presentación del concepto de la Secretaría Distrital de Hacienda en materia de Vigencias Futuras.
c) Revisión de los Estados Financieros de cierre 2024 y de períodos intermedios 2025.

Miembros Internos

- Director de Estrategia y Planeación – Secretario
- Delegado y designado de Junta Directiva – Presidente
- Delegado de Junta Directiva 1 (con voz y voto)
- Delegado de Junta Directiva 2 (con voz y voto)

Periodicidad: Mensual

Comité de gobierno organizacional

Conformado por expertos delegados por la junta directiva con conocimientos en gobierno organizacional los cuales apoyaran en la definición de una política de nombramientos y retribuciones, así como garantizar el acceso a información veraz y oportuna sobre la entidad, la evaluación anual del desempeño de la Junta Directiva, los órganos de gestión, control interno, y monitorización de negociaciones con terceros.

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

Funciones

- 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.
- Monitorear las negociaciones realizadas por miembros significativos con terceros, incluidas las entidades que hacen parte 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.
- Proponer los criterios objetivos por los cuales la entidad contrata a sus principales ejecutivos.
- Revisar las actualizaciones del PROGRAMA DE TRANSPARENCIA, ÉTICA EMPRESARIAL Y PUBLICA, en cumplimiento con lo descrito en la CIRCULAR EXTERNA 2022151000000053-5 DE 2022 de la Supersalud.
- 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.
- Realizar seguimiento a las herramientas empleadas por la entidad para la entrega de información veraz y oportuna.
- Apoyar la revisión y presentación de las políticas de responsabilidad social empresarial, de responsabilidad ambiental, de compras limpias, Política de derechos humanos que la Gerencia de la Entidad vaya a presentar a la Junta Directiva.
- Las demás que le sean asignadas por la Junta Directiva

Actividades realizadas:

Durante la vigencia 2025 en el desarrollo de las sesiones se ejecutaron las siguientes actividades:

1. Definición y aprobación del plan de trabajo del Comité de Gobierno Organizacional 2025.
2. Aprobación del reglamento del Comité de Gobierno Organizacional
3. Modificaciones al Programa de Transparencia, Ética Empresarial y Pública
4. Revisión y aprobación del informe de gobierno organizacional
5. Presentación de la propuesta de estructura organizacional ajustada, incorporando el análisis funcional comparativo, el coste financiero y la matriz de riesgos
6. Se avanzo en la propuesta de una política de remuneraciones y salarios para los empleados de la entidad, incluyendo la Gerencia y Directivos.
7. Presentación de avances periódicos frente a seguimiento al monitoreo de los contratos
8. Revisión de tablero de control diseñado para facilitar un seguimiento más efectivo de las funciones de la Junta
9. Aprobación del Código de Conducta y Buen Gobierno – Acta 174 del 01 de septiembre del 2025.
10. Revisión de una propuesta de educación digital para los usuarios de la entidad con foco principal en personas de mayor vulnerabilidad.

Dentro de las cuales se resaltan las siguientes:

a) Apoyo y asesoría en una propuesta de estructura organizacional ajustada, incorporando el análisis funcional comparativo, el coste financiero y la matriz de riesgos.

b) Presentación de avances periódicos frente a seguimiento al monitoreo de la contratación de mayor impacto.

c) Construcción de un Tablero de control para facilitar un seguimiento al cumplimiento de las funciones de la Junta Directiva.

d) Apoyo en el diseño de una estrategia de educación digital enfocada en la población de personas mayores y mayor vulnerabilidad (Análisis de la población, edades, situación económica entre otros, que permita determinar las necesidades de educación digital)

Miembros

- Delegado/a Junta Directiva – Presidente
- Delegado/a Junta Directiva – Miembro
- Delegado/a Junta Directiva – Miembro
- Director(a) de Estrategia y Planeación – secretario

Periodicidad: Bimestral

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.

Funciones:

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

- Establecer estrategias para prevenir y mitigar los riesgos en salud.
- Identificar, medir, caracterizar, supervisar y anticipar, mediante metodologías adecuadas, los diversos riesgos.
- Establecer medidas prudenciales como la correcta constitución de reservas técnicas, y velar por la suficiencia patrimonial. Debe velar por el cumplimiento del Capítulo 2 "Condiciones de habilitación financiera de las EPS" del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, Decreto 780 de 2016 o normas que lo sustituyan, adicionen o modifiquen.
- Supervisar los procesos de atención al usuario y medir y evaluar el funcionamiento del sistema de atención al usuario.

