

 Gobernación de Boyacá	FORMATO	VERSIÓN: 0
		CÓDIGO:
RESOLUCIÓN DE CONVOCATORIA CONSEJO DEPARTAMENTAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		FECHA: 11/Sep/2025

SECRETARÍA DE SALUD DE BOYACA
RESOLUCIÓN No. **2 2 5 8** - DE 2025
(1 1 SEP 2025)

Por la cual se convoca a las entidades del sector salud a presentar ternas para efectos de seleccionar los representantes que harán parte del Consejo Departamental de Seguridad Social en Salud -CDSSS del departamento de Boyacá.

LA SECRETARIA DE SALUD DE BOYACÁ

En uso de sus atribuciones legales y en especial las conferidas por el Decreto 114 del 23 de marzo de 2021 de la Gobernación de Boyacá, y

CONSIDERANDO

Que mediante el Decreto 114 del 23 de marzo de 2021 de la Gobernación de Boyacá, *"Por el cual se modifica la estructura y la normativa para el funcionamiento del Consejo Departamental de Seguridad Social en Salud, y se deroga el Decreto 2885 del 05 de noviembre de 2002"*, se establecen las disposiciones para la integración y funcionamiento del Consejo Departamental de Seguridad Social en Salud (CDSSS).

Que, de acuerdo con el párrafo 1º del artículo 3º del Decreto 114 de 2021 y con el Acuerdo 57 de 1997, los miembros del CDSSS ejercerán su representación por un periodo de dos (2) años.

Que el último Consejo Departamental de Seguridad Social en Salud **culminará próximamente su periodo el 28 de septiembre de 2025**, según consta en las Actas de Posesión No. 20 a 27 de 2023.

En consecuencia, se convoca a los sectores establecidos en el Decreto 114 de 2021 para la conformación del Consejo Departamental de Seguridad Social en Salud de Boyacá.

Que, por lo anteriormente expuesto,

RESUELVE:

ARTICULO 1º. Objetivo de la convocatoria. Conformar el Consejo Departamental de Seguridad Social en Salud (CDSSS) para un periodo de dos (2) años, fomentando la participación ciudadana regulada en el Decreto 114 de 2021, mediante la representación de los diferentes sectores sociales e institucionales del departamento. La convocatoria se regirá bajo los principios de equidad, igualdad, transparencia, publicidad.

ARTICULO 2º. Publicidad: La presente convocatoria es de carácter público y será divulgada por la **Secretaría de Salud de Boyacá** a través de sus canales oficiales. Asimismo, será remitida a las Direcciones Locales de Salud, Empresas Sociales del Estado y demás actores de interés, quienes podrán promover la socialización y difusión.

ARTICULO 3º. Sectores convocados: De conformidad con el Decreto 114 de 2021, la presente convocatoria se dirige a la elección de representantes de los siguientes sectores:

Direcciones de Salud de los municipios del Departamento (2 representantes):

- Uno (1) por la capital del departamento (Tunja).
- Uno (1) escogido por el Secretario de Salud Departamental, de la terna presentada por los directores locales de salud de los demás municipios.

Empleadores (2 representantes):

- Uno (1) en representación de la pequeña y mediana empresa PYME, designado por el Gobernador del Departamento de la terna presentada por las asociaciones seccionales o locales de empleadores.
- Uno (1) en representación de otras formas asociativas, designado por el Gobernador del Departamento de la terna presentada por las asociaciones que agrupen empresas con un volumen de activos.



Gobernación de

Boyacá

FORMATO

VERSIÓN: 0

CÓDIGO:

RESOLUCIÓN DE CONVOCATORIA CONSEJO DEPARTAMENTAL DE
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

FECHA: 11/Sept/2025

Trabajadores (2 representantes):

- Uno (1) de los trabajadores activos, designado por el Secretario de Salud Departamental, de terna presentada por sindicatos o federaciones sindicales con domicilio en el Departamento de Boyacá o sus capítulos seccionales.
- Uno (1) de los pensionados, designado por el Secretario de Salud Departamental, de terna presentada por las asociaciones de pensionados existentes en la entidad territorial.

Gerentes de Empresas Sociales del Estado (1 representante):

- Escogido por el Secretario de Salud Departamental, de la terna presentada por los gerentes de las E.S.E. de la jurisdicción.

