Tema: SOCIALIZACION DE RESULTADOS ASISTENCIAS TECNICAS PUBLICAS ENERO 2025

Dependencia (Dirección / Oficina)	Proceso
SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL

Objetivo	Fecha: Fecha: 06/02/2025			
SOCIALIZACION DE RESULTADOS ASISTENCIAS TECNICAS PUBLICAS ENERO 2025	Tipo de reunión	Asistencia Técnica: Asesoría ( ) Capacitación ( ) Orientación ( ) Acompañamiento ( )		
		Otro (X) SOCIALIZACION		
	Modalidad:	Presencial ( )	Virtual (X)	Mixta ( )
	Lugar: Reunión Virtual			
	Hora Inicio: 8:30 AM Hora Fin: 12:00 AM			
	Notas por: Julián Parra			
	Próxima Reunión: LOS PRIMEROS 5 DIAS DEL MES DE MARZO 2025			
	Quien cita: EQUIPO DE FORTALECIMIENTO DE ASISTENCIAS TÉCNICAS A UPGD-UI			

TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS *

Se realiza el ingreso a la reunión virtual donde se espera a los participantes.
Luego se da inicio con la bienvenida del profesional especializado Ingrid Leal quien verifica la participación de los diferentes referentes y líderes de los respectivos subsistemas
Se socializan los subsistemas:

1 SISVAN

Resultados Asistencias Técnicas del Subsistema SISVAN:

A continuación, se relacionan los resultados obtenidos durante las asistencias técnicas realizadas en el mes de enero del año 2025, por cronograma estaban programadas **29 UPGD,** siendo efectivas el 100% de las asistencias técnicas. A continuación, se muestran las UPGD visitadas, discriminadas por subred y localidad:

Subred norte:
se realizó asistencia técnica en 5 UPGD, teniendo en cuenta que no presentaron mayor puntaje respecto al periodo de octubre, 3 bajaron de puntaje, 2 se mantuvo en igual porcentaje, para la subred norte el hallazgo que se encuentra en todas las unidades son los infantómetros, los cuales no cumplen con lo normado en la resolución 2465/2016, sin embargo, ya han realizado ajustes de los infantómetros en algunas unidades, así mismo la subred cuentan con un acuerdo por parte del equipo de ingeniería biomédica en el que refieren que se ya se encuentran en el proceso de cambio de los infantómetros, para subsanar este hallazgo, este acuerdo está en conocimiento y cuenta con el aval de la referente distrital de SISVAN.

Subred Centro oriente:
se realizaron 7 asistencias técnicas, de ellas 3 disminuyo su puntaje, respecto a las asistencias de octubre y 3 subieron el puntaje respecto a las asistencias de octubre, 1 se mantuvo con el porcentaje. Los hallazgos más

frecuentes encontrados en esta subred fueron equipos antropométricos faltantes, calibraciones vencidas, tableros de control.

subred suroccidente:
se realizó un total de 9 UPGD, de ellas 2 aumentaron su puntuación y 7 se mantiene igual respecto a las asistencias de octubre. Los hallazgos más frecuentes que se encuentran de manera general son, equipos antropométricos (estadiómetros) que deben ser ajustados por encontrarse con centímetros más arriba de lo normado

subred Sur:
se realizó un total de 8 UPGD, de ellas 1 presento aumento de su puntaje respecto a la asistencia de octubre,3 bajaron su puntaje respecto a las asistencias de octubre, 4 se mantuvieron en el mismo porcentaje. Los hallazgos más frecuentes que se encuentran de manera general son, el porcentaje de error de la notificación rutinaria para los tableros de control, en esto se observa que debe continuar el mejoramiento tanto desde las UPGD como desde VSP- SISVAN. Así mismos equipos antropométricos (estadiómetros) que deben ser reubicados por estar en espacios con guarda escoba y mantenimiento por parte de biomédica los equipos antropométricos como pesa bebe y pesa persona.

En la siguiente tabla se desglosan los resultados por cada UPGD visitadas en el mes de enero:

RESULTADOS AT SISVAN ENERO 2025

SUBRED	LOCALIDAD	UPGD	PUNTAJE OCTUBRE	PUNTAJE ENERO	HALLAZGOS	PLAN DE MEJORA
NORTE	10 - Engativá	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BELLAVISTA	83%	83%	No identifican hallazgos que requieran plan de mejora y/o seguimiento para la UPGD, por parte del SISVAN.	NO
	10 - Engativá	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ALAMOS	89%	71%	Se identifican hallazgos que requieran plan de mejora y/o seguimiento para la UPGD, por parte del SISVAN. **Notificación Grupos de interés SISVAN:**1. No cuentan con calidad de los datos para el grupo poblacional gestantes durante los meses de octubre con porcentaje de error de 57,14% y noviembre con	SI

NORTE					porcentaje de error de 5,56 %. En grupo poblacional adultos en el mes de septiembre presentan silencio epidemiológico y en el mes de octubre el porcentaje de error se encuentra en 2,25%, teniendo en cuenta que el porcentaje de error permitido es hasta el 2%.	
	10 - Engativá	**UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BACHUE**	**89%**	**[illegible]%**	**Se identifican hallazgos que requieran plan de mejora y/o seguimiento para la UPGD, por parte del SISVAN.** **Notificación Grupos de interés SISVAN:** 1. No cuentan con calidad de los datos para el grupo poblacional gestantes durante los meses de octubre con porcentaje de error de 40% y noviembre con porcentaje de error de 4.17 %, teniendo en cuenta que el porcentaje de error permitido es hasta el 2%.	**SI**
	11 -Suba	**UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO DE SERVICIOS E**	**100%**	**85%**	**No se identifican hallazgos que requieran plan de mejora y/o seguimiento para la UPGD, por parte del SISVAN.** Adquirir los equipos antropométricos para los servicios de consulta externa pediátrica en los consultorios 204-205 no cuentan con cinta métrica, en 203 no cuentan con tallimetro. En servicios de Hospitalización no cuentan con cinta métrica.	**NO**
	12-Barrios Unidos	**UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CHAPINERO**	**89%**	**83%**	**Se identifican hallazgos que requieran plan de mejora y/o seguimiento para la UPGD, por parte del SISVAN.** **Equipos antropométricos:**1.No cuentan con infantometros que den cumplimiento a lo normado en la resolución 2465/2016 y UPGD no cuenta con 3 cintas métricas en consultorios de urgencias.	**SI**
SUBRED	**LOCALIDAD**	**UPGD**	**PUNTAJE OCTUBRE**	**PUNTAJE ENERO**	**HALLAZGOS**	**PLAN DE MEJORA**
	03 - Santafé	**USS JORGE ELIECER GAITAN**	**56%**	**6[illegible]%**	**Se evidencian hallazgos que requieren de plan de mejora y seguimiento permanente por SISVAN. Equipos antropométricos:** 1. No cuentan con los equipos antropométricos para la atención de los menores de	**SI**

					5 años en el servicio de consulta externa en los consultorios 06 no cuentan con infantometro, en el 01 no cuenta con tallimetro y en el servicio de urgencias no cuentan con tallimetro. lo cual no da respuesta a lo estipulado en la resolución 2465/2016.	
	03 - Santafé	**USS LAS CRUCES**	**89%**	**6 %**	**Se evidencian hallazgos que requieran de plan de mejora y seguimiento permanente por SISVAN.** **Equipos antropométricos:**1. La upgd no cuentan con los equipos antropométricos que den cumplimiento a la resolución 2465/2016 faltando (1 tallimetro para consultorio medicina general,1 pesa persona digital para medicina general, 2 cintas métricas, consultorio enfermería y medicina general) 2. Los equipos antropométricos se encuentran con calibración vencida del 27/01/2023 por el laboratorio Set and Gad.	**SI**
	04 - San Cristóbal	**USS BELLO HORIZONTE**	**89%**	**%**	**Se evidencian hallazgos que requieran de plan de mejora y seguimiento permanente por SISVAN. Notificación Grupos de interés SISVAN:** 1. No cuentan con calidad de los datos para el grupo poblacional gestantes durante el mes de septiembre con porcentaje de error de 2,22%, teniendo en cuenta que el porcentaje de error permitido es hasta el 2%.	**SI**

	04 - San Cristóbal	**USS LOS ALPES**	**89%**	**8[illegible]%**	**Se evidencian hallazgos que requieran de plan de mejora y seguimiento permanente por SISVAN. Equipos antropométricos**:Los equipos antropométricos del servicio de consulta externa no cumplen con lo normado ya que en el consultorio 204 no cuentan con infantometro, en los consultorios 205 y 206 no cuentan con tallimetros e infantometros, no dando cumplimiento con lo estipulado en la resolución 2465/2016.	**SI**
	04 - San Cristóbal	**USS MATERNO INFANTIL**	**60%**	**8[illegible]%**	**No se evidencian hallazgos que requieran de plan de mejora y seguimiento permanente por SISVAN. Notificación Grupos de interés SISVAN:** No se deja plan de mejora por tableros de control específicamente por menores y adultos teniendo en cuenta que el porcentaje de error permitido es hasta el 2%. Sin embargo No se afecta la variable por tableros de control específicamente por menores y adultos teniendo en cuenta que al verificar la base el error no corresponde a la UPGD, si no a la calidad de la descarga desde dinámica de la subred centro.	**NO**
	18 - Rafael Uribe Uribe	**USS OLAYA**	**89%**	**8[illegible]%**	**No se identifican hallazgos que requieran plan de mejora y/o seguimiento para la UPGD, por parte del SISVAN.** Realizar reubicación de los estadiómetros en urgencias ya que presentan 5cm y 3cm por encima de lo normado, retirar guarda escoba consultorio 305 para así garantizar la medida antropométrica correcta(talla), retirar tallimetro consultorio 102 ya que no cumple con la normatividad.	**NO**

	18 - Rafael Uribe Uribe	**USS SAN JORGE**	**83%**	**100%**	**No se evidencian hallazgos que requieran de plan de mejora y seguimiento permanente por SISVAN.** No se deja plan de mejora por tableros de control específicamente por gestantes y adultos teniendo en cuenta los usuarios que presentan errores en las variables no pertenecen a la UPGD San Jorge por lo tanto se recomienda Realizar articulación con el área de facturación para mejorar el proceso de la facturación y evitar el cargue de pacientes que no pertenecen a la UPGD San Jorge y que pertenecen a la USS Bravo Páez.	**NO**
SUBRED	**LOCALIDAD**	**UPGD**	**PUNTAJE OCTUBRE**	**PUNTAJE ENERO**	**HALLAZGOS**	**PLAN DE MEJORA**
SUR OCCIDENTE	**07 - Bosa**	**CENTRO DE SALUD PABLO VI BOSA**	**83%**	**100%**	**No se evidencian hallazgos que requieran de plan de mejora y seguimiento permanente por SISVAN.** **Equipos antropométricos:**Realizar retiro de guarda escobas en los consultorios 204 y 211 para así garantizar la adecuada medida antropométrica como lo es la talla.	**NO**
	07 - Bosa	**CENTRO DE SALUD ESTACION**	**100%**	**100%**	**No se identifican hallazgos que requieran plan de mejora y/o seguimiento para la UPGD, por parte del SISVAN.**	**NO**
	08 - Kennedy	**HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY**	**72%**	**100%**	**No se evidencian hallazgos que requieran de plan de mejora y seguimiento permanente por SISVAN. Equipos antropométricos:**Continuar con la gestión de la adquisición de 3 infantometros y 3 cintas métricas para sala partos.	**NO**
	08 - Kennedy	**CENTRO DE SALUD BOMBEROS**	**100%**	**100%**	**No se evidencian hallazgos que requieran de plan de mejora y seguimiento permanente por SISVAN.**	**NO**

	08 - Kennedy	**CENTRO DE SALUD PATIOS**	**100%**	**100%**	**No se identifican hallazgos que requieran plan de mejora y/o seguimiento para la UPGD, por parte del SISVAN. Equipos antropométricos**:Realizar Ajuste del estadiómetro del consultorio 103 debido a que se encuentra con 1/2 cms por arriba de lo normado.	**NO**
	08 - Kennedy	**CENTRO DE SALUD BRITALIA**	**100%**	**100%**	**No se evidencian hallazgos que requieran de plan de mejora y seguimiento permanente por SISVAN.**	**NO**
	08 - Kennedy	**CENTRO DE SALUD CARVAJAL**	**100%**	**100%**	**No se identifican hallazgos que requieran plan de mejora y/o seguimiento para la UPGD, por parte del SISVAN.**	**NO**
	09 - Fontibón	**CENTRO DE SALUD FONTIBÓN**	**100%**	**100%**	**No se identifican hallazgos que requieran plan de mejora y/o seguimiento para la UPGD, por parte del SISVAN. Equipos antropométricos:** Realizar calibración de la báscula de pie con serial 2819 de consultorio de urgencias el cual tiene fecha de vencimiento 31/10/2023. Así mismo realizar solicitud de las calibraciones de los equipos próximos a vencer.	**NO**
	16 - Puente Aranda	**CENTRO DE SALUD TRINIDAD GALAN**	**100%**	**100%**	**No se evidencian hallazgos que requieran de plan de mejora y seguimiento permanente por SISVAN.**	**NO**
SUBRED	**LOCALIDAD**	**UPGD**	**PUNTAJE OCTUBRE**	**PUNTAJE ENERO**	**HALLAZGOS**	**PLAN DE MEJORA**
SUR	**05 - Usme**	**UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MARICHUELA**	**85%**	**8[illegible]%**	**No se evidencian hallazgos que requieran de plan de mejora y seguimiento permanente por SISVAN. Equipos antropométricos:** Realizar cambio de pesa persona consultorio 3, infantometro consultorio 13 y realizar mantenimiento de la pesa bebe consultorio 23.	**NO**