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

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Identificar las consecuencias potenciales que pueda generar la materialización de los diferentes riesgos sobre las operaciones que realiza la EPS.
- 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.

- 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.
- 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.
- 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.

Actividades realizadas:
Durante el 2025 se realizaron siete (7) reuniones del comité de riesgos; de los cuales seis (6) fueron ordinarios y uno (1) extraordinario en el mes de mayo. Se mantuvo para los comités de carácter ordinario una periodicidad bimestral, las actividades realizadas durante la vigencia 2025 fueron:

1. 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 el equipo de actuarios de la entidad.
2. Presentar la actualización documental para presentar a Junta Directiva referente a: Reglamento y Política de Gestión del Riesgo, Procedimiento Denuncias Línea Ética, Procedimiento Atención de Denuncias de Corrupción y/o Sarlaft, Procedimiento Análisis de Operaciones Intentadas y Sospechosas, o Actos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno,
3. Revisar y hacer seguimiento contante al error de los reportes formatos FT001 y FT011.
4. Presentar matrices de riesgos de: Gestión de Cuentas Médicas, Mipres, Gestión de Tesorería, Defensa Judicial, Conformación de la Red y Nota Técnica.
5. Presentación del Informe consolidado del resultado de evaluación de riesgos realizados durante el primer semestre de 2025 - Oficina de Control Interno.
6. Socializar informes de la Oficina de Gestión de Riesgos.

Dentro de las cuales se resaltan las siguientes:

a) Participación y compromiso de la alta dirección al designar miembros de Junta Directiva, ayudando a fortalecer los riesgos y controles de todos los subprocesos de la entidad.

b) Se realizaron ajustes en la redacción y definición de controles para la gestión de los riesgos en salud, impactando directamente en la mitigación de la afectación de la salud de los afiliados y posible afectación económica y reputacional a la entidad.

c) Se estableció un seguimiento continuo y permanente a la gestión analítica de información y reserva técnica, monitoreando la sostenibilidad y viabilidad financiera de la entidad.

Miembros Internos

- Tres delegados/as Junta Directiva
- Jefe Oficina de Gestión del Riesgo
- Profesional en Actuaría o Economía, Matemáticas o Estadística.

Periodicidad: Bimestral

q. 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

3. 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 Articulo 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.

A continuación, se relacionan las situaciones de Conflicto de Interés Analizados por la Junta Directiva.

CONFLICTOS DE INTERÉS	TIPO	RESPUESTA	DECISIÓN TOMADA
Marcela Brun Vergara Gerente General	**1.** Conflicto de interés / Impedimento – Merck Sharp and Dohme Colombia SAS - Compañero permanente	MEMORANDO INTERNO 2025-4643 se comunicó la decisión a la Dirección de Talento Humano.	La Junta Directiva aprueba por unanimidad el impedimento de la Dra. Marcela Brun para participar en cualquier trámite, negociación, discusión y contratación en el marco de una compra directa —desde su inicio hasta su culminación— con cualquier laboratorio farmacéutico que comparta mercado directo con la compañía Merck Sharp & Dohme -MSD.
	2. Presentación de conflicto de interés / Impedimento – Offimedicas S.A. (Primer grado de afinidad)		Los miembros de la Junta Directiva aprueban el impedimento presentado por la Gerente General, en los siguientes términos: ante un eventual proceso de contratación en el que participe Offimedicas S.A., la negociación, discusión o contratación —desde su inicio hasta su culminación— con dicha empresa, no deberá adelantarse por la Gerente General. A su turno, los miembros de la Junta Directiva designan por unanimidad a la primera suplente del Representante Legal, Dra. Ivonne Andrea Rincón o quien haga sus veces, para asumir la representación legal de la Entidad en los asuntos objeto del impedimento en los términos en que fue aprobado.

b. Revelación de información sobre propiedad indirecta, es decir la revelación de las diferentes capas de propiedad y control indirectos, 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 2025, no se evidenciaron situaciones que configuraran conflictos de interés reales al interior de la entidad.

En consecuencia, no fue necesario activar medidas de gestión específicas asociadas a la materialización de conflictos de interés reales, más allá de los mecanismos preventivos y controles permanentes establecidos para la entidad.

No obstante, se anexa información de los posibles conflictos recepcionados y las acciones ejecutadas al respecto para la toma de decisiones.

Conflicto de interés remitidos a la Dirección Jurídica					
No.	**Conflictos de Interés**	**Cargo**	**Tipo**	**Respuesta**	**Decisión Tomada**
1	Diego Andrés Patiño	Director de Estrategia y Planeación	Conflicto de interés aparente	Comunicado a través del correo electrónico del 21 de julio 2025 dirigido a la Directora Talento Humano Dra. Diana Carolina Bolaños	Con conflicto de interés aparente
2	Jonathan Garzón	Técnico de Contabilidad	Conflicto de interés real, potencial o aparente	Comunicado a través del correo electrónico remitido el 31 de octubre de 2025 dirigido al Director Talento Humano Dr. Juan Carlos Duran	Sin conflicto de interés
3	Jorge Ceballos	Director Médico	Conflicto de interés aparente	Presentado el 06/11/2025. Mediante memorando CS-2025-2-105827 del 2 de diciembre de 2025 se solicita al Dr. Jorge Ceballos remitir información necesaria para decidir el posible conflicto. En este caso es preciso indicar que la entidad a la fecha no tiene ningún proceso contractual con CTIC (antiguo empleador del doctor Ceballos). En todo caso, a través del MEMORANDO INTERNO 2026-1101 del 23/02/2026 se solicita dar respuesta a solicitud de información.	En proceso de decisión
4	Christian Camilo Ramírez	Profesional Especializado Modelo Gestión de Riesgos	Conflicto de interés real o aparente	Presentado el 02/12/2025. Mediante memorando CS-2025-2-107817 de 10 de diciembre de 2025 se solicita a la Dirección de Talento Humano y memorando No. CS-2025-2-107817 de 10 de diciembre se solicita a la Dirección Médica información necesaria para decidir el posible conflicto. Se recibió información de la DTH con documento "CS-INTERNA-2025-No.020884". Se reitera la solicitud con MEMORANDO INTERNO 2026-1100 del 23/02/2026 dirigido a la Dirección Médica.	En proceso de decisión.

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 2025 no se evidenciaron situaciones de conflictos de interés en la entidad, de parte de los miembros de la Junta Directiva.

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

4. SISTEMAS DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN DE RIESGOS

a. 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 dispuesto en el artículo 156 del Decreto 2106 de 2019, que modifica el artículo 14 de la Ley 87 de 1993 —a su vez modificado por el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011 y el artículo 231 del Decreto 019 de 2012—, la Oficina de Control Interno de Capital Salud EPS-S, bajo la dirección del Jefe de Control Interno, ha dado cumplimiento a la obligación legal de realizar y publicar de manera oportuna los informes semestrales correspondientes a la evaluación independiente del estado del Sistema de Control Interno, atendiendo la periodicidad establecida para cada uno de ellos, a la fecha se tiene un total de once (11) informes publicados dando cumplimiento a la normatividad legal.

Estas publicaciones constituyen un mecanismo fundamental de seguimiento, verificación y transparencia, al permitir evidenciar de forma objetiva y sistemática el grado de efectividad del Sistema de Control Interno, así como el cumplimiento de los principios de legalidad, eficiencia, eficacia y mejora continua en la gestión institucional.

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 y segundo semestre del año 2025. 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: https://www.capitalsalud.gov.co/4-8-informes-de-la-oficina-de-control-interno/#4-8-2-Evaluaci%C3%B3n-Independiente-del-Estado-del-Sistema-de-Control-Interno

Fuente: Página web – Capital Salud

Los informes, dispuestos para consulta pública, constituyen un insumo fundamental para la evaluación integral del estado del Sistema de Control Interno, al ofrecer un análisis detallado, sistemático y objetivo de su funcionamiento. Estos documentos ponen a disposición de los grupos de interés y demás partes involucradas información amplia, clara y verificable sobre el nivel de eficacia, eficiencia y seguridad de las operaciones; la confiabilidad, oportunidad, integridad y transparencia de la información financiera y de salud; el grado de cumplimiento de la normatividad legal, reglamentaria y técnica aplicable; la adecuada administración, protección y salvaguarda de los recursos de la entidad; así como el seguimiento, control y verificación permanente de las disposiciones vigentes orientadas a garantizar la calidad de los procesos.

Esta práctica, sustentada en principios de transparencia, responsabilidad y mejora continua, fortalece el compromiso institucional de Capital Salud EPS-S con la rendición de cuentas y la gestión eficiente de su Sistema de Control Interno, al propiciar una supervisión efectiva, una evaluación continua de los resultados obtenidos y la adopción oportuna de acciones de mejora que contribuyan al logro de los objetivos estratégicos y misionales de la entidad.

b) Descripción de la política de riesgos y su aplicación durante el ejercicio.

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.

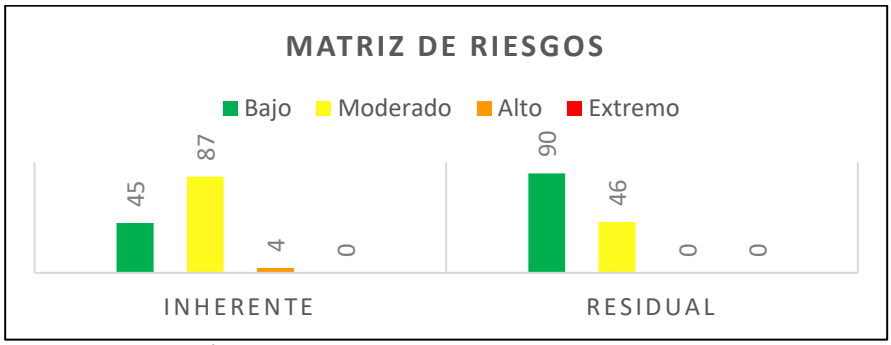
Considerando que la Gestión del Riesgo es un proceso efectuado por la Alta Dirección de la entidad y por todo el personal como estrategia y con el propósito de proporcionar a la administración un aseguramiento razonable para la toma de decisiones con respecto al logro de los objetivos.

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	11
Contagio	1
Corrupción	2
Crédito	1
Estratégico	3
Fallas en el mercado de salud	3
Financiero	5
Fraude	5
Jurídico Normativo	25
LA/FT/FPADM	2
Liquidez	8
Opacidad	2
Operacional	51
Reputacional	3
Salud	7
Soborno	1
Tecnológico	6
Total, general	**136**

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

A corte del 31 de diciembre de 2025, Capital Salud EPS–S tiene identificados 136 Riesgos y 394 controles. Los principales riesgos están clasificados en: Operacional (51), abarcando un 38% 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 173 mesas de trabajo desarrolladas, de las cuales 76 fueron orientadas en la revisión, ajuste y valoración de Riesgos y Controles se logra que los riesgos identificados en zona baja aumentara en un 100% en el residual, con respecto al inherente; los riesgos identificados en zona moderada disminuyeran en un 47.13%; y los riesgos identificados en zona alta disminuyeran un 100%, 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 173 mesas de trabajo desarrolladas en el 2025 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 (76), socialización y retroalimentación de los seguimientos cuatrimestrales (72), capacitación Riesgos, SARLAFT, SICOF y PTEE (10), Seguimiento Riesgo Materializado (8), Capacitación y propuestas de ajustes riesgos y controles (6) y Ajuste redacción riesgos SICOF (1).

b. Materialización de riesgos durante el ejercicio:

1. Seguimiento y cierre de 2 riesgos materializados:

- R-022 - pago de sanción según Resolución No. RDO-2023-02352 del 15/12/2023 de la UGPP.: El día 23 de julio del 2024, se realizó pago por valor de $5.700.600 a favor de la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP), por concepto de pago sanción según Resolución No. RDO-2023-02352 del 15/12/2023 Plan de mejora - Gestión de Compensación y Conciliación (2024) / Dueños de proceso / 2024

  Corresponde al pago de la sanción impuesta mediante la Resolución No. RDO-2023-02352 del 15/12/2023 de la UGPP, la cual fue cancelada el 23 de julio de 2024 por un valor de $5.700.600 a favor de dicha entidad, debido a un incumplimiento asociado a obligaciones de reporte y compensación definidas por la UGPP. Este hecho fue incorporado en el Plan de Mejora del Subproceso de Gestión de Compensación y Conciliación (2024), orientado a implementar controles que aseguren la correcta transmisión y oportunidad de la información, con el objetivo de evitar la reincidencia del riesgo.

- R-077 - Pago de sanción según Resolución No. 2023730000002776-6 del 10 de mayo de 2023 de la SNS.

  Corresponde al pago de una sanción administrativa impuesta por la Superintendencia Nacional de Salud mediante la Resolución No. 2023730000002776-6 del 10/05/2023, se impuso por no cumplir, en los plazos establecidos, los compromisos adquiridos en las mesas de flujo de recursos realizadas los 26 y 30 de junio y 1.º y 3 de julio de 2020 con ESE del Meta, configurando la infracción del numeral 14 del art. 130 de la Ley 1438/2011. El valor $230.000.000 fue pagado el 05/01/2024 y se cerró con Estado de Cuenta Final y Conciliación de Depuración de Cartera en el plan de mejora del subproceso.

2. Se generaron planes de mejora y se está realizando seguimiento a cuatro riesgos materializados:

- R-018 – Presuntamente la vigilada no radicó cobros de facturas ante el Fosyga y el Adres de las vigencias de 2016 (por valor de 123.097.277) y 2017 (por valor de 86.194.135), las cuales debieron cobrarse a más tardar del 30 de enero 2019 al 30 de diciembre de 2020 (fechas en que se concretaron los presuntos incumplimientos por cuanto prescribieron las diferentes cuentas haciendo imposible el recobro).

  Corresponde a la no radicación de cobros ante Fosyga/ADRES (prescripción de recobros). Entre las vigencias 2016 y 2017 no se radicaron oportunamente cuentas de recobro ante Fosyga/ADRES —prestaciones de recobro (sin desagregación clínica en el soporte)— por $123.097.277 (2016) y $86.194.135 (2017); al excederse la ventana legal de radicación (del 30/01/2019 al 30/12/2020), las cuentas prescribieron, por lo que se imposibilitó su cobro.

- R-034 – Presunta trasgresión a lo establecido en el artículo 2.3.2.1.2 y el parágrafo del artículo 2.5.3.6.1 del Decreto 780 de 2016, toda vez que dentro de la auditoría de cumplimiento adelantada por la Contraloría General de la Republica a CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S. presuntamente se detectó que la EPS realizó pagos por encima de las tarifas.

  Entre 2023 y 2025 se evidenció, en auditoría de cumplimiento, que la EPS pagó por encima de los valores negociados en anexos técnicos y/o por fuera de manuales tarifarios, debido a falta de actualización/parametrización de tarifas y ausencia de información en línea del tercero (proceso tercerizado), lo que afectó la validación en tiempo real de las cuentas médicas (prestación: servicios facturados en cuentas médicas). El monto observado por la auditoría asciende a $192.779.125.871; por estos hechos, la Superintendencia Nacional de Salud impuso multa de $520.000.000 (generada 12/07/2023, ratificada 31/01/2025, pagada

13/03/2025, Res. 2025162000000452-6), configurando infracciones a los nums. 8 y 19 del art. 130 de la Ley 1438/2011 (mod. art. 3 Ley 1949/2019) y presunta trasgresión de los arts. 2.3.2.1.2 y 2.5.3.6.1 (par.) del D. 780/2016. Como respuesta, se estableció plan de mejora con mesas de validación de criterios de auditoría y seguimiento a novedades contractuales para asegurar la aplicación tarifaria correcta y oportuna.

- R-076 – Presunto uso de recursos de la UPC destinados a prestación de servicios de salud para pagar intereses y sanciones por incumplimiento de sus obligaciones tributarias.

  Para la vigencia 2019, la SNS acreditó que la EPS utilizó recursos de la UPC —de destinación exclusiva para la prestación de servicios de salud— para pagar intereses y sanciones por incumplimientos tributarios, en contravía del art. 23 de la Ley 1438 de 2011 (cargo primero). El caso se soporta en el hallazgo 4 de la auditoría de la CGR trasladado a la Superintendencia, donde se evidencia el pago de intereses y multas con cargo a la UPC y un menoscabo cuantificado por $92.477.000 durante 2019 (incluye, entre otros, pagos por $88.611.000 el 09/10/2019 y $3.866.000 el 14/02/2019). En síntesis, periodo: 2019; prestación(es): no aplica (hecho financiero, no clínico); valor: $92.477.000; causa: empleo indebido de UPC para cubrir sanciones/intereses tributarios, conducta que la SNS calificó como infracción al SGSSS y que integró la sanción confirmada en sede gubernativa.

- R-189 - presunto incumplimiento a lo establecido en el artículo 90 de la Constitución Política y la Ley 1437 de 2011, derivado de una condena en costas procesales contra CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S., lo que refleja la materialización de un riesgo jurídico con impacto económico directo. Adicionalmente, se configuró una presunta transgresión al principio de eficiencia en la gestión de los recursos públicos, establecido en el artículo 209 de la Constitución y en la Ley 489 de 1998, dado que el pago extemporáneo de las costas generó intereses de mora, lo que representó un riesgo fiscal prevenible mediante seguimiento oportuno. Finalmente, se identificó un presunto incumplimiento a las obligaciones de control y prevención del daño antijurídico contempladas en el Decreto 1069 de 2015 y la Ley 1437 de 2011, ya que el caso no fue gestionado oportunamente en las fases previas, incrementando el impacto económico y reputacional para la entidad y aumentando la exposición a hallazgos de entes de control.

  Presunto incumplimiento a lo establecido en el artículo 90 de la Constitución Política y la Ley 1437 de 2011: En el proceso 25000-23-36-000-2015-01742-00, el Tribunal negó las pretensiones (13/01/2018) y aprobó la liquidación de costas por $25.000.000 (22/08/2023), a favor del Ministerio de Salud (agencias en derecho). Tras el requerimiento del 07/03/2025, la EPS pagó el 17/07/2025 $25.000.000 más $8.310.486 de intereses. Período: 2018–2025. Prestación: costas procesales. Causa: condena en costas y gestión de pago no oportuna que generó intereses moratorios.

d) Planes de respuesta y supervisión para los principales riesgos,

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 173 mesas de trabajo y la invitación de los diferentes lideres de procesos a los comités de riesgos para su respectiva presentación, revisión, seguimiento, socialización y ajuste.

Para los eventos de riesgo materializados la Oficina de Gestión del Riesgo realiza acompañamiento a los lideres de proceso para establecer el plan de mejoramiento, posteriormente realiza el seguimiento mensual a las acciones establecidas por un año.

5. LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN

a. Iniciativas complementarias de lucha contra la corrupción

El Programa de Iniciativas Complementarias de Lucha contra la Corrupción constituye un eje fundamental para el fortalecimiento de la transparencia, la integridad y la confianza institucional en Capital Salud EPS-S. En cumplimiento de la Circular Externa 2022151000000053-5 del 5 de agosto de 2022, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, la Entidad, a través de su Oficial de Cumplimiento, adoptó el Programa de Transparencia y Ética Empresarial, conforme a los lineamientos aplicables a las entidades vigiladas del sector salud. No obstante, y atendiendo lo dispuesto en el Decreto 122 de la Presidencia de la República, que establece la diferenciación entre los regímenes aplicables al ámbito público y privado, así como con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones propias del sector público, de conformidad con la Ley 1474 de 2011, la Ley 1712 de 2014, el Decreto 1081 de 2015, el Decreto 612 de 2018 y los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, garantizando la coherencia con el Programa de Transparencia y Ética Pública, se establecieron las iniciativas complementarias de lucha contra la corrupción.

Dichas iniciativas fueron formuladas en el mes de enero y publicadas en la página web institucional, en el botón de Transparencia, numeral 4. Planes, presupuesto e informes – 4.3. Plan de acción – 4.3.4.2 Programa de Transparencia y Ética Empresarial, conforme al formato FR-003-GRI Formato Seguimiento Iniciativas Complementarias, versión 7.0 de 2025. Durante la vigencia se realizaron dos de los tres monitoreos programados, apoyando y gestionando, en articulación con los líderes de proceso, el cumplimiento del plan. El último monitoreo se llevará a cabo en el mes de enero; no obstante, ya se viene adelantando con las áreas responsables la gestión para el cierre del plan. 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