Empresas Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB (3 representantes):

- Uno (1) por cada régimen: especial, subsidiado y contributivo. Los representantes serán escogidos por el Secretario de Salud Departamental, de las ternas presentadas por las respectivas entidades.

Profesionales del área de la salud (1 representante):

- Designado por el Secretario de Salud Departamental, de terna presentada por las Asociaciones de Profesionales del área de la salud en el departamento.

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas (1 representante):

- Escogido por el Secretario de Salud Departamental, de las ternas presentadas por las respectivas entidades.

Asociaciones o alianzas de usuarios (1 representante):

- Designado por el Secretario de Salud Departamental, de las ternas presentadas por las respectivas asociaciones.

Comunidades Indígenas (1 representante):

- Elegido directamente por la comunidad indígena, de acuerdo con sus usos y costumbres.

Representante de Veedurías (1 representante en calidad de invitado permanente):

- Elegido entre los postulados por las respectivas veedurías, en asamblea de elección convocada conforme a los términos que define la Subdirección de Promoción Social – Secretaría de Salud de Boyacá, teniendo en cuenta que cada veeduría podrá presentar hasta tres (3) candidatos.

ARTICULO 4°. Requisitos: Cada entidad del respectivo sector deberá cumplir con los **requisitos de postulación:**

	SECTOR	REQUISITOS POR SECTOR
1	Direcciones o Secretarías de Salud Municipales	a) Formato de postulación, debidamente firmado por el Director de Salud correspondiente (ver formato anexo). b) Hoja de vida indicando formación y experiencia con copia de la cédula de ciudadanía de los postulantes.
2	Gerentes de E.S.E.	a) Formato de carta de postulación, debidamente firmado por el Gerente de la E.S.E. correspondiente. (ver formato anexo). b) Hoja de vida indicando formación y experiencia con copia de la cédula de ciudadanía de los postulantes. c) En caso de que el postulado sea el gerente, se deberá aportar el acta de posesión. Si se trata de un candidato distinto al gerente, este deberá pertenecer a la planta (de carrera administrativa, provisional o libre nombramiento) de la entidad y su vinculación será acreditada mediante acto administrativo o certificado expedido por el área de Talento Humano.
3	EAPB - Régimen mayoritariamente subsidiado	a) Formato de postulación, debidamente firmado por el Gerente de la E.A.P.B. correspondiente. (ver formato anexo). b) Hoja de vida indicando formación y experiencia con copia de la cédula de ciudadanía de los postulantes. c) En caso de que el postulado sea el gerente, se deberá aportar certificado emitido por talento humano o quien haga sus veces. Si se trata de un candidato distinto al gerente, este deberá pertenecer a la planta de personal de la entidad y su vinculación será acreditada mediante certificado expedido por el área de Talento Humano o documento equivalente.



FORMATO

VERSIÓN: 0

CÓDIGO:

RESOLUCIÓN DE CONVOCATORIA CONSEJO DEPARTAMENTAL DE
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

FECHA: 11/Sept/2025

4	EAPB - Regimen Especial	a) Formato de postulación, debidamente firmado por el Gerente de la E.A.P.B. correspondiente. (ver formato anexo). b) Hoja de vida indicando formación y experiencia con copia de la cédula de ciudadanía de los postulantes. c) En caso de que el postulado sea el gerente, se deberá aportar certificado emitido por talento humano o quien haga sus veces. Si se trata de un candidato distinto al gerente, este deberá pertenecer a la planta de personal de la entidad y su vinculación será acreditada mediante certificado expedido por el área de Talento Humano o documento equivalente.
5	EAPB - Regimen mayoritariamente contributivo	a) Formato de postulación, debidamente firmado por el Gerente de la E.A.P.B. correspondiente. (ver formato anexo). b) Hoja de vida indicando formación y experiencia con copia de la cédula de ciudadanía de los postulantes. c) En caso de que el postulado sea el gerente, se deberá aportar certificado emitido por talento humano o quien haga sus veces. Si se trata de un candidato distinto al gerente, este deberá pertenecer a la planta de personal de la entidad y su vinculación será acreditada mediante certificado expedido por el área de Talento Humano o documento equivalente.
6	IPS privadas	a) Formato de postulación, debidamente firmado por el Gerente de la I.P.S. correspondiente. (ver formato anexo). b) Hoja de vida indicando formación y experiencia con copia de la cédula de ciudadanía de los postulantes. c) En caso de que el postulado sea el gerente, se deberá aportar certificado emitido por talento humano o quien haga sus veces. Si se trata de un candidato distinto al gerente, este deberá pertenecer a la planta de personal de la entidad y su vinculación será acreditada mediante certificado expedido por el área de Talento Humano o documento equivalente.
7	Empleadores - Pequeñas y Medianas Empresas PYME *ver Decreto 957 de 2019	Formato de postulación, debidamente firmado por el Representante Legal correspondiente. (ver formato anexo). b) Hoja de vida indicando formación y experiencia con copia de la cédula de ciudadanía de los postulantes. c) Certificado de Existencia y Representación Legal vigente.
8	Empleadores de mayor volumen de activos *ver Decreto 957 de 2019	a) Formato de postulación, debidamente firmado por el Representante Legal o directivo de alto nivel correspondiente. (ver formato anexo). b) Hoja de vida indicando formación y experiencia con copia de la cédula de ciudadanía de los postulantes. c) Certificado de Existencia y Representación Legal vigente.
9	Trabajadores - Sindicatos	a) Formato de postulación, debidamente firmado por el Presidente o Representante Legal del Sindicato correspondiente. (ver formato anexo). b) Hoja de vida indicando formación y experiencia con copia de la cédula de ciudadanía de los postulantes. c) Certificado de Existencia y Representación Legal vigente o resolución de reconocimiento expedida por autoridad competente.
10	Trabajadores - Asociaciones de Pensionados	a) Formato de postulación, debidamente firmado por el Presidente o Representante Legal de la Asociación de Pensionados correspondiente. (ver formato anexo). b) Hoja de vida indicando formación y experiencia con copia de la cédula de ciudadanía de los postulantes. c) Certificado de Existencia y Representación Legal vigente o documento que acredite la calidad de la Asociación.
11	Profesionales de la Salud - Asociaciones de Profesionales de la Salud	a) Formato de postulación, debidamente firmado por el Presidente o Representante Legal de la Asociación de Profesionales de la Salud correspondiente. (ver formato anexo). b) Hoja de vida indicando formación y experiencia con copia de la cédula de ciudadanía de los postulantes. c) Certificado de Existencia y Representación Legal vigente o documento que acredite la calidad de la Asociación.
12	Representante Usuarios - Asociaciones o Alianzas de usuarios	a) Formato de postulación, debidamente firmado por el Presidente o Representante Legal de la Asociación de Usuarios correspondiente. (ver formato anexo). b) Hoja de vida indicando formación y experiencia con copia de la cédula de ciudadanía de los postulantes. c) Acta de constitución con listado de asistentes, y respectivo radicado ante la EPS o IPS correspondiente; o, en su defecto, certificado expedido por la misma entidad (EPS o IPS) que acredite la existencia y funcionamiento de dicha Asociación de Usuarios.
13	Representante Veedurías	a) Formato de postulación, debidamente firmado por el Presidente o Representante Legal de la Veeduría correspondiente. (ver formato anexo). b) Hoja de vida indicando formación y experiencia con copia de la cédula de ciudadanía de los postulantes. c) Acto administrativo vigente de reconocimiento emitido por Personería o Cámara de Comercio correspondiente.



FORMATO

VERSIÓN: 0

CÓDIGO:

**RESOLUCIÓN DE CONVOCATORIA CONSEJO DEPARTAMENTAL DE
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

FECHA: 11/Sep/2025

14

Comunidades
Indígenas

Acta o documento emitido por la autoridad tradicional que certifique la elección y copia de la cedula de ciudadanía

ARTICULO 5º. PLAZO DE INSCRIPCIÓN: Fijese como plazo máximo para que todos los sectores convocados, inscriban a sus delegados, el día MIERCOLES 08 DE OCTUBRE de 2025, hasta las cinco de la tarde (5:00 PM), únicamente a través del correo electrónico: participacionsocial.salud@boyaca.gov.co

PARÁGRAFO: En caso de que, al cierre de la inscripción, se registren más de tres delegados para un mismo cargo o sector, la Subdirección de Promoción Social de la Secretaría de Salud de Boyacá convocará a una asamblea de elección de terna para los sectores en que aplique, en la que participarán únicamente los aspirantes inscritos por el respectivo cargo y sector, estableciéndose la terna por mayoría de votos. Los términos de la convocatoria, así como la fecha, hora y modalidad (presencial o virtual), serán definidos por la Subdirección.