	05 - Usme	**UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BETANIA**	**100%**	**100%**	**No se identifican hallazgos que requieran plan de mejora y/o seguimiento para la UPGD, por parte del SISVAN. Equipos antropométricos:** Realizar retiro del guarda escoba del área del estadiómetro consultorio 17 .	**NO**
	05 - Usme	**UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD DANUBIO AZUL**	**100%**	**89%**	**No se evidencian hallazgos que requieran de plan de mejora y seguimiento permanente por SISVAN. Equipos antropométricos:** Gestionar la adquision de 4 tallimetros o 4 estadiómetros que den cumplimiento a la resolución 2465/2016.	**NO**
	05 - Usme	**UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD REFORMA**	**100%**	**89%**	**Se identifican hallazgos que requieran plan de mejora y/o seguimiento para la UPGD, por parte del SISVAN.** 1.Se evidencia 1 casos con inoportunidad en la notificación de evento 113 con ID 1017283961 el cual fue valorado el 06/12/2024 y notificado el 09/12/2024 estando con 3 días de inoportunidad.	**SI**
	05 - Usme	**UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LIBRADA**	**100%**	**100%**	**No se evidencian hallazgos que requieran de plan de mejora y seguimiento permanente por SISVAN. Equipos antropométricos:** Gestionar mantenimiento con Biomédica del tallimetro ubicado consultorio 3 y pesa bebe ubicado consultorio 1.	**NO**
SUR	**06 - Tunjuelito**	**UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL CARMEN**	**89%**	**100%**	**No se evidencian hallazgos que requieran de plan de mejora y seguimiento permanente por SISVAN Equipos antropométricos:** Gestionar la calibración de los equipos antropométricos próximos a vencer con fecha de Enero-Febrero 2025.	**NO**
	06 - Tunjuelito	**UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD TUNJUELITO**	**89%**	**89%**	**Se identifican hallazgos que requieran plan de mejora y/o seguimiento para la UPGD, por parte del SISVAN.** **Notificación Grupos de interés SISVAN:** No cuentan con calidad de los datos para el grupo poblacional gestantes durante el mes de octubre con porcentaje de error de 2,78% y para el grupo de adulto con porcentaje de error de	**SI**

					2,07 %, teniendo en cuenta que el porcentaje de error permitido es hasta el 2%.	
	19 - Ciudad Bolívar	**UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CANDELARIA I**	**100%**	**100%**	**No evidencian los siguientes hallazgos sujetos a plan de mejora y seguimiento permanente por SISVAN: Equipos antropométricos:** Realizar la instalación de los estadiometros en todos los consultorios que no cuentan con tallimetros.	**NO**

Planes de mejoramiento SISVAN

A continuación, se relacionan los resultados obtenidos durante las asistencias técnicas realizadas en el mes de noviembre y diciembre del año 2024, donde se reflejan las UPGD que requirieron de plan de mejoramiento, se realizó asistencia técnica en SISVAN a un total de **29 UPGD**, de las cuales 9 **UGPD (31.0%)** presentaron hallazgos que requirieron de implementación de plan de mejora, aumentando la cifra de estos significativamente a comparación con meses anteriores. (Ver Tabla 3). La subred en la cual se instauraron más planes de mejora fueron 2 Subred Centro Oriente y Norte.

SUBRED	LOCALIDAD	UPGD	PUNTAJE OCTUBRE	PUNTAJE ENERO	HALLAZGOS	PLAN DE MEJORA
NORTE	**10 - Engativá**	**UNIDAD DE SERVICIS DE SALUD ALAMOS**	**89%**	**72%**	**Se identifican hallazgos que requieran plan de mejora y/o seguimiento para la UPGD, por parte del SISVAN. Notificación Grupos de interés SISVAN:** 1. No cuentan con calidad de los datos para el grupo poblacional gestantes durante los meses de octubre con porcentaje de error de 57,14% y noviembre con porcentaje de error de 5,56 %. En grupo poblacional adultos en el mes de septiembre presentan silencio epidemiológico y en el mes de octubre el porcentaje de error se encuentra en 2,25%, teniendo en cuenta que el porcentaje de error permitido es hasta el 2%.	**SI**
	10 - Engativá	**UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BACHUE**	**89%**	**89%**	**Se identifican hallazgos que requieran plan de mejora y/o seguimiento para la UPGD, por parte del SISVAN. Notificación Grupos de interés SISVAN:** 1. No cuentan con calidad de los datos para el grupo poblacional gestantes durante los meses de octubre con porcentaje de error de 40% y noviembre con porcentaje de error de 4.17 %, teniendo en cuenta que el porcentaje de error permitido es hasta el 2%.	**SI**

	12-Barrios Unidos	**UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CHAPINERO**	**89%**	**83%**	**Se identifican hallazgos que requieran plan de mejora y/o seguimiento para la UPGD, por parte del SISVAN.** **Equipos antropométricos:**1.No cuentan con infantometros que den cumplimiento a lo normado en la resolución 2465/2016 y UPGD no cuenta con 3 cintas métricas en consultorios de urgencias.	**SI**
SUBRED	**LOCALIDAD**	**UPGD**	**PUNTAJE OCTUBRE**	**PUNTAJE ENERO**	**HALLAZGOS**	**PLAN DE MEJORA**
CENTRO ORIENTE	**03 - Santafé**	**USS LAS CRUCES**	**89%**	**67%**	**Se evidencian hallazgos que requieran de plan de mejora y seguimiento permanente por SISVAN. Equipos antropométricos:**1. La upgd no cuentan con los equipos antropométricos que den cumplimiento a la resolución 2465/2016 faltando (1 tallimetro para consultorio medicina general,1 pesa persona digital para medicina general, 2 cintas métricas, consultorio enfermería y medicina general) 2. Los equipos antropométricos se encuentran con calibración vencida del 27/01/2023 por el laboratorio Set and Gad.	**SI**
	03 - Santafé	**USS JORGE ELIECER GAITAN**	**56%**	**67%**	**Se evidencian hallazgos que requieren de plan de mejora y seguimiento permanente por SISVAN. Equipos antropométricos:** 1. No cuentan con los equipos antropométricos para la atención de los menores de 5 años en el servicio de consulta externa en los consultorios 06 no cuentan con infantometro, en el 01 no cuenta con tallimetro y en el servicio de urgencias no cuentan con tallimetro. lo cual no da respuesta a lo estipulado en la resolución 2465/2016.	**SI**
	04 - San Cristóbal	**USS BELLO HORIZONTE**	**89%**	**89%**	**Se evidencian hallazgos que requieran de plan de mejora y seguimiento permanente por SISVAN. Notificación Grupos de interés SISVAN:** 1. No cuentan con calidad de los datos para el grupo poblacional gestantes durante el mes de septiembre con porcentaje de error de 2,22%, teniendo en cuenta que el porcentaje de error permitido es hasta el 2%.	**SI**
	04 - San Cristóbal	**USS LOS ALPES**	**89%**	**83%**	**Se evidencian hallazgos que requieran de plan de mejora y seguimiento permanente por SISVAN. Equipos antropométricos**:Los equipos antropométricos del servicio de consulta externa no cumplen con lo normado ya que en el consultorio 204 no cuentan con infantometro, en los consultorios 205 y 206 no cuentan con tallimetros e infantometros, no dando cumplimiento con lo estipulado en la resolución 2465/2016.	**SI**

SUBRED	LOCALIDAD	UPGD	PUNTAJE OCTUBRE	PUNTAJE ENERO	HALLAZGOS	PLAN DE MEJORA
SUR	05 - Usme	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD REFORMA	100%	↓ 89%	Se identifican hallazgos que requieran plan de mejora y/o seguimiento para la UPGD, por parte del SISVAN. 1.Se evidencia 1 casos con inoportunidad en la notificación de evento 113 con ID 1017283961 el cual fue valorado el 06/12/2024 y notificado el 09/12/2024 estando con 3 días de inoportunidad.	SI
	06 - Tunjuelito	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD TUNJUELITO	89% =	89%	Se identifican hallazgos que requieran plan de mejora y/o seguimiento para la UPGD, por parte del SISVAN. Notificación Grupos de interés SISVAN: No cuentan con calidad de los datos para el grupo poblacional gestantes durante el mes de octubre con porcentaje de error de 2,78% y para el grupo de adulto con porcentaje de error de 2,07 %, teniendo en cuenta que el porcentaje de error permitido es hasta el 2%.	SI

Recomendaciones
Las UPGD deben plantear las acciones de mejora de acuerdo a los hallazgos evidenciados y que den respuesta a los mismos con fechas soportadas dentro de tiempos estipulados para su cumplimiento.

2 SIVIGILA TRANSMISIBLES

Durante el mes de enero del 2025 se realizan asistencias técnicas en 13 localidades pertenecientes a las cuatro subredes, en 33 UPGD evaluando las semanas epidemiológicas 40 a la 55 del 2024, distribuidas de la siguiente manera: Norte con el 18% (n: 6), Centro Oriente con 27% (n: 9), Suroccidente con el 21 % (n: 7) y Sur el 27% (n: 9)

Subred Norte: Durante el mes de octubre se realizan las asistencias técnicas en 6 UPGD distribuidas en las localidades Engativá, Suba, Barrios Unidos encontrando los siguientes hallazgos: *UYE NORTE:* Para el aplicativo instalado el 20 de diciembre 2024, en el momento de la asistencia técnica cuentan con dos equipos con la instalación del Sivigila escritorio, uno con la versión antigua y uno con la nueva versión instalado en el mes de diciembre, en este equipo es donde realizan la notificación, el otro no lo utilizan. La auxiliar refiere que no pudieron desinstalar el Sivigila de la versión antigua porque requerían mesa de ayuda, tiene clave administrador y no los deja. Se llama al técnico Yamile de Sivigila para desinstalar el aplicativo, se encuentra incapacitada, se realiza llamada a la localidad quienes informan que el día de mañana 28/01/2025 un técnico de Sivigila de la localidad realizará la desinstalación.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CSE SUBA: Se verifica actas de socialización de los coves correspondientes a los meses comprendidos entre octubre a diciembre de 2024. Para el mes de diciembre aún no se ha realizado la socialización. Se indica la importancia de realizar la socialización de la información divulgada en el cove de manera oportuna al interior de la UPGD Se verifica que durante el periodo de las semanas 40 a la 52 de 2024 se realiza la notificación de 437 eventos individuales cargados por la USS, No se evidencian error en georreferenciación, sin embargo en los insumos enviados por la sub red se evidencian 8 retroalimentaciones, las cuales fueron ajustadas por la USS, se evidencian notificación de 125 eventos individuales de periodicidad inmediata de los cuales un caso de evento 549 (0,8%) se notificó de manera tardía, en revisión de historia clínica se evidencia que cumplió con definición de caso el día 20/12/2024, lo anterior se ajusta durante asistencia técnica del subsistema SSR. se notificaron 437 de los cuales los casos relacionados a continuación se encuentra notificados no conforme a las definiciones de caso establecidos en los protocolos y manual de codificación de eventos de los cuales 3 eventos 813 donde un caso fue ingresado confirmado por laboratorio solo cuenta con ingreso de baciloscopia otro caso se verifico las pruebas complementarias ya que

se notificó con prueba COLORACIÓN ZIEHL NEELSEN, se comprueba historia clínica y se encuentra reporte de PCR, cultivo y BK, se solicita realizar ajuste 6 del laboratorio y cargar los reportes mencionados y el otro caso ingreso confirmado por clínica sin muestras, 3 casos de evento 210 los cuales ingresaron confirmado por laboratorio y debieron de ingresar desde probable, 4 eventos 345 de los cuales dos caso notificado desde probable COVID positivo, se realiza revisión de la notificación de los evento 346, el tercer caso fue Ajustado sin muestra; se revisa el caso encontrando que no se tomó muestra por no cumplir con definición de caso, por lo cual se descartó con envió de acta solicitada por Diana Cepeda de VSP y cuarto caso de este No presentaba concordancia resultado y valor, se verifica HC encontrando que el resultado es positivo y se encuentra mal ajustado (descartado), para evento 215 3 casos los cuales un caso debe realizar revisión de clasificación inicial, y el otro dos casos unos Caso sin ajuste y otro Caso descartado sin laboratorios, para evento 115 Pendiente laboratorio y ajuste; se revisa caso en Sivigila y ya se encuentra ajustado y caso 800 caso pendiente laboratorio y ajuste, se presentó 5 casos de eventos 750 notificados sin muestras, se verifica que ya fueron cargadas estas pruebas, se indica que los casos confirmados por laboratorio se deben notificar desde el inicio con los reportes de pruebas, Se encuentra un total de 312 eventos semanales notificados de los cuales 8 (2,5%) se encuentran tardíos, De los 136 casos sospechosos/ probables sujetos a ajustes, 4 casos se encuentran sin ajuste y no se encuentran dentro de los tiempos establecidos, se discriminan así: evento 115 Se encuentra ajuste en Sivigila 4.0, 2casos de evento 215 Pendiente revisión de caso por VSP para ajuste y eventos 800 Se encuentra dentro de los plazos establecidos, además se encuentran 16 casos ajustados inoportunamente de acuerdo a lo establecido al protocolo de los cuales 14 son evento 345, un evento 115 y un evento 215, "según revisión BAI realizada por la sub red identifican que hay eventos encontrados sin notificar por BAI un evento 720 y 352; Se aclara que los eventos de eliminación y erradicación derivan a la UPGD para asistencias técnicas por crítica por la omisión en su notificación.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ALAMOS: Se verifica que durante el periodo de las SEM 40 - 52 del 2025 la notificación de los eventos colectivos 995 No se encuentra duplicidad, se realiza verificación RIPS VS CIE 10 se debe realizar ajuste 7 a semana 46 falta un caso en grupo de edad de 20 a 39 años, para semana 48 falta 4 casos para grupo de edad 40 a 59 años y 1 caso para mayor de 60 años y en 998: semanas positivas 44,45,46,47,48,49,51 no se evidencia duplicidad en las semanas evaluadas ni comportamientos inusuales y además se debe realizar ajuste 7 a semanas 46 y 48, ya que contaban con impresión desactualizada de códigos CIE X Se deja como recomendación deben estar consultando página INS para garantizar notificación de eventos con actualizaciones se debe basar la búsqueda de los eventos colectivos en los anexos para IRA y EDA del INS

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BELLA VISTA: Se verifica que durante el periodo de las semanas 40 a la 52 de 2024 se realiza la notificación de 3 eventos individuales cargados por la USS, correspondiente al evento 113 (3). No se evidencian error en georreferenciación, sin embargo la subred realizo retroalimentaciones de calidad las cuales fueron ajustados. En cuanto a los eventos colectivos 995: no se evidencia duplicidad en las semanas evaluadas y se encuentra notificación de casos en las mismas y para el evento 998: solo se encuentra notificación de casos en la semana 50 Y 52, por lo cual se hace revisión de RIPS de las semanas restantes encontrando que efectivamente no hubo atención de pacientes con Dx comprendidos entre los códigos A00 a A09x

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CHAPINERO: Se verifica que durante el periodo de las semanas 40 a la 52 de 2024 se realiza la notificación de 107 eventos individuales cargados por la USS, No se evidencian error en georreferenciación, sin embargo en los insumos enviados por la subred se evidencian 11 retroalimentaciones, las cuales fueron ajustadas por la USS. En cuanto a los eventos colectivos para el evento 998: se evidencia duplicidad en la semana 51 con el sin respectivo ajuste D; se encuentra notificación de casos en todas las semanas evaluadas.
Se verifica la notificaron 107 eventos de los cuales 105 se encuentra notificados conforme a las definiciones de caso establecidos en los protocolos y manual de codificación de eventos, a excepción de un caso de 365 y un caso de leptospirosis.
la UPGD notifico 16 eventos que requerían toma de muestra de laboratorio los cuales garantizo la concordancia entre: módulo laboratorios (agente, tipo muestra y resultado) con la clasificación final (ajuste) y él evento notificado exceptuando a un evento 365 el cual se notificó confirmado por laboratorio con reporte negativo (se realizó ajuste 4) y un evento 455 también notificado como confirmado por laboratorio con prueba confirmatoria

MAT (sin reporte de las dos muestras de IgM previas), al hacer revisión de historia clínica se encuentra que la prueba procesada correspondía al primer IgM de inicio de síntomas.

PLAN DE MEJORA: *UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CSE SUBA:* se les genera plan de mejora ya que se encuentran por bai eventos sin notificar: 720 RC 1206230621; 352 CC 1051735279

SEGUIMIENTO DE PLAN DE MEJORA: *UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBA*:Realizado el seguimiento con corte a 15/01/2025 se observa: 4 Actividades completada presentando un avance en ejecución del 100%, por lo anterior se decide dar cierre al mismo

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EMAUS: Se realiza seguimiento con corte a 30/01/2025 se observan 5 Actividades completadas, lo que representa un avance en el cumplimiento del 100% de las acciones propuestas por la institución en el plan de mejora, por lo anterior se decide dar cierre al mismo

Subred Centro Oriente: Durante el mes de octubre se realizan las asistencias técnicas en 9 UPGD distribuidas en las localidades Santa Fe, San Cristóbal, Rafael Uribe, encontrando los siguientes hallazgos:

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD LAS CRUCES: Se verifica fichas de notificación en Dinámica encontrándolas actualizadas a la versión 12, sin embargo las de notificación individual están desactualizadas En cuanto a los eventos colectivos 995 no se evidencia duplicidad se realiza verificación CIE10 vs RIPS semana 51 falta un caso grupo edad 20 a 39 se realiza ajuste 7 durante asistencia, semana 42 ajustar total de consulta se encuentran 268 falta 5 consultas total 273 pendiente realizar ajuste 7, colectivo 998 semanas positivas 43,44,45,46 se constata adecuada notificación de acuerdo a revisión CIE 10 VS RIPS. Cuenta con fichas desactualizadas individuales de los dos eventos 300 notificados.

UYE CENTRO ORIENTE: Se verifica caracterización de Sivigila escritorio en las variables diligenciadas en el Sivigila 4,0 caracterización cuenta con el nombre de la persona responsable de la notificación. No se evidencia caracterizaciones diferentes a la institución en la tabla de UPGD del aplicativo Sivigila, a excepción del representante legal, se realiza actualización del representante legal en Sivigila escritorio, mediante la verificación del RESP de la subred centro oriente, se le da indicación que si no tiene eventos para notificar de Sivigila 4,0 se debe realizar la negativa y enviar el lunes al técnico de la localidad y enviar pantallazos de la actualización realizada. En el mes de octubre no se observa socialización de este cove por lo que se le baja se realizó baja de puntaje para esta proporción

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BELLO HORIZONTE: En el mes de Diciembre: se socializa el día 13/01/2025 se baja puntaje porque el mes de diciembre debe debió socializar en el mes de diciembre y socialización fue realizada hasta el mes de enero 2025. En el evento 995 se evidencia notificación semanal desde la semana 40 a la 52 con duplicidad para la semana 41 con el respectivo ajuste D sin actas no se envió de acta a la subred. Para el evento 998 con duplicidad en la semana 48 con ajuste D sin acta y se deja compromiso de realizar el acta y envió de está. se han identificado fallas en el proceso de notificación de eventos individuales de un evento 340 refiere que realizó retroalimentación al profesional de manera verbal no cuenta con el soporte de acta. se le da recomendación que se debe contar con el soporte de acta. Además para el periodo evaluado la UPGD se presentó notificación de 3 eventos semanales de los cuales un caso 340 está notificados de manera inoportuna, presentando una inoportunidad del (33,33%) captado por BAI no se observa soporte de socialización de evento ni soporte del acta de retroalimentación al profesional, lo que genera plan de mejora, este caso se encuentra ajustado con fecha de consulta del 09/12/2024 modificado por USS SANTA CLARA, se realiza revisión y paciente no tiene consultas para esa fecha ya que cuenta con la fecha de consulta es 01/11/202, se ajusta la captación de caso de rutinaria a captado por BAI, ya que es un caso captado por este medio se realizó consulta de este caso a referente de SSR Delia Jiménez. La UPGD realiza él envió del RIPS por módulo SIANIEPS del mes de diciembre:16/01/2024 inoportuno se genera plan de mejora porque está presentando está falencia desde la asistencia anterior.
Y se realizó envió del archivo RA por parte de la subred el día 31/12/2024, el cual se evidencia que no se cargado a Sivigila escritorio y el último enviado por la subred fue el día 22/01/2025 el cual no fue cargado, y se genera plan de mejora ya que es un compromiso de la asistencia anterior y no fue cumplido

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CARCEL DISTRITAL: Las Socializaciones de los cove noviembre y diciembre: 30/12/2024, se baja punto por socializar dos coves al finalizar el mes de diciembre, cuando se deben realizar a los días de haber realizado el cove local para mantener actualizado al personal médico de las alertas prioritarias, comportamiento de la notificación en el momento y fortalecer los eventos que la subred considere importantes.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD JORGE ELIECER: Se evidencian notificación de 8 eventos individuales de periodicidad inmediata 365 (7) y un evento 113, de los cuales se realizó de manera inoportuna un evento 365, otro Caso que ingresa como probable por alcohol adulterado con metanol, con reporte negativo para esta sustancia y positivo para alcohol etílico, en asistencia técnica de referente del evento de desde vigilancia sanitaria se realizó ajuste 7 de cara B en variable grupo de sustancias y ajuste 3 de cara A confirmando el evento.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MATERNO INFANTIL: Se evidenció que 1 de 278 registros (0,35 %) presenta error en georreferenciación y 2 de 287 (0,7%) error en variables de concordancia de sexo, los casos relacionados con observaciones ya contaban con ajuste previo a asistencia técnica.
Con respecto a la notificación de eventos colectivos para el evento 995 no se evidencia duplicidad, se evidencia comportamiento inusual semana 41 se realiza verificación CIE 10 VS RIPS se constata requiere ajuste 7 en variables de casos IRA y consultas pendiente ajuste 7.
Se verificaron las solicitudes de ajuste dirección, teléfono, barrio, código municipio, entre otras por parte del referente de Sivigila de la subred del aplicativo 4,0 y escritorio encontrando ajustes realizados por parte de la UPGD previo a la asistencia técnica. cuenta con 4 ajustes D de los eventos 113 (1) acta de 23/11/2024 evento correspondía a santa clara ,560(2) por no concordancia con RUAF fecha del acta 06/11/2024 750 (1) 21/10/2024 error número de documento.
En la verificación de la base de datos semana 40 a la 52 de 2024 se encuentra 302 casos notificados, de estos 278 fueron notificados por la UPGD excepto 2 eventos 215 clasificados uno como probable y otro como confirmado por laboratorio debieron ingresar como 4.
En los eventos de notificación semanal correspondientes a 155 (1) 215 (45), 352 (5), 357 (9), 365 (1), 465(1) 560 (19), 740 (7), 750 (27), 895 (3) 2 eventos inoportunos 1(357) y 1 (352) inoportunidad de 1,6% evaluado en el subsistema IAAS.
La UPGD notifico 28 eventos sospechosos y probables sujetos a ajuste correspondientes a 215(1), 720(24), 895 (3), los cuales 3 pendientes de ajuste 215 (1), 720 (2), se verifica durante asistencia ya se encontraban ajustados los 25 restantes ajustados dentro de los tiempos establecidos.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLAYA: La UPGD notificó un total de 108 casos individuales, de los cuales 93 fueron ingresados por La USS en donde Se encuentra 32 casos con hallazgos en registros, sin embargo, 5 ya habían sido realizados por la subred y 7 fueron errores en georreferenciación dirección por letras pegadas a los números de casos notificados en el mes de octubre, cuando la indicación desde Sivigila subred era no tener en cuenta esto en la georreferenciación, en este mes, la subred dio indicación por acta de seguir el manual de geocodificación , por este motivo no se tuvieron en cuenta estos casos en el conteo de los hallazgos, sin embargo, durante la asistencia técnica se realizaron los ajustes correspondientes. En total se encontraron 16 registros con hallazgos, 14 con error en código residencia y en dirección letras pegadas a los números y 2 casos del evento 210 con error en diligenciamiento lugar de procedencia, lo que representa un 17,2 %, alguno de estos casos fue tomados como insumo de retroalimentación enviado por la subred.
En cuanto a los eventos colectivos: Para el evento 998 en la semana 40 a 52, al verificar la base enviada por la UPGD se encuentra notificación en todas las semanas, sin embargo se presenta duplicidad o triplicidad y registro de 2 códigos de municipio con el 11001 y 11139 en todas las semanas así: semana 40, 41, 42, 43 , 44, 46, 47, 49 con duplicidad sin ajuste D , con diferente información en los datos, un registro con código 11001 y el otro con 11139, sin ajuste semana 45 con tres registros, con diferente información, sin ajuste D, 1 con código municipio 11001 y 2 con código municipio 11139. Semana 48 con tres registros, uno con código municipio 11001 y 2 con el código municipio 11139 con igual información, uno de ellos con ajuste D. Semana 50 con duplicidad, ambos con código municipio 11001 diferente información y sin ajuste D. Semana 51 con cuatro registros, los 4 con código municipio 11001, 2 registros con igual información, los otros dos diferentes y sin ajuste D.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAN JORGE: Para la notificación colectiva evento 995 todas semanas positivas no se evidencia duplicidad se realiza verificación RIPS VS CIE 10 para semana 45 falta 1 caso 5 a 19, semana 47 falta 1 caso grupo edad 5 a 19, semana 48, dos casos uno 5 a 19 y otro de 20 a 39, semana 51 falta mayor de 60 años realizar ajuste 7, contaba con base desactualizada ultimo protocolo IRA, se realiza socialización de protocolo basar búsqueda en anexo.

PLAN DE MEJORA EN SIVIGILA*: UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BELLO HORIZONTE:* se deja plan de mejora por hallazgos **HALLAZGO 1:** La UPGD presenta notificación de eventos semanales de un caso presentando inoportunidad del 33,33% no se observa soporte de socialización de evento ni soporte del acta de retroalimentación al profesional, **HALLAZGO 2:** La UPGD No realiza él envió oportuno del RIPS SIANIEPS del mes de Diciembre, este hallazgo es reincidente en cuanto a la asistencia anterior ya que también presentaron inoportunidad de un mes de envió **HALLAZGO 3:** La UPGD no realiza cargue del Archivo RA del mes de diciembre ni enero compromiso de la asistencia anterior que no se cumplió en está asistencia.

SEGUIMIENTO DE PLAN DE MEJORA: *UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAMPER MENDOZA:* Se realiza seguimiento con corte a 17/01/2025 se observa Actividad completa, lo que representa un avance en el cumplimiento del 100% de las acciones propuestas por la institución en el plan de mejora; por lo anterior se decide dar cierre al mismo

Subred sur occidente:
Para el centro de salud Estación no sujeto a plan de mejora. En cuanto a los eventos colectivos 995: se encuentra duplicidades de las semanas 44 con el respectivo ajuste D, para el evento 998: se evidencia duplicidad en las semanas 44 y 46 con el respectivo ajuste D y no se encuentra notificación de casos en las semanas 42, 48, 49 y 50, por lo cual se hace revisión de RIPS de dichas semanas encontrando que efectivamente no hubo atención de pacientes con Dx comprendidos entre los códigos A00 a A09x.

Para el centro de salud Pablo VI Bosa, no sujeto a plan de mejora Se verifica las actas de socialización de los coves correspondientes a los meses comprendidos entre octubre a diciembre del 2024. en el mes de Octubre: se socializa 08/10/2024 en cuanto la fecha de realización del cove esta se realizó antes del cove local que se realizó el 24 de octubre por lo que se le baja puntos refiere que es un error de digitación

Para el centro de salud Britalia, Se verifica que durante el periodo evaluado, en cuanto a los eventos colectivos, para el evento 995 se presentó notificación en todas las semanas con duplicidad en la semana 40 con ajuste D y envio de acta a la sub red con fecha de envio del 07/10/2024, para el evento 998, se presentó notificación positiva desde la semana 43 a la 52 con duplicidad en la semana 44 y 48 con ajuste D y envio de acta, en acta registran semana 43 pero es la 44, al verificar archivo error de carga, acta realizada por la subred se verifica que ""SOLICITAN PLANOS DE SEM 41 ESTOS SE ENVIAN EN SEMANAL 45"" presentando ""error de cargue"" tipo de error" "envia archivo de semana 41 en semana 44"" Al verificar archivo v6 en la semana 45 en observaciones reporta ""SE REALIZAN AJUSTES DESDE LA LOCALIDAD"""

Para el Centro De Salud Carvajal, al revisar socializaciones solo se encuentra pantallazo de cronograma de los temas a tratar el día por lo que se indica que este soporte no es válido, la persona que asiste debe realizar un acta socializando la temática revisada. La UPGD notificó un total de 2 eventos individuales, ingresados por la UPGD correspondientes al evento 850 (1) y 300(1). Se encuentra registros con hallazgos error en la geocodificación, de acuerdo a base retroalimentación enviada por la subred en cuanto a barrio y procedencia, el cual no cuenta con ajuste a la fecha por lo cual se baja punto, se realiza durante la asistencia técnica los ajustes respectivos. En cuanto a los eventos colectivos, para 995 se presentó notificación en todas las semanas con duplicidad en la semana 46 con acta del 27/12/2024 y envio a la subred este mismo día presenta comportamientos inusuales en la semana 42 , 50 y 52 en la variable total consulta externa sin embargo se corroboró en los RIPS enviados por la UPGD encontrando concordancia, de igual manera se verifica reporte de archivos cargados a sivigila 4.0 a excepción de la semana 45, que en el archivo V6 y en archivo ""archivos_cargados_SEM_46"" registra que presenta ""ERROR DE CARGA, ENVIA PLANO 995 NEGATIVO POR ESCRITORIO"" Se encontró notificación de un (1) caso individual que requería toma de muestra del evento

850 el cual se le garantizo la toma de muestra, paciente a quien de acuerdo al reporte de laboratorio le tomaron dos pruebas rápidas, sin embargo la segunda prueba registrada en el módulo corresponde a prueba 73-Elisa, se realiza ajuste,

Para el Hospital Occidente De Kennedy no sujeto a plan de mejora. Se verifica concordancia de número de camas. Cuentan con 24 UCI adulto, 14 UCI neonatal, 162 camas de hospitalización las cuales no están acordes al REPS ya que en sivigila escritorio está en 158, se ajusta en la asistencia acorde al REPS. Se verifica para el periodo evaluado, se evidencia notificación de 743 eventos individuales de los cuales 456 casos son notificados por la UPGD de los cuales 28 casos (6,14%) se presentan hallazgos de la georreferenciación en concordancia de las variables. En relación a los eventos colectivos 995 se evidencia duplicidad en la semanas 40 con ajuste D y acta del día 11/10/2024 y 51 con ajuste D acta del día 20/12/2024 con envió a la subred, Para el evento 998: se evidencia duplicidad en la semanas 46 con ajuste D con acta del día 23/11/2024, semana 48 con ajuste D acta del día 09/12/2024 con envió a la subred, se observa notificación de 94 evento inmediatos por parte de la UPGD 9 casos están notificado inoportuno, presentando una inoportunidad del (9,57%) por lo que se le baja puntos, un caso de meningitis el cual presenta unidad de análisis interna 23/12/20214 y la distrital es el 29/01/2024 el cual por visita critica del 30/12/2024 se les instaura plan de mejora y este se le envía el 02/01/2024 en espera de seguimiento y 7 casos de evento 346 los cuales se notifican cuando los resultados llegan en la base de SDS se notificó 453 eventos individuales por parte de la UPGD de los cuales 444 están conforme a las definiciones de caso según lo establecidos en los protocolos y el manual de codificación de eventos a excepción de 11 casos que no están acorde a clasificación inicial de notificación se presentó en un evento 365 el cual se notificó desde probable y este se debió notificar como confirmado por clínica, un evento 535 el cual debió ingresar desde probable y este ingreso como confirmado por laboratorio, 2 casos 345 no cumple para la definición de caso y fueron notificados estos cuentan con ajuste 6 de estos, un caso se verifico y si cumple con la definición de caso cuenta con socializaciones de evento del día 29/11/2024 por lo que no se deja plan de mejora y además socialización en los coves, No cumplen meta del evento 345 en semana 41 con 7 casos, 42 con 9 casos, 43 con 4 casos, 44 con 4 casos, 45 con 9 casos, 46 con 7 casos, 47 con 6 casos, 49 con 8 casos, 50 con 4 casos y 51 con 6 casos, refiere con respecto a cumplimiento de la meta que ha disminuido las consultas casos por este evento, además un caso 357 el cual ingreso desde confirmado por laboratorio y este debió ingresar confirmado por clínica el cual presenta ajuste 4, 3 casos de evento 215 que ingresaron confirmado por laboratorio de estos 2 casos presentan enfermades de cardiopatía y Osteocondrodisplasia se debían notificar confirmado por clínica estos presentan ajustes 4 y el otro caso presenta caso es craneorraquiquisis no se realiza ajuste 4 este debe ingresar como confirmado por clínica pendiente realizar ajuste se deja el compromiso de realizarlo, un evento 740 en cual se debió notificar como confirmado por nexo epidemiológico y este se notificó confirmado por laboratorio ya presenta el ajuste 5, se notificó también un evento 560 que no cumplía con la definición de caso el cual no se deja plan de mejora por este subsistema ya que se establecería por el subsistema de SSR, cuentan con 5 casos confirmados por laboratorios que no tienen cargado su laboratorio pero se verifico de un caso 342 es una neuromielitis no tiene habilitado el módulo de laboratorio, dos evento 215 y estos tienen ajuste 4, un evento 352 se realizó ajuste 4 en la asistencia fue un error de digitación y un evento 320 se encuentra su laboratorio cargado. Para el periodo evaluado la UPGD se presentó notificación de 362 eventos semanales de los cuales 23 casos están notificados de manera Inoportuna, presentando una inoportunidad del (6,35%) de los cuales 19 casos hacen parte del subsistema de IAAS. captados por BAI, se notificó 135 eventos probables/sospechosos por parte de la UPGD de los cuales 10 casos están pendiente de ajuste y 5 casos ajustados inoportunamente por lo que se le baja puntos, un evento 320 en espera de resultado de nivel central, eventos 535, 455 casos en tiempo de ajuste, 3 casos de evento 345 se encuentra con ajuste 6 y cargue de laboratorio, evento 720 con ajuste y laboratorio cargado, y dos caso de evento 215 con ajuste 4 se encontró notificación de 213 eventos individuales que requiriera toma de muestra a los cuales se 212 se les garantiza la toma de las muestras conforme a lo establecido en los protocolos de VSP, presenta un caso de evento 535 al cual no le garantizaron la toma de muestra corresponde a mortalidad que no enviaron a necropsia CC: 79908720
"

Para el Centro De Salud Patios sujeto a plan de mejora para SIVIGILA, Se verifica para el periodo evaluado, se evidencia notificación de 8 eventos individuales de los cuales 2 casos son notificados por la UPGD en donde se presentan hallazgos de la georreferenciación en concordancia de las variables en un caso (50%) en la dirección no está acorde a lo que indica el manual de nomenclatura, está retroalimentación fue enviada por parte

de la subred en el subsistema de sivigila en la semana 45 y no fue realizada por parte de la unidad por lo que se le genera plan de mejora, adicional no se observa retroalimentación a los profesionales sobre el diligenciamiento de las direcciones como indica el manual de nomenclatura este es compromiso de la asistencia anterior y no es cumplido por lo que se le baja puntos y se deja plan de mejora

Para el Centro De Salud Fontibón, no sujeto a plan de mejora para los colectivos notificación positiva en todas las semanas para el evento 995 y para el 998 excepto en la semana 52, en donde se encuentra la ficha pero en el pantallazo se observa que el subíndice ingresado es el 01 corresponde a otra institución (Hospital de Kennedy) , por lo cual se ingresa notificación del evento 998 durante la asistencia, se realiza ajuste D al Hospital Kennedy, queda pendiente envio por parte de la epidemióloga institucional del acta del ajuste D. La UPGD notificó un total de 222 casos individuales, de los cuales 151 fueron ingresados por la UPGD Se encuentra 10 registros con hallazgos por error en la geocodificación cuentan con los ajuste, durante el periodo evaluado se observa notificación de eventos inmediatos con 24 casos de los eventos un caso del evento 549 con 13 días de inoportunidad representando un 4,1% con registro fuente BAI, los eventos de notificación semanal (127 casos), 2 fueron notificados de manera inoportuna, presentando una inoportunidad del 1,57 % En cuanto al ingreso de laboratorios un caso del evento 813, no registra laboratorios en modulo laboratorios, al revisar interprise paciente cuenta con cultivo pendiente y prueba molecular no detectable, por lo cual se ingresan los laboratorios en el módulo de laboratorios en la asistencia técnica. Estar pendiente de hacer ajuste al tipo de confirmación en caso que el reporte del cultivo sea positivo.

Para el Centro De Salud Trinidad Galán, no sujeto a plan de mejora, cuenta con 66 casos ingresados por la UPGD, se encuentran 3 casos con error localidad y dirección con un porcentaje de 1,5% ya que dos se encontraban ajustados previos a asistencia, un caso con error variante grupo poblacional ajustado previo asistencia, cuenta con acta del 23/10/2024 ajuste D, evento 345 unidad no centinela solicitud por parte IRA-Transmisibles. En cuanto a los eventos colectivos 995 se evidencia duplicidad en la semana 40 la cual cuenta con ajuste D acta del día 06/12/2024 , se verifica concordancia RIPS vs CIE 10 semana 41 falta 3 casos para semana 51 falta 2 casos para grupo edad 30 a 39 y mayores de 60 falta 1 caso, semana 52 falta 1 caso de 20 a 39 y 1 caso mayor de 60, evento 998 no cuenta con duplicidades , semana 47 falta 1 caso grupo de edad de 55 a 59 años se realiza ajuste 7, Durante el periodo evaluado se evidencian 8 casos individuales de periodicidad inmediata 113 (1), 298(1), 345 (1), 365(4), 452(1) con una inoportunidad del 12,5% evento 298 tardío 6 días.

Subred sur:

Para el centro de salud Danubio Azul, no sujeto a plan de mejora, Se verifica las actas de socialización de los coves, en el mes de noviembre el acta no tiene fecha por lo que se les baja puntos, se evidencia notificación de 29 eventos individuales de los cuales 18 casos son notificados por la UPGD de los cuales se presentan hallazgos de la georreferenciación en un caso (5,5%), en relación a los eventos colectivos 995/998 se evidencia duplicidad en la semana 52 con ajuste D acta del día 23/12/2024 debido que se presentó un error de la fecha de notificación del evento del lunes para los dos eventos. La UPGD realiza el cargue oportunamente y con calidad de sivigila 4,0 exceptuando la semana 51 la cual se presentó error en la fecha de notificación de los colectivos asistió a reunión por parte de la subred el día 27/12/2024 se verifico mediante el correo electrónico de la UPGD, notificó 5 eventos que requerían toma de muestra de laboratorio, a un caso de 850 se le cargo el tipo de prueba errada una PCR por lo que queda pendiente realizar ajuste y volver a cargar nuevamente, sin aplicativo durante asistencia"

Para el centro de salud Marichuela, sujeto a plan de mejora, se evidencia notificación de 8 eventos individuales de los cuales 5 son notificados por la UPGD correspondientes a 813(1), 850(2) 750 (2) con una oportunidad del 80% evento 750 tardío 18 días, sin retroalimentación ni soportes que den respuesta a acciones de mejoramiento interno por parte de la USS ante falla en notificación adicional compromiso en asistencia anterior puntual de no presentar notificación tardía de dicho evento, por lo cual se establece plan de mejora. Para la notificación colectiva evento 995, semana 44 duplicada cuenta con acta pero no fue enviada, compromiso enviar a correos sivigila/transmisibles de la subred ya habían realizado solicitud por correo sin respuesta, se realiza verificación RIPS VS CIE 10 para semana 44 sobra un caso grupo edad mayor a 60 años realizar ajuste 7, demás semanas cuentan con concordancia según lo verificado para evento 998 semana 46 duplicada con ajuste D acta del día 21/11/2024, se realiza cruce CIE10 VS RIPS para semana 45 falta un caso grupo edad 10 a 14 años realizar

ajuste 7, reciben retroalimentación de errores en el cargue a SIVIGILA y en la notificación semana 45, "Se informa que el día 11 de noviembre, ella envió las fichas de notificación de eventos colectivos 995- IRA y 998-EDA al técnico local por medio de correo electrónico. Sin embargo, en horas de la tarde, el técnico verificó el cargue en SIVIGILA 4.0 y observó que la unidad no había realizado el cargue en dicha plataforma. Por este motivo, a través de un correo electrónico, solicitó realizar el cargue, el cual fue efectuado al día siguiente, el 12 de noviembre. Se informa que la unidad ha presentado un plan de mejora por omisión en la notificación de los eventos colectivos 995-IRA y 998-EDA. Dentro de correo menciona instauran plan de mejora se encuentra pendiente seguimiento por este hallazgo, para el periodo evaluada se encuentra no concordancia laboratorios evento 813 En SIVIGILA datos complementarios registra baciloscopia positiva pero el resultado es negativo, registra como prueba molecular no realizada, sin embargo, si se realizó y el resultado es detectado, cultivo positivo. En módulo de laboratorios se cargó el cultivo como prueba “4” que corresponde a PCR o prueba molecular, la prueba para ingresar cultivo es “55 cultivo”. Se realizan ajustes durante asistencia.

Para el centro de salud Reforma, no sujeto a plan de mejora, Se evidencia correcta caracterización del SIVIGILA acorde al REPS, excepto en la dirección en el cual falta en la georreferenciación el sur al final de la dirección puesta en SIVIGILA escritorio, por lo que se realiza el ajuste y se avisa a SIVIGILA subred. Para el evento 995 para la semana 41 en la variable consulta externa IRA falto en base en el grupo 6 edad 40 a 59 años 1 caso no reportado en base, por lo que el Total IRA consulta externa y urgencias para este grupo de edad son 2 no 1. Al revisar los RIPS del mes de noviembre de la semana 45 a 48 no registran casos para el código CIE 10 J00x a J022, sin embargo, en base registran datos en las semanas: 45, 46, 48. Por lo que se ajustan en la asistencia técnica. Pendiente realizar acta a médico que realizó notificación tardía del evento 113 de 3 días de inoportunidad. Durante el periodo la UPGD realizó notificación individual de periodicidad inmediata del evento 113 con notificación de 2 casos ingresado por la UPGD, de los cuales uno (1) 50 % se encuentra con inoportunidad de 3 días, en la asistencia técnica de SISVAN por este motivo dejo plan de mejora.

Para el centro de salud Santa Librada, no sujeto a plan de mejora, Se verifica las actas de socialización de los coves en el mes de octubre no se observa acta de socialización por lo que se le baja un punto. Se verifica para el periodo evaluado se evidencia notificación de 219 eventos individuales los cuales 146 son notificados por la UPGD se presenta hallazgos de 18 casos en la georreferenciación y en concordancia de las variables (12,3%), la UPGD presentó notificación de 138 eventos semanales de los cuales 3 casos están notificados de manera inoportuna, presentando una inoportunidad del (2,17%).
Para el centro de salud El Carmen no sujeto a plan de mejora, pendiente ajustar responsable en caracterización ya que se presenta cambio por licencia de maternidad de persona que estaba encargada, para las socializaciones de coves Noviembre: se verifica acta y listado de asistencia sin diligenciamiento de fecha, hora, lugar tema, responsable, diciembre: cove socializado el “17/10/12/2024”, con hallazgo de calidad en fecha.

Para el centro de salud Tunjuelito, no sujeto a plan de mejora, se verifica las actas de socialización de los COVES, se realiza baja de puntaje debido a que realizan los coves de octubre y noviembre en el mes de diciembre. Se verifica para el periodo evaluado notificación de 57 eventos individuales de los cuales 33 casos son notificados por la UPGD de los cuales se presentan hallazgos de la georreferenciación en concordancia de las variables en un caso (3,0%). Evento 998 se evidencia notificación en las semanas 40 con ajuste D con acta del día 21/11/2024 y envió a la subred, se realizó revisión del RIPS de octubre, noviembre con cruce de los CIEX 10 se encuentra acorde a los casos notificados, en el mes de diciembre no se pudo realizar el cruce no fue enviado. Para el periodo evaluado la UPGD se presentó notificación de 30 eventos semanales de los cuales 1 casos están notificados de manera inoportuna, presentando una inoportunidad del 3,33% por lo que se baja puntos.

3 IAAS

Subred norte:
De las 2 asistencias técnicas realizadas en el mes de enero 2025, en la subred norte se identifico inoportunidad de eventos individuales 357 y 352 en la USS Centro de Servicios Especializados, debido a que la mayoría de la notificación fue basada en búsqueda activa institucional, debido a esto se estableció plan de mejora; para la USS Chapinero se encontró cumplimiento, oportunidad y calidad en la notificación del evento 354.

Subred centro oriente:
En la USS Jorge Eliecer Gaitán se encontró cumplimiento, oportunidad y calidad en la notificación del evento 354 y 362 y no se presentó notificación de evento individual 352; En la USS Materno Infantil, se encontró inoportunidad en el 11.1% de los casos de 357 y 33.3% en los casos de 352; para los eventos colectivos 359, 354, y 362 se realizaron con oportunidad y calidad.

Subred sur occidente:
En el Hospital Occidente de Kennedy se encontró 62.9% de inoportunidad en el evento 357 y 30% del evento 352; los eventos colectivos se realizaron con oportunidad y calidad.
En el Centro de Salud Fontibón, no se realizo notificación de evento 357 y se encontró inoportunidad del 50% de los casos notificados del evento 352; no se establece plan de mejora, ya que se encontraron soportes de fortalecimiento con el personal médico.

Subred sur:
En las USS Santa Librada y Tunjuelito no se cuenta con servicios de UCI, salas de cirugía ni partos y en cuanto a la notificación de evento consumo de antibióticos se realizo con oportunidad y calidad.

4 SUBSISTEMA SISVESO

En el mes de enero de 2025 se realizaron 18 asistencias técnicas para el Subsistema SISVESO en las que se evidencia la participación de los profesionales en odontología durante la asesoría para el subsistema, en algunas UPGD también se contó con la participación de los profesionales encargados de la notificación de SIVIGILA, quienes apoyan al subsistema en la validación de calidad en los datos básicos.

Subred Norte: Durante el mes de enero se realizan las asistencias técnicas en 4 UPGD distribuidas en las localidades Engativá y Barrios Unidos encontrando los siguientes hallazgos:

USS BELLAVISTA: Calificación excelente 100% sin generación de hallazgos objeto plan de mejora
USS ALAMOS: Calificación excelente 100% sin generación de hallazgos objeto plan de mejora
USS BACHUE: De la muestra entregada 9 fichas desde VSP se evidencia en 1 ficha en la variable estado periodontal diligenciamiento incompleto de los sextantes, los cuales quedaron en blanco.
USS CHAPINERO: Se evidencio cumplimiento parcial del compromiso referente al registro de todas las variables acorde al instructivo; se evidencian hallazgos en 5 fichas de un total de 9 fichas enviadas por VSP las cuales en la variable de exploración oral ante la presencia de placa bacteriana marcan con una X y no usan el código 1 acorde al instructivo, en menores de 14 años continúan diligenciando soltero y no sin dato y algunas fichas estaban siendo diligenciadas en formato desactualizado
Se evidencio diligenciamiento de direcciones no acorde al manual de nomenclatura.

Subred Centro Oriente: Durante el mes de enero se realizan las asistencias técnicas en 6 UPGD distribuidas en las localidades Santa Fe, San Cristóbal y Rafael Uribe Uribe encontrando los siguientes hallazgos:

USS CRUCES: Se evidencio cumplimiento parcial del compromiso en la concordancia entre ficha e historia clínica; de la muestra de 5 fichas enviada desde VSP se evidencio en la cara A variables en blanco, en la cara B en la variable exploración oral no se está teniendo en cuenta todos los dientes que se encuentran en boca y pueden tomarse para su valoración acorde al instructivo; en la variable estado dentario se evidencia diligenciamiento incompleto en las casillas. Se evidencia diligenciamiento de direcciones no acorde al manual de nomenclatura.
De las 5 fichas revisadas se evidencia no concordancia en 1 ficha con HC en el diente 23 en estado dentario registran caries y en la hc presenta mancha café.

USS BELLO HORIZONTE: Se evidencio cumplimiento parcial del compromiso de envió de la meta establecida por parte de la Subred Centro Oriente de 15 fichas mensuales en el trimestre en el mes de diciembre hacen

entrega de 11 fichas; de la muestre de 6 fichas enviadas por VSP en 5 fichas presentaron hallazgos de calidad, en las cuales se evidencia en la variable visita al odontólogo en el último año, registran 1 vez y se diligencia motivo de no visita, en la variable exploración oral cuando no presenta diente para su valoración, se diligencia AT no NA y se debe marcar con una X el porcentaje de PB; cuando el país de procedencia es Venezuela en la variable de grupo poblacional se selecciona migrantes, en la variable exploración oral se encuentra el IPB en blanco; en la variable de estado periodontal cuando presenta el código A (sano), no se diligencia ninguna alerta epidemiológica; es un paciente de 1 año de edad en ocupación se registra menor de edad (9998) y el nivel educativo se diligencia sin dato, en la variable de exploración oral cuando no presenta diente para valorarse NA cuando debe diligenciarse AT.

USS LOS ALPES: Se evidencio cumplimiento parcial del compromiso de envió de la meta establecida por parte de la Subred Centro Oriente de 15 fichas mensuales en el mes de octubre entregaron 7 fichas, en el mes de noviembre entregan 9 fichas y en el mes de diciembre no cumplen con la meta entregando 2 fichas, además se evidencio envió tardío de la SE 46 recibido hasta la SE 52; De la muestra de 6 fichas enviadas desde VSP se evidencio en 2 fichas el porcentaje de PB en blanco.

USS CARCEL DISTRITAL: Se evidencia cumplimiento parcial del compromiso en la concordancia entre ficha e historia clínica; se realiza validación de fichas SISVESO con historia clínica encontrando en la ficha CC 80090435 no concordancia en el diente 41 en la ficha en el estado dentario diligencian como perdido y en el odontograma se encuentra sano de la muestra de 6 fichas enviadas por VSP se evidencia en 2 hallazgos de calidad en las cuales se evidencia cuando registran en grupo poblacional migrante, en estos casos el país, departamento y municipio de procedencia no corresponde a Colombia; en la variable exploración oral en el diente 11/51 registran ausente, a revisión de estado dentario cuenta con el 12 el cual puede tomarse acorde a lo indicado en el instructivo de diligenciamiento y además recordar que cuando no hay dientes presentes para valorar en este ítem no se registra ausente sino AT (ausencia total).

USS OLAYA: Calificación excelente 100% sin generación de hallazgos objeto plan de mejora.

USS SAN JORGE: Se evidencia cumplimiento parcial del compromiso en la concordancia entre ficha e historia clínica, en la ficha PPT 5114461 no concordancia debido a que en estado dentario indica que el 64 se encuentra sano y el 74 presenta caries y en el odontograma se evidencia el 64 resto radicular indicado para exodoncia y el 74 se encuentra sano, en la cara B se evidencia la variable de hábitos de higiene oral en blanco.

Subred Sur Occidente: Durante el mes de enero se realizan las asistencias técnicas en 3 UPGD distribuidas en las localidades Bosa, Kennedy y Puente Aranda encontrando los siguientes hallazgos:

CENTRO DE SALUD ESTACION: Se evidencian hallazgos en la cara A código de ocupación en blanco, en paciente menores de 14 años inadecuado diligenciamiento del estado civil, en cara B en la variable estado periodontal se evidencia inadecuado diligenciamiento de los códigos registran un número que no está dentro de estos, en la variable exploración oral se evidencian superficies en blanco. Para el trimestre evaluado Octubre, Noviembre y Diciembre 2024 (SE 40-52), se realiza verificación de la meta de las fichas de notificación pactado por la subred en el tablero de control enviado por VSP en el mes de Octubre 38 fichas, cumple con la meta, contaban con 1 profesional de 87 horas, 1 profesional de 4 horas y 1 profesional de 5 horas, se realiza revisión dentro de la asistencia técnica encontrando 38 fichas, en el mes de Noviembre 57 fichas de notificación, cumple con la meta, debían entregarse 52 fichas y en el mes de Diciembre 38 fichas de notificación, se realiza revisión dentro de la asistencia técnica encontrando 54 fichas, para este mes se encontraban 3 profesionales con novedades de descanso en la última semana de diciembre.

CENTRO DE SALUD BOMBEROS: Se evidencia cumplimiento parcial del compromiso en la concordancia entre ficha e historia clínica; se evidencia en la HC PPT 7997119 no concordancia entre lo registrado en la historia clínica con la ficha de notificación, en el odontograma se encuentra el 53, 63, 65 y 75 con caries y en la ficha en el estado dentario se encuentran sano; se evidencian hallazgos de calidad los pacientes de procedencia venezolana no registran el grupo poblacional de migrantes y se evidencia en pacientes menores de 17 años indican en la variable barniz de flúor esquema completo.

CENTRO DE SALUD TRINIDAD GALAN: La asistencia técnica es recibida por la líder de la Unidad Constanza Mosquera Rodríguez debido a que no se presentó bloqueo de agenda del profesional
Se evidencia inadecuado registro de la dirección no acorde al manual de nomenclatura.

Subred Sur: Durante el mes de enero se realizan las asistencias técnicas en 5 UPGD distribuidas en las localidades Usme y Ciudad Bolívar encontrando los siguientes hallazgos:

USS MARICHUELA: Se evidencio cumplimiento parcial del compromiso de envió de la meta establecida por parte de la Subred Sur de 25 fichas mensuales en el trimestre en el mes de octubre se entregan 19 fichas, en noviembre 21 fichas y en diciembre hacen entrega de 19 fichas, se evidencia hallazgos de calidad no registran variables migrantes a pacientes de procedencia venezolana y en la variable exploración oral cuando presenta AT están registrando el código 0 en las superficies

USS BETANIA: Se evidencian hallazgos de calidad en la variable de estado civil en menores de 14 años no registran sin dato, se evidencia código de ocupación en blanco; en la variable exploración oral registran NA Se evidencia diligenciamiento de direcciones no acorde al manual de nomenclatura

USS DANUBIO AZUL: Se evidencio cumplimiento parcial del compromiso de envió de la meta establecida por parte de la Subred Sur de 20 fichas mensuales en el trimestre, para el trimestre evaluado Octubre, Noviembre, Diciembre 2024 (SE 40-52), se realiza verificación de la meta de las fichas de notificación pactado por la subred en el tablero de control enviado por VSP en el mes de Octubre 16 fichas, cumple con la meta, en el mes de Noviembre 13 fichas de notificación durante la asistencia técnica se realiza revisión de las fichas notificadas encontrando un total de 15, cumple parcialmente y en el mes de Diciembre 8 fichas de notificación, durante la asistencia técnica se realiza revisión de las fichas notificadas encontrando un total de 13, cabe resaltar que desde la semana del 20 de diciembre no se encontraba en la unida los 3 profesionales de 4 horas por periodo de vacaciones y la profesional rural de 8 horas por finalización de este. cumple se recuerda la meta mínima de 20 fichas mensuales.

USS REFORMA: Se evidencian hallazgos de calidad en la variable exploración oral el porcentaje de IPB no lo seleccionan de acuerdo con el número de superficies con el código 1, en la variable exploración oral no están teniendo en cuenta todos los dientes en boca y que pueden ser tomados para su valoración acorde al instructivo, en estado periodontal registran como sano un paciente edéntulo total.

USS CANDELARIA LA NUEVA: Se evidencio cumplimiento parcial del compromiso de envió de la meta establecida por parte de la Subred Sur de 35 fichas mensuales en el trimestre; para el trimestre evaluado Octubre, Noviembre y Diciembre 2024 (SE 40-52), se realiza verificación de la meta de las fichas de notificación pactado por la subred en el tablero de control enviado por VSP en el mes de Octubre 11 fichas, durante la AT se realiza verificación de las fichas encontrando un total de 16 fichas, no cumple con la meta, en el mes de Noviembre 20 fichas de notificación durante la AT se realiza verificación de las fichas encontrando un total de 23 fichas no cumple con la meta y en el mes de Diciembre 16 fichas de notificación durante la AT se realiza verificación de las fichas encontrando un total de 28 fichas cumple parcialmente con la meta, y continúan presentando variables en blanco en cara A en datos básicos y en cara B en exploración oral y en estado dentario; cuando se presenta AT registran código sano tanto en exploración oral como en estado periodontal**.**

5 SIVISTRA

En el mes de enero de 2025 se realizaron 22 asistencias técnicas para el Subsistema SIVISTRA en las que se evidencia mejoría en el proceso, se presentó dificultad en el diligenciamiento de la ficha por parte de los profesionales de la UPGD, lo que genera perdida en la notificación de muchos casos

Subred Norte: Durante el mes de enero se realizan las asistencias técnicas en 3 UPGD distribuidas en las localidades Engativá, Suba y Barrios Unidos encontrando los siguientes hallazgos:

USS BELLAVISTA: Se obtiene calificación excelente 100% sin generación de hallazgos sujetos a plan de mejora

USS CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS: No realizan socialización de los casos intervenidos desde VSP

USS CHAPINERO: No se evidencia socialización de los casos intervenidos desde VSP, compromiso dejado además en el seguimiento a plan de mejora

Subred Centro Oriente: Durante el mes de enero se realizan las asistencias técnicas en 6 UPGD distribuidas en las localidades Santa Fe, San Cristóbal y Rafael Uribe Uribe encontrando los siguientes hallazgos:

USS CRUCES: No cuenta con notificación positiva en el trimestre, se deja como compromiso la notificación de manera mensual.

USS JORGE ELIECER GAITAN: Se obtiene calificación excelente 100% sin generación de hallazgos sujetos a plan de mejora.

USS BELLO HORIZONTE: No se cuenta con notificación positiva, se deja como compromiso la notificación de 1 evento mensual, no cumple con el compromiso de notificar 1 caso en el mes.

USS LOS ALPES: Se obtiene calificación excelente 100% sin generación de hallazgos sujetos a plan de mejora.

USS OLAYA: Se obtiene calificación excelente 100% sin generación de hallazgos sujetos a plan de mejora.

USS SAN JORGE: No cuenta con retroalimentación de casos intervenidos desde VSP, se evidencia inadecuado diligenciamiento de dirección acorde al manual de nomenclatura.

Subred Sur occidente: Durante el mes de enero se realizan las asistencias técnicas en 5 UPGD distribuidas en las localidades Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda encontrando los siguientes hallazgos

CENTRO DE SALUD PABLO VI BOSA: Se obtiene calificación excelente 100% sin generación de hallazgos sujetos a plan de mejora.

CENTRO DE SALUD BOMBEROS: Se obtiene calificación excelente 100% sin generación de hallazgos sujetos a plan de mejora.

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY: Se obtiene calificación excelente 100% sin generación de hallazgos sujetos a plan de mejora.

CENTRO DE SALUD FONTIBON: Se obtiene calificación excelente 100% sin generación de hallazgos sujetos a plan de mejora.

CENTRO DE SALUD TRINIDAD GALAN: Se presenta en las SE 40, 41, 43, 44, 45, 46, en las cuales no se envió notificación negativa al subsistema, se evidencia en la BAI trabajada que no contaban con eventos que cumplieran para ser notificados

Subred Sur: Durante el mes de enero se realizan las asistencias técnicas en 8 UPGD distribuidas en las localidades Usme, Tunjuelito y Ciudad Bolívar encontrando los siguientes hallazgos:

USS MARICHUELA: Presento notificación positiva de solo 1 caso en la SE 46, la Búsqueda activa que realizaba de manera semanal viene ahora realizándose mensualmente únicamente, manifiesta la persona encargada de la notificación que esto se ha dado por aumento de actividades dentro de la unidad, la ficha de notificación cuenta con espacios en blanco en estrato y condición final del caso, sin precrítica de la ficha

USS BETANIA: Se obtiene calificación excelente 100% sin generación de hallazgos sujetos a plan de mejora

USS DANUBIO AZUL: No se realizó socialización de retroalimentación enviada por VSP sobre el caso intervenido, de las 2 fichas notificadas se evidencia en 1 ficha variables en blanco en nombre de EAPB, grupo poblacional, dirección de residencia y nombre del profesional

USS REFORMA: No se evidencia notificación positiva en el trimestre, no cumple con el compromiso de notificación mensual de 1 caso mensual.

USS SANTA LIBRADA: Se obtiene calificación excelente 100% sin generación de hallazgos sujetos a plan de mejora

USS EL CARMEN: No realiza de manera semanal notificación en la SE 41 y 48.

USS TUNJUELITO: De 12 fichas de notificación presentaron hallazgos en 2 fichas encontrando en blanco nombre y teléfono del profesional, error en variable de barrio y localidad de ocurrencia.

USS CANDELARIA LA NUEVA: De 5 fichas de notificación presentaron hallazgos en 4 fichas encontrando la variable de datos de notificación en blanco.

6 CRONICOS
Se realizaron 11 asistencias técnicas en las 4 subredes.

Subred norte:

USS CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS: se encontraron 2 eventos 115 notificado como probables y con oportunidad menor a 8 días. (a la validación fecha consulta caso 1233925321 no es coherente con fecha en historia clínica inoportunidad de 17 días)

Subred centro oriente:

USS JORGE ELIECER GAITAN: Se encontró un evento 155 notificado oportunamente, confirmado por laboratorio y con oportunidad media en el resultado de la biopsia, aun no cuenta con fecha de inicio de tratamiento.

USS OLAYA: Se notificó 2 eventos 155 confirmados por laboratorio, uno de cáncer de mama y uno de cáncer de cuello uterino, resultado de biopsia con oportunidad alta, sin fecha de inicio de tratamiento para ambos casos, pero se verifica seguimientos.

USS SAN JORGE: Según revisión de base de datos y teniendo en cuenta insumos suministrados desde el subsistema de crónicos, la UPGD no realizo notificación de evento 115 y 155 durante el periodo evaluado.

Subred sur occidente:

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY: se notificaron 6 casos de evento 155 de los cuales el 66.6% se encuentran inoportunos y el 50% del total de casos presentan oportunidad baja en el resultado de biopsias.

CENTRO DE SALUD FONTIBÓN: se encontraron un (1) evento 115, notificados probable, notificado y ajustado de manera oportuna, con fecha de inicio de tratamiento.

Subred sur:

USS Marichuela, Danubio Azul, Santa Librada, Carmen y Candelaria la Nueva, del periodo evaluado semanas 40 2024 a la 52 2024 no se evidencian casos notificados para los eventos 115 ni 155, así como tampoco revisión de casos encontrados por SIANIEPS

7 HUERFANAS

Se realizaron 9 asistencias técnicas en las 3 subredes, excepto la subred Norte.

Subred norte:
Para el periodo evaluado no se realizaron asistencias técnicas

Subred centro oriente:

USS MATERNO INFANTIL: notificó un total de 24 casos del evento 342 de acuerdo con base evento 342 enviado por el referente de la subred, evidenciando notificación positiva desde la semana 40, 41,42, 44, 47, 48, 49, 50, 52 con reporte vía correo electrónico de notificación negativa en la semana 43,45,46,51.
En la USS Olaya no presento notificación del evento 342, así mismo no presentó casos encontrados por BAI pendientes de notificación, no presentan silencio epidemiológico, realizan envió de notificación negativa.

Subred sur occidente:

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY: no presenta notificación silenciosa para el periodo evaluado ya cuenta con notificación positiva de 1 caso del evento 342 en la semana 41 y realizó envió de notificación negativa enfermedades huérfanas en el periodo evaluado.

Subred sur:

En la USS Marichuela, Danubio Azul, Betania, Santa Librada, Carmen, Tunjuelito y Candelaria la Nueva, para el trimestre evaluado, la subred no presento notificación del evento 342, así mismo no presentó casos encontrados por BAI pendientes de notificación, no presentan silencio epidemiológico, realizan envió de notificación negativa.

8 SUBSISTEMA SIVIM

Se efectuaron 30 asistencias técnicas para las 4 subredes del distrito, las cuales se encentraron distribuidas de la siguiente manera, según programación: Subred norte con un total de 4 asistencias técnicas, Subred Centro Oriente 8 asistencias técnicas, Subred Sur Occidente con 10 asistencias técnicas y Subred Sur un total de 8 asistencias durante el mes de enero de 2025.
Se realizó fortalecimiento frente la calidad del dato en el diligenciamiento de la ficha de notificación, se fortalece temática relacionada con violencia de género e intrafamiliar, incluyendo definiciones y claridades relacionadas. Se tienen en cuenta generalidades para el cumplimiento de los criterios de notificación de eventos, dentro de lo cual se resalta tiempos de oportunidad, calidad del dato (teniendo en cuenta el correcto diligenciamiento de las variables en donde se identifican fallas específicas para cada UPGD) y definiciones de caso.

Subred norte: Se efectuaron 4 asistencias técnicas en las localidades de Engativá, Suba y Barrios Unidos, en las UPGD: Unidad De Servicios De Salud Bellavista, Unidad De Servicios De Salud Álamos, Unidad De Servicios De Salud Centro De Servicios Especializados y Unidad De Servicios De Salud Chapinero.
En las Unidades reportadas a continuación se identifican hallazgos relevantes frente a concordancia entre base de SIVIGILA D.C y casos reportados por la UPGD, criterios de oportunidad y criterios de calidad del dato:

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BELLAVISTA, se identifica en el cruce de información diferencia de 2 eventos entre reporte de base SIVIGILA DC e información interna de la Unidad. Se identifica en base de datos reporte de la Unidad notificadora de 3 eventos al SIVIM y según soporte físico y envío de correo electrónico,

verificados en el espacio de asistencia técnica, se halla reporte de un (1) caso, correspondiente al usuario con documento 1145231469 por negligencia.
Se verifica mediante Historia Clínica, que los dos casos con documentos 1076907833 y 1094056026, fueron notificados por la USS Engativá Calle 80.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS, se encuentra diferencia de 136 eventos, entre el número de casos que, se evidencian en el cruce de información de la base del SIVIGILA D.C, ya que reportan 140 casos y los enviados por la UPGD, según base interna, en donde reportan envío de 276 casos para el Subsistema de SIVIM.
Se identifica evento hallado por BAI, correspondiente al 0,7% de los casos reportados en la base de datos.
Durante la asistencia técnica se efectúa verificación de 9 eventos los cuales en el cruce de información se evidencian enviados con un tiempo superior a las 24 horas, hallando que fueron enviados de manera oportuna (inmediata); sin embargo, requirieron retroalimentación por parte de la Subred y la respuesta de la UPGD fue al día siguiente. Se identifica 1 evento de negligencia y abandono (11001NN7860), enviado de manera tardía, a las 48 horas. Se identifican fallas de calidad.
Respecto al proceso de ingreso al SIVIGILA D.C., de los eventos de Salud Mental, por parte de la unidad, indican que se encuentran pendientes para la asignación de usuario y contraseña. Refieren programación de capacitación en el mes de febrero, para iniciar el ingreso de los eventos al aplicativo SIVIGILA D.C.

SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORA SIVIM - SUBRED NORTE

USS QUIRIGUA

Hallazgos objeto a plan de mejora:

1. Se identifica caso, consulta 31/05/2024 y Notificación 17/07/02024), correspondiente al caso de gestante de alto riesgo, el cual se encuentra reportado de manera tardía (47 días de demora).
2. Se identifican fallas de calidad persistentes en las fichas de notificación verificadas

Segundo seguimiento realizado 23/01/2025. Se identifican 3 acciones completas y 1 parcial correspondiente a la Medición de conocimiento y adherencia. Retroalimentación de resultados específica para el evento.
Queda plan de mejora cerrado con un 80% de cumplimiento, teniendo en cuenta que logra dar cumplimiento parcial a las acciones planteadas en el mismo. Próximo seguimiento de la acción en asistencia técnica del mes de febrero

Subred centro oriente: Se efectuaron 8 asistencias técnicas en las localidades de Santa Fe, San Cristóbal y Rafael Uribe Uribe, a las UPGD Unidad De Servicios De Salud Las Cruces, Unidad De Servicios De Salud Jorge Eliecer Gaitán, Unidad De Servicios De Salud Cárcel Distrital, Unidad De Servicios De Salud Bello Horizonte, Unidad De Servicios De Salud Materno Infantil Unidad De Servicios De Salud Olaya Y Unidad De Servicios De Salud San Jorge.

Se generó plan de mejora a la UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BELLO HORIZONTE, debido a que no presentó cumplimiento de los dos compromisos establecidos en la visita técnica anterior.
En la localidad de San Cristóbal, se da apertura a asistencia técnica para los eventos de salud mental en la UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ALPES, efectuando la visita técnica con énfasis informativo, no evaluativo, teniendo en cuenta que por directriz se establece el SIVIM en la Unidad, durante el espacio se logra realizar fortalecimiento de generalidades para el subsistema, resaltando que por parte de la Subred se había efectuado capacitación en el mes de noviembre de 2024. Se descarga la Circular 019 y se establecen compromisos para garantizar la calidad y oportunidad de la notificación de eventos.

Subred sur occidente: Se efectuaron 10 asistencias técnicas en las localidades de Bosa, Kennedy, Fontibón, Puente Aranda a las UPGD Centro de Salud Pablo VI Bosa, Centro de Salud Estación, Centro de Salud Bomberos, Hospital Occidente de Kennedy, Centro de Salud Patios, Centro de Salud Carvajal, Hospital de Salud Mental Floralia, Hospital Fontibón y Centro de Salud Trinidad Galán.
Se identifican hallazgos relevantes frente a concordancia entre base de SIVIGILA D.C y casos reportados por la UPGD, criterios de oportunidad y criterios de calidad del dato en las UPGD:

CENTRO DE SALUD PABLO VI BOSA: Se identifica reporte de 46 eventos al SIVIM, de los cuales tres (3) eventos (5275486, 1011098636, 1055552512), fueron reportados en la notificación semanal, ya que los identificaron durante fin de semana en el mes de octubre, momento en el que la Unidad no contaba con personal para efectuar la notificación inmediata. Indican que actualmente ya se tomaron medidas y se encuentran efectuando el reporte continuo, incluido el fin de semana. Se generan observaciones de calidad relacionadas con inconsistencias entre variables (actividad de la víctima y ocupación, antecedentes de violencia y ocurrió antes, tipificación de violencia sexual) y en 1 eventos se halla de omisión en diligenciamiento de variable CONSUMO DE SPA. Obtuvo puntaje de 90.

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY, la Unidad presentó notificación de 204 eventos al SIVIM, Notificó 204 eventos al SIVIM. Presentaron 99% de oportunidad en el reporte los eventos al Subsistema de SIVIM, ya que se hayan dos (2) eventos con documentos 1007601984 y 79564315 enviados con tiempo superior a 24 horas (1%) y se identifica un (1) evento con documento 19325418 identificado por BAI, correspondiente al 0,5% del total de casos reportados por la Unidad. Se generan observaciones de calidad relacionadas con inconsistencias entre variables y fallas en diligenciamiento de variable MECANISMO para la violencia física (selección de opción OTROS MECANISMOS al tratarse de mecanismo contundente).
Durante el periodo evaluado se presentaron 6 casos descartados por no cumplir con definición de caso para SIVIM, al tratarse de eventos de violencia por terceros y que no corresponden a violencia intrafamiliar, por lo cual durante la asistencia se efectúa fortalecimiento en cuanto a definición de caso.

CENTRO DE SALUD BOMBEROS: La UPGD cumple con el 100% de los compromisos que se establecieron durante la anterior asistencia técnica. Se presenta notificación de 131 eventos, teniendo en cuenta cumplimiento frente a criterios de oportunidad y calidad establecidas, por lo cual mantiene el puntaje de 100%.

Subred sur: Se efectuaron 8 asistencias técnicas en las localidades de Usme, Ciudad Bolívar y Tunjuelito a las UPGD Unidad De Servicios De Salud Marichuela, Unidad De Servicios De Salud Betania, Unidad De Servicios De Salud Santa Librada, Unidad De Servicios De Salud Danubio, Unidad De Servicios De Salud Reforma, Unidad De Servicios De Salud El Carmen, Unidad De Servicios De Salud El Carmen Y Unidad De Servicios De Salud Tunjuelito.

Se identifican hallazgos relevantes frente a concordancia entre base de SIVIGILA D.C y casos reportados por la UPGD, criterios de oportunidad y criterios de calidad del dato en la UPGD **UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MARICHUELA**: Presentó notificación de 3 eventos, generando plan de mejora para el SIVIM, teniendo en cuenta inoportunidad de 39 días en uno de los eventos. Observaciones de calidad, teniendo en cuenta no cumplimiento frente a criterios de manual de nomenclatura y no realización de socialización y fortalecimiento., teniendo en cuenta inoportunidad de 39 días en uno de los eventos. Se establece plan de mejora para el SIVIM.

9 SUBSISTEMA SISVECOS

Se efectuaron 30 asistencias técnicas para las 4 subredes del distrito, las cuales se encentraron distribuidas de la siguiente manera, según programación: Subred norte con un total de 4 asistencias técnicas, Subred Centro Oriente 8 asistencias técnicas, Subred Sur Occidente con 10 asistencias técnicas y Subred Sur un total de 8 asistencias durante el mes de enero de 2025.

Subred norte:

Se efectuaron 4 asistencias técnicas en las UPGD: Unidad De Servicios De Salud Bellavista, Unidad De Servicios De Salud Álamos, Unidad De Servicios De Salud Centro De Servicios Especializados y Unidad De Servicios De Salud Chapinero.
En las Unidades reportadas a continuación se identifican hallazgos relevantes frente a concordancia entre base de SIVIGILA D.C y casos reportados por la UPGD, criterios de oportunidad y criterios de calidad del dato:

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BELLAVISTA: se **identifica diferencia de un (1) evento** entre los notificados por la unidad y los eventos registrados en la base de datos del subsistema. En el cruce de información reporta 2 casos notificados por la Unidad, correspondientes a: intento suicida e ideación suicida. En la asistencia técnica se realiza verificación de acuerdo con registros físicos y se halla reporte de un (1) evento (1015397081), correspondiente a ideación suicida, que se encuentra con fecha de consulta de 19/12/2024 y envío de 23/12/2024, hallándose oportuno.
Se efectúa verificación de evento con documento 1020789301, el cual fue atendido en la UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD Suba, en donde registran la realización de la ficha de notificación de SISVECOS**.**

subred centro oriente:
Se efectuaron 8 asistencias técnicas en las localidades de Santa Fe, San Cristóbal y Rafael Uribe Uribe, a las UPGD Unidad De Servicios De Salud Las Cruces, Unidad De Servicios De Salud Jorge Eliecer Gaitán, Unidad De Servicios De Salud Cárcel Distrital, Unidad De Servicios De Salud Bello Horizonte, Unidad De Servicios De Salud Materno Infantil Unidad De Servicios De Salud Olaya, Unidad de Servicios de Salud Alpes Y Unidad De Servicios De Salud San Jorge.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ALPES: En el mes de enero, se abre asistencia técnica para el Subsistema, por lo cual se efectúa énfasis informativo, no evaluativo. Durante el espacio se logra realizar fortalecimiento de generalidades para el subsistema, resaltando que por parte de la Subred se había efectuado capacitación en el mes de noviembre de 2024. Se establecen compromisos para garantizar la calidad y oportunidad de la notificación de eventos.

se identifican hallazgos relevantes frente a concordancia entre base de SIVIGILA D.C y casos reportados por la UPGD, criterios de oportunidad y criterios de calidad del dato, en la **UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BELLO HORIZONTE**: Se identifica falla en el proceso de notificación al subsistema, ya que se halla omisión en la notificación de 1 evento de conducta suicida (ideación suicida) con documento 79358774, identificado en el mes de noviembre, el cual no reporta en la base de datos. Ausencia del cumplimiento de la totalidad de los compromisos establecidos en la anterior asistencia técnica. Obtuvo puntaje deficiente (57%). Se genera plan de mejora.

Subred sur occidente:
Se efectuaron 10 asistencias técnicas en las localidades de Bosa, Kennedy, Fontibón, Puente Aranda a las UPGD Centro de Salud Pablo VI Bosa, Centro de Salud Estación, Centro de Salud Bomberos, Hospital Occidente de Kennedy, Centro de Salud Patios, Centro de Salud Carvajal, Hospital de Salud Mental Floralia, Hospital Fontibón y Centro de Salud Trinidad Galán.

Se identifican hallazgos relevantes frente a concordancia entre base de SIVIGILA D.C y casos reportados por la UPGD, criterios de oportunidad y criterios de calidad del dato en las UPGD:

CENTRO DE SALUD BOMBEROS**:** La UPGD cumple con los compromisos que se establecieron durante la anterior asistencia técnica. Se presenta notificación de 41 eventos, los cuales cumplen con los criterios establecidos para oportunidad y calidad, por lo cual mantiene el puntaje de 100%.

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY: La UPGD contó con cumplimiento de los compromisos establecidos en la visita anterior y fortalecimiento durante el trimestre a los profesionales. Durante el periodo evaluado reportó 178 eventos, Observaciones de calidad, relacionadas con omisión de variable población diferencial (3) Se identifican fallas en la clasificación inicial del caso e inconsistencias entre variables. Obtuvo un puntaje de 90%.

Subred sur:
Se efectuaron 8 asistencias técnicas en las localidades de Usme, Ciudad Bolívar y Tunjuelito a las UPGD Unidad De Servicios De Salud Marichuela, Unidad De Servicios De Salud Betania, Unidad De Servicios De Salud Santa

Librada, Unidad De Servicios De Salud Danubio, Unidad De Servicios De Salud Reforma, Unidad De Servicios De Salud El Carmen, Unidad De Servicios De Salud El Carmen Y Unidad De Servicios De Salud Tunjuelito

Durante las asistencias a las Unidades se presenta disminución en el puntaje debido a cumplimiento parcial de compromisos, al no ser efectuadas socializaciones y fortalecimientos establecidos en la anterior visita técnica.

10 SIVELCE

Se efectuaron 21 asistencias técnicas para las 4 subredes del distrito, las cuales se encentraron distribuidas de la siguiente manera, según programación: Subred norte con un total de 5 asistencias técnicas, Subred Centro Oriente 2 asistencias técnicas, Subred Sur Occidente con 6 asistencias técnicas y Subred Sur un total de 8 asistencias durante el mes de enero de 2025.

Durante cada asistencia realizada para el subsistema SIVELCE, se requiere realizar el fortalecimiento relacionado con las variables de la ficha en general de todos los eventos, con relación a los eventos de accidentes de tránsito, debe diligenciarse lugar de ocurrencia, barrio y UPZ, teniendo en cuenta que los accidentes de tránsito son verificados por la entidad de Tránsito y Transporte.
En el mes de enero UPGD ingresan para la realización de asistencia técnica para el Subsistema de SIVELCE teniendo en cuenta el reporte por Consulta Externa del Evento 453.

Subred norte: Se efectuó asistencia técnica en las UPGD: Unidad De Servicios De Salud Bellavista, Unidad De Servicios De Salud Álamos, Unidad De Servicios De Salud Bachué, Unidad De Servicios De Salud Centro De Servicios Especializados y Unidad De Servicios De Salud Chapinero.
Se abre asistencia técnica para el evento 453 en las UPGD: Unidad De Servicios De Salud Bellavista, Unidad De Servicios De Salud Álamos y Unidad De Servicios De Salud Bachué, en donde es de carácter informativo, haciendo énfasis en el proceso de notificación de estos eventos identificados por consulta externa. Se deja durante asistencia protocolo actualizado del evento 453.

Frente a concordancia entre base de SIVIGILA D.C y casos reportados por la UPGD, criterios de oportunidad y criterios de calidad del dato, se tienen los siguientes hallazgos:

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS, Se identifica diferencia de 53 casos, entre número de casos reportados en base de datos de SIVIGILA D.C (115) y los registrados por la Unidad en base interna (171). Se hallan 3 casos reportados con oportunidad por evento 452 (Lesiones por Pólvora pirotécnica), durante la Vigilancia Intensificada de Pólvora (VIP). Igualmente se verifican soportes, hallando que siguieron el protocolo establecido durante la Vigilancia Intensificada de Pólvora (VIP), enviando los reportes negativos y positivos según directrices Distritales
Posterior a verificación de eventos que, según el cruce se encuentran con notificación tardía, se identifica 1 evento no priorizado, con envío posterior a los tiempos establecidos, debido a falla en el cargue en el correo electrónico, de la ficha de notificación. Se genera compromiso especifico de garantizar el envío oportuno de los eventos, acorde con los tiempos establecidos

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CHAPINERO**:** La UPGD cumple con los compromisos que se establecieron durante la anterior asistencia técnica, se realiza seguimiento y cierre de plan de mejora. Se encuentra notificación de 119 eventos para el SIVELCE, los cuales cumplen con los criterios de oportunidad y calidad según eventos Obtuvo puntaje de 100%.

Subred centro oriente: Se efectuaron 2 asistencias técnicas en las localidades de Santa Fe y Rafael Uribe Uribe, a las UPGD Unidad De Servicios De Salud Jorge Eliecer Gaitán y Unidad De Servicios De Salud Olaya, las cuales obtuvieron un puntaje de 100% al presentar reporte de eventos de Lesión de Causa Externa con oportunidad y calidad. Contaron con cumplimiento de las directrices establecidas para el reporte de evento 452, durante la temporada de Vigilancia Intensificada de pólvora.

Subred sur occidente Se efectuaron 10 asistencias técnicas en las localidades de Bosa, Kennedy, Fontibón, Puente Aranda a las UPGD Centro de Salud Pablo VI Bosa, Centro de Salud Estación, Centro de Salud Bomberos, Hospital Occidente de Kennedy, Centro de Salud Patios, Centro de Salud Carvajal, Hospital de Salud Mental Floralia, Hospital Fontibón y Centro de Salud Trinidad Galán.
Se abre asistencia técnica para el evento 453 en las UPGD: Centro de Salud Pablo VI Bosa, Centro de Salud Estación, y Centro de Salud Patios.

Subred sur: Se efectuaron 8 asistencias técnicas en las localidades de Usme, Ciudad Bolívar y Tunjuelito a las UPGD Unidad De Servicios De Salud Marichuela, Unidad De Servicios De Salud Betania, Unidad De Servicios De Salud Santa Librada, Unidad De Servicios De Salud Danubio, Unidad De Servicios De Salud Reforma, Unidad De Servicios De Salud El Carmen, Unidad De Servicios De Salud El Carmen Y Unidad De Servicios De Salud Tunjuelito.
Se abre asistencia técnica para el evento 453 en las UPGD: Unidad De Servicios De Salud Marichuela, Unidad De Servicios De Salud Betania, Unidad De Servicios De Salud Danubio, Unidad De Servicios De Salud Reforma, Unidad De Servicios De Salud El Carmen

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LIBRADA: La UPGD no cumple la totalidad de los compromisos que se establecieron durante la anterior asistencia técnica, teniendo en cuenta que se realizan observaciones frente a calidad y se encuentran 5 eventos por BAI. Se encuentra notificación de 37 eventos para el SIVELCE, incluyendo dos eventos relacionados con pólvora durante la VIP. Se realiza fortalecimiento y claridades del proceso. Obtuvo puntaje aceptable (85%).

11 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Durante el trimestre evaluado se realizaron 4 asistencia técnicas en 3 UPGD, excepto la subred sur

Subred Norte:

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO: no se evidencia casos de MME que terminen en muerte materna
Se encuentra 50 casos notificados de los cuales 1 (2%) se encuentra tardío CC 1001886013, se verifica historia clínica de caso y se evidencia error en fecha de consulta a 20 quedando oportuna, adicional cuenta con error en variable de nombre ajustado durante asistencia, se realizó retroalimentación a médico tratante.
Se verifica un total de 13 casos de evento 215 en el periodo evaluado con el 100% notificados oportunos 9 con clasificación confirmado por clínica y 4 como probables, de los cuales dos ya se ajustaron 24105411148054 se encuentra dos veces ingresado uno con ajuste 6 el otro pendiente cuenta con laboratorios de confirmación de hipotiroidismo congénito, se establece comunicación con referente SSR VSP, pendiente realizar ajustes correspondientes, 24104111178542 ingresa como 2 uno con ajuste 4 paciente con sospecha de Síndrome de Down, defecto del tabique ventricular debió ingresar como 4, caso 1052951465 continua pendiente corresponde a un caso antenatal pendiente ajuste VSP cuenta con gestión de caso paciente corresponde a Coosalud pendiente activación de ruta.

Subred Sur Occidente:

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY: La UPGD realiza diagnóstico y notificación antenatal de los defectos congénitos: De los 20 casos notificados, 5 casos cuentan con diagnostico 1-prenatal, uno de ellos con marcación nativivo 1-en el nacimiento, el caso 1300004581 no fue notificado prenatalmente como probable cuando en la consulta del mes de julio realizan amniocentesis con reporte trisomía 21.

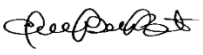
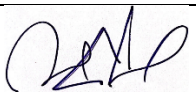
CENTRO DE SALUD FONTIBON: Se encuentra 89% de oportunidad en la notificación de 9 casos (549 MME) de los cuales un caso esta inoportuno 1030591612 debido a que médico no llena ficha epidemiológica si cumple

crítico para notificar se captó por la BAI presenta retroalimentación al profesional de salud del caso y protocolo el día 21/10/2024, no se deja plan de mejora ya que presentaron acciones de capacitación y realizan BAI diaria

COMPROMISOS*

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA
Revisión de porcentaje del grupo poblacional gestante de la Unidad de Servicios de Salud Bachue	Profesionales Especializadas de SISVAN	Febrero 2025

REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO	TELÉFONO	DIRECCIÓN/ OFICINA/	FIRMA
1	Ingrid Leal	redsivigila@saludcapital.gov.co	3142933943	SISSCO-SDS	
2	Andrea Rodríguez	aj2rodriguez@salidcapital.gov.co	3107864437	SDS	
3	Claudia Beltrán	cpbeltran@saludcapital.gov.co	3167873305	SDS	
4	Dary Ruiz	dgruiz@saludcapital.gov.co	3005547086	SDS	
5	Diana Franco	dc2franco@saludcapital.gov.co	3164975276	SDS	
6	Johanna Cortes	Jlcortes@saludcapital.gov.co	3649099 ext 9523	SDS	
7	María Alejandra Cabrera	Macabrera@saludcapital.gov.co	3154433318	SDS	
8	Lely del Pilar Espitia	lpespitia@saludcapital.gov.co	3116804126	SDS	
9	Ligia Robayo	lrobayo@saludcapital.gov.co	3112067023	SDS	

ASISTENTES

Anexo listado de asistencia SDS-PYC-FT-002.

Nota: Cuando la asistencia es igual o superior a 10 personas, se debe hacer uso del formato Listado de asistencia a reuniones SDS-PYC-FT-002, según lineamiento SDS-PYC-LN-011

Evaluación y cierre de la reunión

¿Se logró el objetivo?	Observaciones (si aplica)
Si (X) **No ( )**	

***** Se podrán incluir o eliminar filas de acuerdo con el requerimiento.