La inscripción de los delegados constituye un compromiso de asistencia a dicha asamblea, requisito indispensable para la elección de la respectiva terna, por tanto la inasistencia a dicha asamblea de elección será causal de descalificación.

Cuando una entidad presente más de tres designaciones, únicamente se tendrán en cuenta las tres primeras, de acuerdo con el orden cronológico de radicación en el correo señalado y/o orden de transcripción en el oficio remitido. A partir de la cuarta designación, estas se considerarán excluidas. De igual manera, si una persona es designada por varias entidades, únicamente se reconocerá la primera inscripción registrada según orden cronológico de radicación en el correo señalado, quedando sin efecto las posteriores inscripciones que recaigan sobre la misma persona. En ningún caso los delegados inscritos podrán ser reemplazados o sustituidos durante el proceso.

ARTICULO 6º. SUBSANACIONES: La Secretaría de Salud de Boyacá podrá requerir la subsanación o complementación de la documentación relacionada en los requisitos de inscripción, soportes de hoja de vida de las personas delegadas, y/o los soportes que acrediten la legalidad de las Asociaciones, agremiaciones u organizaciones correspondientes, en cualquier etapa del proceso de la convocatoria. A partir de la notificación del requerimiento de subsanación remitido al correo electrónico aportado por la entidad, las entidades dispondrán de un **plazo máximo de dos (02) días hábiles** para presentar los documentos de subsanación, en una (01) única oportunidad, en el correo: participacionsocial.salud@boyaca.gov.co

Si al finalizar este plazo no se recibe la subsanación o si se presenta de manera insuficiente, la entidad quedará descalificada de la convocatoria.

ARTICULO 7º. TERMINOS DE ACEPTACION: Una vez comunicado por escrito la designación como representante de los diferentes sectores convocados por parte de la Secretaría de Salud de Boyacá, la persona en quien recaiga el nombramiento, deberá manifestar por escrito su aceptación ó declinación dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a su notificación. En caso de aceptación, tomará posesión ante la Secretaría de Salud de Boyacá.

ARTICULO 8º. La presente Resolución rige a partir de la fecha de expedición y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Dada en Tunja, a los

11 SEP 2025**COMUNIQUESE Y CÚMPLASE**


INGRID MARGARITA GALÁN DÍAZ
Secretaria de Salud de Boyacá


Revisó **ANTONIO JOSÉ CEPEDA MONTAÑEZ**
Subdirector de Promoción Social en Salud - SSB


Proyecto **JOSÉ DAVID MUÑOZ BELTRÁN**
Profesional Especializado



FORMATO DE INSCRIPCIÓN DE CANDIDATOS

Convocatoria para la conformación del Consejo Departamental de Seguridad Social en Salud – Boyacá 2025

1. Datos de la entidad postulante

Nombre de la entidad:	
Dirección:	
Teléfono:	
Correo electrónico para efectos de notificación:	
Cargo o sector al cual se postula:	

2. Datos del (los) candidato(s) postulado(s)

No.	Nombres y apellidos completos	Cédula de ciudadanía	Teléfono	Firma del candidato
1				
2				
3				

*Máximo tres postulaciones por entidad. La postulación de cada candidato debe adjuntar HV con copia de CC y los demás soportes establecidos en los requisitos de la convocatoria.

3. Declaraciones de los candidatos y la entidad postulante

La entidad postulante y cada candidato firmante manifiesta bajo la gravedad de juramento que:

- a) No se encuentra incurso en causales de inhabilidad o incompatibilidad previstas en la Constitución, la ley o la normativa aplicable.
- b) Conoce y acepta los términos y condiciones establecidos en la Resolución de Convocatoria expedida por la Secretaría de Salud de Boyacá para la conformación del Consejo Departamental de Seguridad Social en Salud 2025.
- c) Acepta de manera expresa la postulación realizada por la entidad que suscribe este formato.
- d) Para efectos de la presente convocatoria, aceptan que toda notificación se entenderá válidamente realizada en el correo electrónico registrado en los datos de la entidad postulante.

En constancia de la presente postulación:

Firma: _____

Nombres y apellidos completo:

Cargo (marque una X) : Representante Legal: _____ , Presidente _____ , Gerente _____

Teléfono: