Tema: SOCIALIZACION DE RESULTADOS ASISTENCIAS TECNICAS PUBLICAS MAYO 2025

Dependencia (Dirección / Oficina)	**Proceso**
SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA

Objetivo	Fecha: 05/06/2025			
SOCIALIZACION DE RESULTADOS ASISTENCIAS TECNICAS PUBLICAS MAYO 2025	Tipo de reunión	Asistencia Técnica: Asesoría ( ) Capacitación ( ) Orientación ( ) Acompañamiento ( )		
		Otro (X) SOCIALIZACION		
	Modalidad:	Presencial ( )	Virtual (X)	Mixta ( )
	Lugar: VIRTUAL			
	Hora Inicio: 8 AM Hora Fin: 12:30 PM			
	Notas por: JULIAN PARRA			
	Próxima Reunión: LOS PRIMEROS 5 DIAS DEL MES DE JULIO 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:

SUBSISTEMA SISVESO:

En el mes de mayo de 2025 se realizaron 25 asistencias técnicas para el Subsistema SISVESO en las que se evidencia durante este trimestre un cumplimiento de la meta acorde a lo establecido por las subredes, en la mayoría de las UPGD, también se logra evidenciar mejoría en el diligenciamiento de las fichas acorde al instructivo de diligenciamiento.

Subred Norte: Durante el mes de mayo se realizan las asistencias técnicas en 7 UPGD distribuidas en las localidades Usaquén, Engativá y Suba encontrando los siguientes hallazgos:

USS SAN CRISTOBAL: Se realiza la revisión de 9 fichas las cuales fueron enviadas por la Subred Norte para este trimestre se evidencia recepción de 26 fichas por parte de la UPGD según tablero de control enviado en los insumos; las fichas verificadas son: PPT 7592983, PPT 7856600, CC 1000226970, PPT 4593594, TI 1146685003, PPT 4742627, CC 1018509791, CC 1000180876, PPT 5392636 En las cuales se evidencia en la ficha TI 1146685003 código de ocupación estudiante se encuentra en blanco. Se realiza la revisión de las 9 fichas en las que se evidencia en la ficha PPT 7592983 diligencian CRR 1 B 160 C 67, se recuerda que debe diligenciarse KR 1 B 160 C 67 acorde al manual de nomenclatura.

USS SANTA CECILIA: Se realiza la revisión de 9 fichas las cuales fueron enviadas por la Subred Norte para este trimestre se evidencia recepción de 13 fichas por parte de la UPGD según tablero de control enviado en los insumos; las fichas verificadas son : TI 1028401281, TI 1028407906, TI 1020769986, PPT 6304673, TI 1028402988, RC 1028409572, PPT 7568163, TI 1028404662, TI 1104776889 En las cuales se evidencia en la ficha PPT 7568163 paciente de procedencia venezolana en grupo poblacional se registra migrantes.

USS QUIRIGUA: Se realiza la revisión de 9 fichas las cuales fueron enviadas por la Subred Norte para este trimestre se evidencia recepción de 24 fichas por parte de la UPGD según tablero de control enviado en los insumos; las fichas verificadas son : CC 1014301716, TI 1028955709, RC 1145230577, TI 1137875869, RC 1145230428, CC 1014193439, TI 1146139824, RC 1077881977, TI 1030586415 En las cuales se evidencia en la ficha RC 1145230577 la variable de alertas a expensas de cariado y alertas a expensas de perdidos en blanco; en la ficha RC 1077881977 en la variable exploración oral se debe registrar el diente que se tomó para su valoración

USS LA ESPAÑOLA: Se realiza la revisión de 9 fichas las cuales fueron enviadas por la Subred Norte para este trimestre se evidencia recepción de 22 fichas por parte de la UPGD según tablero de control enviado en los insumos; las fichas verificadas son : CC 1015485157, PPT 1135636, PPT 1135634, CC 1014285898, CC 1000592537, CC 1015468606, PPT 5142700, TI 1031653905, CC 1135924034 En las cuales se evidencia en las fichas PPT 1135636 y PPT 1135634 paciente de procedencia venezolana en departamento y municipio de procedencia si no se tiene información puede registrarse Venezuela y en el grupo poblacional se registra como migrantes.
Se realiza la revisión de 9 fichas en las que se evidencia en la ficha PPT 5142700 diligencian TRV 90 F 89 26, se recuerda que debe diligenciarse TV 90 F 89 26 acorde al manual de nomenclatura.

USS GARCES NAVAS: Se realiza la revisión de 9 fichas las cuales fueron enviadas por la Subred Norte para este trimestre se evidencia recepción de 36 fichas por parte de la UPGD según tablero de control enviado en los insumos; las fichas verificadas son : PPT 6671122, CC 53008244, CC 1000380470, TI 1060126590, CC 80725933, 6779837, TI 1141117686, PPT 6555259, PPT 2149949 En las cuales se evidencia en la ficha TI 12060126590 Nombre del evento en blanco y código de ocupación estudiante en blanco y en las fichas PPT 6779837, TI 1141117686, PPT 6555259, PPT 2149949 código de ocupación estudiante en blanco

USS GAITANA 1: Se realiza la revisión de 9 fichas las cuales fueron enviadas por la Subred Norte para este trimestre se evidencia recepción de 54 fichas por parte de la UPGD según tablero de control enviado en los insumos; las fichas verificadas son : TI 1028954451, RC 1233921378, RC 1067038509, RC 1145230526, CC 4208126, PPT 7509798, CC 1031654107, RC 1145229333, RC 1145229332 En las cuales se evidencia en la ficha RC 1145230526 en la variable visita al odontólogo en el último año registran 1 vez, por lo tanto no se diligencia un motivo de no visita, en la variable exploración oral se debe registrar el diente que se tomó para la valoración; en la ficha PPT 7509798 en la variable estado periodontal registra código B, por lo tanto si cuenta con alerta epidemiológica y debe registrarse si en gingivitis, en las fichas RC 114522 9333 y RC 1145229332 pacientes con dentición mixta y registran fluorosis en temporales, se recuerda que la fluorosis se evalúa en pacientes mayores de 6 años en dentición permanente.
Se realiza la revisión de 9 fichas en las que se evidencia en la ficha RC 1233921378 diligencian CL 132 C # 132 34, se recuerda que debe diligenciarse sin uso de #, guiones, diagonales, acorde al manual de nomenclatura

USS RINCON: Se realiza la revisión de 9 fichas las cuales fueron enviadas por la Subred Norte para este trimestre se evidencia recepción de 43 fichas por parte de la UPGD según tablero de control enviado en los

insumos; las fichas verificadas son : RC 1031858706, TI 1031827513, TI 1033756575, PPT 7656847, TI 1028946738, PPT 6829130, TI 1019114145, TI 1054401184, RC 1118382266 En las cuales se evidencia en la ficha PPT 7656847 en procedencia el paciente es de Venezuela, en departamento y municipio de procedencia registran sin dato se recuerda que si no dan información pueden registrar Venezuela en las dos variables
Se realiza la revisión de 9 fichas en las que se evidencia en la ficha TI 1031827513 diligencian CLL 127 C BIS 95 28, se recuerda que debe diligenciarse CL 127 C BIS 95 28, TI 1033756575 diligencian CLL 138 A 113 09, se recuerda que debe diligenciarse CL 138 A 113 09 acorde al manual de nomenclatura.
La asistencia técnica del trimestre anterior fue recibida por la Dra. Carolina quien realizo socialización del acta del mes de febrero de manera verbal a la Dra. Nancy y al Dr. Erick no se encuentra envió de correo electrónico de socialización ni acta en físico, se recuerda contar con algún soporte de socialización.

Subred Centro Oriente: Durante el mes de mayo se realizan las asistencias técnicas en 4 UPGD distribuidas en las localidades Santa Fe, San Cristóbal y Rafael Uribe Uribe encontrando los siguientes hallazgos:

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUS PERSEVERANCIA: Se realiza la revisión de 6 fichas las cuales fueron enviadas por la Subred Centro Oriente para este trimestre se evidencia recepción de 28 fichas por parte de la UPGD según tablero de control enviado en los insumos; las fichas tomadas como muestra son: CC 1026262884. CC 1001509462, TI 1206222829, CC 10101048059, PPT 7867191, TI 1096810382 En las cuales se evidencia en la ficha CC 1026262884 en la variable exploración oral registrar el diente que se tomó para su valoración, en el porcentaje de IPB se registra de acuerdo a la cantidad de números 1 en las superficies, la variable de intervenciones inmediatos se encuentran en blanco; en la ficha CC 1001509462 en la variable de exploración oral el porcentaje de IPB se registra de acuerdo a la cantidad de números 1 en las superficies, la variable de intervenciones inmediatos se encuentran en blanco; en las fichas TI 1206222829, CC 10101048059, en la variable exploración oral registrar el diente que se tomó para su valoración. Se recuerda en la variable estado dentario completar las casillas acordes a la cronología de erupción.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ALTAMIRA: La UPGD presenta cumplimiento parcial frente a los compromisos de continuar con la notificación de vigilancia centinela de manera semanal de acuerdo con la meta establecida por parte de la Subred Centro Oriente 12 fichas mensuales y frente a la concordancia de datos de ficha con historia clínica.
Se realiza la revisión de 6 fichas las cuales fueron enviadas por la Subred Centro Oriente para este trimestre se evidencia recepción de 26 fichas por parte de la UPGD según tablero de control enviado en los insumos; las fichas tomadas como muestra son: CC 52058775, CC 48654152, TI 1016739371, TI 101674526, CC 10066136, CC 1023890873 En las cuales se evidencia en las fichas CC 52058775 paciente de 53 años registran en la variable barniz de flúor si en aplicación y si en esquema completo, se recuerda la resolución 3280; en la ficha CC 48654152 paciente de 54 años registran en la variable barniz de flúor si en aplicación y si en esquema completo, se recuerda la resolución 3280 en la variable estado periodontal marcan como alerta periodontitis y no se registra el código de bolsa periodontal; en la ficha TI 1016739371 en la variable exploración oral marcan en las superficies con X se recuerda que se registra 1 cuando presenta placa y 0 cuando no presenta placa, se debe completar el estado dentario acorde a la edad; en la ficha TI 101674526 en la variable exploración oral marcan en las superficies con X se recuerda que se registra 1 cuando presenta placa y 0 cuando no presenta placa, se debe completar el estado dentario acorde a la edad; en la ficha CC 10066136 paciente de 75 años de edad en estado civil registran sin dato en barniz de flúor registran que sí y en la variable exploración oral marcan en las superficies con X se recuerda que se registra 1 cuando presenta placa y 0 cuando no presenta placa; en la ficha CC 1023890873 paciente de 35 años registran en la variable barniz de flúor si en aplicación y si en esquema completo, en la variable exploración oral marcan en las superficies con X se recuerda que se registra 1 cuando presenta placa y 0 cuando no presenta placa.

Para el trimestre evaluado febrero, marzo y abril 2025 (SE 06 - 18), se realiza verificación de la meta de las fichas de notificación pactado por la subred en el trimestre anterior de 12 fichas mensuales; en el mes de febrero se reciben 14 fichas, cumpliendo con la meta, en el mes de marzo se reciben 10 fichas cumpliendo parcialmente con la meta, y en el mes de abril se reciben 2 fichas de notificación, cumple parcialmente con la meta, la profesional de SSO finaliza su rural en este mes. Para el trimestre evaluado febrero, marzo y abril 2025 (SE 06 - 18), se realiza verificación del envió de manera semanal al correo epidemiologia@subredcentrooriente.gov.co, confirmando la validación de la recepción por parte de VSP.
Se valida la concordancia de 6 fichas enviadas por la subred: CC 52058775, CC 48654152, TI 1016739371, TI 101674526, CC 10066136, CC 1023890873 encontrando en la ficha CC 48684152 en HC los dientes 18, 17, 16, 15, 14, 24, 25, 28 se encuentran registrados con mancha café y en la ficha de notificación registra caries (código 1), y el diente 26 en la HC registran obturado sano y en la ficha de notificación registra caries (1); en la ficha TI 1016739371 en la HC el 34 y 35 se encuentran en boca sano y en la ficha de notificación se encuentra en blanco por lo tanto cumple con un 70% de concordancia entre la historia clínica y la ficha de notificación.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CHIRCALES: Se realiza la revisión de 8 fichas las cuales fueron enviadas por la Subred Centro Oriente para este trimestre se evidencia recepción de 60 fichas por parte de la UPGD según tablero de control enviado en los insumos; las fichas tomadas como muestra son: RC 1206228134, CC 40881850, RC 1010764236, RC 1016750836, TI 1031173042, RC 1033824771, PPT 6538330, TI 1010241103 En las cuales se evidencia en las fichas RC 1206228134 en la variable estado dentario se debe completar las casillas acorde a la cronología de erupción; en la ficha RC 1010764236 en la variable estado periodontal el porcentaje de IPB debe registrarse acorde al total de #1 en las superficies; en la ficha RC 1016750836 tipo de identificación y año en blanco; en la ficha TI 1031173042 tipo de identificación y año en blanco, tachones y enmendaduras en fecha de consulta, en la variable estado dentario completar las casillas acorde a la cronología de erupción.
Se realiza la revisión de 8 fichas en las que se evidencia en la ficha RC 1206228134 registran dirección CL 49 B SUR 2 A ESTE 28 se debe diligenciar CL 49 B SUR 2 A 28 ESTE; en la ficha TI 1010241103 registran dirección CL 48 10 B 35 SUR se debe diligenciar CL 48 SUR 10 B 35 acorde al manual de nomenclatura.

USS DIANA TURBAY: La UPGD presenta cumplimiento parcial frente al compromiso de concordancia de datos de ficha con historia clínica.
Se realiza la revisión de 7 fichas las cuales fueron enviadas por la Subred Centro Oriente para este trimestre se evidencia recepción de 38 fichas por parte de la UPGD según tablero de control enviado en los insumos; las fichas tomadas como muestra son: RC 1028674314, RC 1023989753, PPT 6486975, RC 12062226041, TI 1010841715, CC 1007320508, RC 1023047175 En las cuales se evidencia en las fichas **RC 1028674314** No registran número de documento en cara B, antecedentes de salud en blanco, en la variable exploración oral no se registró el diente que se tomó para su valoración y el porcentaje de IPB debe registrarse de acu erdo al total de #1 que estén en la superficie, intervenciones inmediatas; en la ficha **RC 1023989753** número de documento en blanco en cara B, en la variable exploración oral no se registra el diente que se tomó para valoración, intervenciones inmediatas en blanco, en la variable estado dentario completar todas las casillas; en la ficha **PPT 6486975** registrar la dirección completa, en ocupación registran el código para estudiante 9998 se recuerda es 9997 y si el paciente es estudiante el nivel educativo no puede ser sin dato, la procedencia del paciente es lugar de nacimiento, para este caso Venezuela, en el estado periodontal el porcentaje de IPB se registra acorde al total de #1 que se encuentre en las superficies, la variable intervenciones inmediatas en blanco, completar el estado dentario acorde a la cronología de erupción; en la ficha **RC 12062226041** código de ocupación estudiante es 9997 no 9998, si la ocupación es estudiante el nivel educativo no puede ser sin dato, la variable de intervenciones inmediatas en blanco; en la ficha **TI 1010841715** Paciente de 16 años registran en ocupación 9998, paciente estudiante el código es 9997, por lo tanto el nivel educativo no puede

ser sin dato, en estado civil es soltero no sin dato, en la variable exploración oral no registraron el diente que se tomó para la valoración, las intervenciones inmediatas se encuentra en blanco, completar el estado dentario acorde a la cronología de erupción; en la ficha **CC 1007320508** el tipo y numero de ID está en blanco, al igual que el código de la UPGD y el código del evento, semanas de gestación, nombre de la EAPB, cuando paciente es de procedencia y residencia en Bogotá D.C el departamento también se registra Bogotá D.C no Cundinamarca, en la ocupación del paciente escribirla junto al código, principalmente las 3 que están dentro del instructivo, en la variable exploración oral se encuentra toda en blanco al igual que él % de IPB, la variable estado dentario se debe completar concordante a lo encontrado en la valoración clínica y registrado en la HC, la variable de fluorosis solo se diligencia en pacientes mayores de 6 años con dentición permanente; en la ficha **RC 1023047175** el tipo y numero de ID se encuentran en blanco al igual que el código del evento y el año, si la ocupación es estudiante el nivel educativo no puede ser sin dato.
Se realiza la revisión de 7 fichas en las que se evidencia en la ficha RC 1023047175 registran dirección KRA 5 H BIS A 49 B 47 SUR se debe diligenciar KR 5 H BIS A 49 B 47 SUR acorde al manual de nomenclatura.
Se valida la concordancia de 7 fichas enviadas por la subred: RC 1028674314, RC 1023989753, PPT 6486975, RC 12062226041, TI 1010841715, CC 1007320508, RC 1023047175 encontrando en la ficha CC 1007320508 en el diente 17 y 16 en HC presenta caries y en ficha obturado sano, el diente 12 en HC presenta caries y en ficha sano, el diente 11 en HC sano y en ficha obturado sano, del 22 al 27 en HC presenta caries y en ficha obturado sano, el diente 36 en HC obturado sano y en ficha sano y el diente 47 en HC obturado sano y en ficha sano, encontrando un concordancia del 70%.

Subred Sur Occidente: Durante el mes de mayo se realizan las asistencias técnicas en 6 UPGD distribuidas en las localidades Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda encontrando los siguientes hallazgos:

CENTRO DE SALUD OLARTE: Se realiza la revisión de 9 fichas las cuales fueron enviadas por la Subred Sur Occidente para este trimestre se evidencia recepción de 83 fichas por parte de la UPGD según tablero de control enviado en los insumos las fichas verificadas son: CC 1007727340, CC 1000520780, CC 1000780582, TI 1012466496, CC 1030689071, TI 1024518397, CC 1030630081, TI 1141329084, CC 1016055500 En las cuales se evidencia en la ficha CC 1030689071 en los antecedentes de visita al odontólogo en el último año se encuentra en blanco, en la variable estado dentario se debe completar acorde a la cronología de la erupción; en la ficha TI 1024518397 los hábitos de higiene oral y antecedentes personales de salud en blanco; se recuerda realizar precrítica de la ficha previo envió para evitar variables en blanco.

CENTRO DE SALUD PORVENIR: La UPGD presenta cumplimiento parcial frente al compromiso de concordancia de datos de ficha con historia clínica y no hay cumplimiento frente al compromiso de realizar precrítica de las fichas de notificación, previo envió de esta.
Se realiza la revisión de 7 fichas las cuales fueron enviadas por la Subred Sur Occidente para este trimestre se evidencia recepción de 70 fichas por parte de la UPGD según tablero de control enviado en los insumos las fichas verificadas son: RC 1034319244, TI 1233498491, CC 1026293271, CC 1074929367, CC 1000122025, TI 1146138345, RC 1023046001 En las cuales se evidencia en la ficha **RC 1034319244** Se encuentran variables en blanco en cara A y cara B como por ejemplo Tipo de ID, nombre de UPGD, unidad de medida edad, departamento de residencia, barrio de residencia, estrato, nivel de riesgo inicial, # ID en cara B, abandono de tratamiento, ingesta de medicamento, en la variable exploración oral el % de IPB se registra acorde a la cantidad de número 1 en las superficies, en la variable de estado periodontal registra código B y en alertas epidemiológicas registra gingivitis NO; en la ficha **TI 1233498491** se encuentran variables en blanco en cara A y cara B como por ejemplo, número de teléfono en blanco, unidad de medida edad, barrio y estrato, nivel de riesgo inicial en la Cara B el número de ID, esquema completo flúor, variable exploración oral, la dirección está incompleta, en la variable estado periodontal consigna códigos en cuadro de permanentes en

menores de 15 años y en estado dentario no cuenta con permanentes; en la ficha **CC 1074929367** departamento y municipio de residencia en blanco; en la ficha **TI 1146138345** se encuentran variables en blanco en el número de ID en cara B, última visita al odontólogo y abandono del tratamiento, la variable estado periodontal no es concordante con el estado dentario el cual está incompleto, las alertas a expensas se encuentra en blanco; en la ficha **RC 1023046001** en ocupación del paciente registra no aplica, no se puede consignar esta información, se encuentra en blanco el número de ID en la cara B la variable de última visita al odontólogo y abandono de tratamiento y alertas a expensas se encuentra en blanco se recuerda realizar precrítica de la ficha previo envió para evitar variables en blanco.
Se valida la concordancia de 7 fichas enviadas por la subred: RC 1034319244, TI 1233498491, CC 1026293271, CC 1074929367, CC 1000122025, TI 1146138345, RC 1023046001 encontrando en la ficha TI 1233498491 en la historia clínica se evidencia los dientes 16, 26, 36, 46 sanos en boca y en la ficha de notificación no se encuentra diligenciados por lo tanto tienen un 90% de concordancia entre lo registrado en la historia clínica y las fichas de notificación.

CENTRO DE SALUD ABASTOS: La UPGD presenta no cumplimiento frente a los compromisos de escanear la cara B de la ficha completa permitiendo se evidencie el número de documento de la parte superior y frente a realizar la precrítica de la ficha de notificación, previo envió de esta**.**

CENTRO DE SALUD ZONA FRANCA: La UPGD presenta cumplimiento parcial frente al compromiso de validar la concordancia de datos de ficha con historia clínica.
Se realiza la revisión de 6 fichas las cuales fueron enviadas por la Subred Sur Occidente para este trimestre se evidencia recepción de 45 fichas por parte de la UPGD según tablero de control enviado en los insumos las fichas verificadas son: CC 41324269, RC 1020009892, CC 79332410, CC 1010025886, TI 1206218623, RC 1030712650 Se evidencia en la ficha CC 41324269 en la variable estado periodontal registran el código 2 no se tiene claridad si es para calculo o bolsa; en la ficha CC 79332410 en la variable estado dentario se evidencian casillas en blanco
Se valida la concordancia de 6 fichas enviadas por la subred: CC 41324269, RC 1020009892, CC 79332410, CC 1010025886, TI 1206218623, RC 1030712650 encontrando en la ficha CC 79332410 se encuentra en la ficha en estado dentario en 16, 15, 24, 26, 27, 37, 35 y 47 están en blanco en la HC se encuentra obturado sano encontrando 90% de concordancia entre lo registrado en la historia clínica y las fichas de notificación.

CENTRO DE SALUD ALCALA MUZU: Se realiza la revisión de 6 fichas las cuales fueron enviadas por la Subred Sur Occidente para este trimestre se evidencia recepción de 46 fichas por parte de la UPGD según tablero de control enviado en los insumos las fichas verificadas son: TI 1028869620, CE 18462637, RC 1243860248, RC 1146150686, CC 41378683, CC 1028400540 En las cuales se evidencia en la ficha CE 18462637 paciente de procedencia venezolana en grupo poblacional registrar migrantes, abandono de tratamiento en blanco; en la ficha RC 1243860248 nombre del evento en blanco, en la variable exploración oral se encuentran superficies en blanco; en la ficha RC 114650686 registran ocupación jardín (estudiante) el código se encuentra en blanco se recuerda que se registra 9997 acorde al instructivo de diligenciamiento; de manera generalizada se evidencia en la variable de flúor en el esquema completo se encuentra en blanco.

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

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

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD DESTINO: Se realiza la revisión de 2 fichas las cuales fueron enviadas por la Subred Sur para este trimestre se evidencia recepción de 8 fichas por parte de la UPGD según tablero de control enviado en los insumos las fichas verificadas son: TI 1010963523, TI 1023014597 En las cuales se evidencia en las fichas TI 1010963523, TI 1023014597 en la variable estado dentario se debe completar acorde a la cronología de la erupción.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD USME: La UPGD presenta cumplimiento parcial frente al compromiso de validar la concordancia de datos de ficha con historia clínica.
Se realiza la revisión de 11 fichas las cuales fueron enviadas por la Subred Sur para este trimestre se evidencia recepción de 38 fichas por parte de la UPGD según tablero de control enviado en los insumos las fichas verificadas son : RC 1013699464, CC 1023875559, TI 1029294921, TI 1146132393, CC 52164532, PPT 6106277, RC 1141356998, RC 1029297066, PEP 7221778, CC 80254132, CC 53153541 En las cuales se evidencia en las fichas RC 1013699464, TI 1029294921, TI 1146132393, RC 1141356998, RC 1029297066 en la variable ocupación registran estudiante el código de la ocupación se encuentra en blanco se recuerda debe registrarse 9997; en las fichas CC 1023875559, PEP 7221778 en la variable ocupación registran hogar, el código de la ocupación se encuentra en blanco se recuerda debe registrarse 9998; en la ficha PPT 6106277 paciente de procedencia venezolana en grupo poblacional registrar la variable migrantes.
Se valida la concordancia de 11 fichas enviadas por la subred: RC 1013699464, CC 1023875559, TI 1029294921, TI 1146132393, CC 52164532, PPT 6106277, RC 1141356998, RC 1029297066, PEP 7221778, CC 80254132, CC 53153541 se evidencia en la ficha CC 52164532 en la HC se evidencia diente 17 y 16 obturados sano, 15 14 mancha café, 24 25 mancha café, 38 ausente, 37 obturado sano, 36 ausente 46, 47, 48 ausente y en la ficha 17 al 14 perdidos por caries, 24, 25 perdidos por caries, 38 obturado sano, 37 ausente 36 obturado sano, y 46, 47, 48 obturados sanos 80% de concordancia entre ficha e historia clínica.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MOCHUELO: Se realiza la revisión de 8 fichas las cuales fueron enviadas por la Subred Sur para este trimestre se evidencia recepción de 13 fichas por parte de la UPGD según tablero de control enviado en los insumos las fichas verificadas son : TI 1029290381, CC 1034284328, CC 1022926042, TI 1033725758, TI 1028895684, RC 1140937916, TI 1033774682, TI 1033737182 En las cuales se evidencia en las fichas TI 1029290381, CC 1034284328, CC 1022926042 fichas desactualizadas, por falta de papelería en la USS, TI 1033737182 en la variable exploración oral se encuentra en blanco las superficies y el porcentaje de índice de placa bacteriana.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PASQUILLA: Se obtiene calificación excelente 100% sin generación de hallazgos sujetos a plan de mejora

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MEISSEN: Se realiza la revisión de 13 fichas las cuales fueron enviadas por la Subred Sur para este trimestre se evidencia recepción de 40 fichas por parte de la UPGD según tablero de control enviado en los insumos las fichas verificadas son : CC 1001345643, RC 1245078051, TI 1029284483, PPT 5163089, PPT 904996, RC 1025567103, TI 1023899271, TI 1063286762, RC 1024606562, RC 1024613433, 1025565818, RC 12450787726, PPT 5829431 En las cuales se evidencia en la ficha CC 1001345643 ocupación ama de casa sin código, hábitos de higiene oral en blanco, en la ficha RC 1245078051 código de estudiante es 9997, en la ficha TI 1029284483 paciente de 14 años el estado civil debe registrarse soltero; en la ficha PPT 5163089 paciente de procedencia venezolana en grupo poblacional se debe registrar migrantes; en las fichas PPT 904996, RC 1025567103, TI 1023899271, TI 1063286762, RC 1024606562, RC 1025565818, RC 1245078726, PPT 5829431 el año se encuentra en blanco y el código de ocupación estudiante se encuentra en blanco.
Se realiza la revisión de 13 fichas en las que se evidencia en las fichas PPT 904996, la dirección registra guion;

en la ficha RC 1245078051 registran KR 17 A SUR # 81- 25 se recuerda debe diligenciarse sin guiones diagonales, numerales; en la ficha TI 1023899271 registran KRA 22 63-81 se recuerda debe diligenciarse KR 22 63 81 acorde al manual de nomenclatura.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VISTA HERMOSA: Se realiza la revisión de 11 fichas las cuales fueron enviadas por la Subred Sur para este trimestre se evidencia recepción de 46 fichas por parte de la UPGD según tablero de control enviado en los insumos las fichas verificadas son: CC 1000780065, CC 1036840142, RC 1095184003, TI 1120819740, TI 1044532937, TI 1029294911, RC 1013697981, CC 1012423091, TI 1029153496, TI 1028792855, CC 1023021594 En las cuales se evidencia en la ficha CC 1000780065 ficha desactualizada; en la ficha CC 1036840142 en la variable ocupación registran en casa, se recuerda registra hogar-ama de casa con el código 9996, en la variable exploración oral cuando no se cuenta con diente para valoración se registra AT, al igual que en la variable de estado periodontal, en la variable exploración oral en el último molar del 3 cuadrante registraron el diente 33 no aplica primero no es un molar segundo se toma del 38 al 34; en la ficha RC 1095184003 ocupación estudiante registraron código 9998 se recuerda se registra 9997; en la ficha RC 1013697981 ocupación estudiante registraron código 9998 se recuerda se registra 9997, en la variable intervenciones inmediatas se encuentra en blanco; en la ficha CC 1023021594 en la variable fluorosis cuando se encuentra el diagnostico, debe registrar código en todos los dientes.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAN JUAN DE SUMAPAZ: Se realiza la revisión de 13 fichas las cuales fueron enviadas por la Subred Sur para este trimestre se evidencia recepción de 17 fichas por parte de la UPGD según tablero de control enviado en los insumos las fichas verificadas son : CC 39766138, CC 1069230915, TI 1069230448, RC 1069231636, TI 1029284564, CC 1013601771, CC 1012417246, RC 1069231589, RC 1023421376, CC 1032656427, CC 1069231395, CC 1071431023, CC 39625595 En las cuales se evidencia en las fichas RC 1069231589, RC 1023421376 paciente menor de 14 años en estado civil registran soltero se recuerda que se diligencia sin dato

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD NAZARETH: La UPGD presenta cumplimiento parcial frente al compromiso continuar con la notificación de vigilancia centinela de manera semanal de acuerdo a la meta establecida por parte de la Subred Sur 3 fichas mensuales y frente a continuar con él envió de la notificación de manera semanal a los correos ya establecidos para la notificación de la Subred Sur.
Se realiza la revisión de 7 fichas las cuales fueron enviadas por la Subred Sur para este trimestre se evidencia recepción de 7 fichas por parte de la UPGD según tablero de control enviado en los insumos las fichas verificadas son : CC 20659915, CC 52149641, RC 1243859011, CC 79631217, CC 51973754, CC 52894459, CC 80367553 En las cuales se evidencia en las fichas CC 52149641 en la variable de exploración oral no toma los dientes acorde al instructivo, en la variable estado periodontal el sextante del 37 al 34 se encuentra en blanco y en el estado dentario se evidencia que si están presentes en boca este sextante, en la variable de otros hallazgos no registrar los CIE10, correspondientes a los 6 eventos dentro de la ficha; en la ficha RC 1243859011 en la variable estado civil registra soltero, paciente de 4 años de edad se recuerda que se registra sin dato hasta los 13 años 11 meses y 29 días, en la variable de exploración oral no toma los dientes acorde al instructivo; en las fichas CC 79631217, CC 51973754, CC 52894459, CC 80367553 en la variable de exploración oral no toma los dientes acorde al instructivo; así mismo de manera generalizada se encuentra que no registra el nombre de la UPGD acorde al REPS, se recuerda debe registrar USS NAZARETH
Para el trimestre evaluado febrero, marzo y abril 2025 (SE 06 - 18), se realiza verificación del tablero de control enviado por VSP de la meta pactada con la subred de las fichas de notificación evidenciando en el mes de febrero entrega 1 ficha, cumple parcialmente con la meta de notificación, en el mes de marzo entrega 1 ficha, cumple parcialmente con la meta de notificación, en el mes de abril entrega 5 fichas, cumple con la meta de notificación, se recuerda al odontólogo la meta pactada para esta UPGD 5 fichas mensuales.

La Doctora Carmenza referente del subsistema solicita que se le envíe los números de documentos de las fichas que se tienen hallazgo y no hay concordancia con la historia clínica para realizar los ajustes pertinentes.

SUBSISTEMA SIVISTRA:

En el mes de mayo de 2025 se realizaron 26 asistencias técnicas para el Subsistema SIVISTRA en las que se continúa presentando dificultad en el diligenciamiento de la ficha por parte de los profesionales de la UPGD, muchas de estas fichas son realizadas por los profesionales que verifican la notificación de SIVIGILA.

Subred Norte: Durante el mes de mayo se realizan las asistencias técnicas en 8 UPGD distribuidas en las localidades Usaquén, Engativá y Suba encontrando los siguientes hallazgos:

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAN CRISTOBAL: Se obtiene calificación excelente 100% sin generación de hallazgos sujetos a plan de mejora.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SANTA CECILIA: Se valida diligenciamiento de las 8 fichas de notificación y el tablero de control enviado desde VSP encontrando que en la ficha en la ficha CC 1020724428 en la variable de clasificación inicial del caso confirmado por clínica con precrítica confirmando esa clasificación. De manera generalizada se encuentra el código CIE-10 y nombre del diagnóstico en la variable de causa básica, se recuerda que esta se refiere es a la causa básica de la muerte

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SIMON BOLIVAR: Se obtiene calificación excelente 100% sin generación de hallazgos sujetos a plan de mejora

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VERBENAL: Se validan diligenciamiento de las fichas de notificación del trimestre febrero, marzo, abril del 2025 de 25 fichas de notificación encontrando error en calidad del dato en dos fichas relacionado con la clasificación inicial del caso quedaron como confirmados por clínica se realiza retroalimentación que todos ingresan como sospechosos.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOYACA REAL: Se obtiene calificación excelente 100% sin generación de hallazgos sujetos a plan de mejora.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD FRAY BARTOLOME DE LAS CASAS: La UPGD presenta no cumplimiento frente al compromiso frente a realizar la notificación semanal ante la presencia y/o ausencia de eventos de interés para el subsistema de vigilancia SIVISTRA al correo oficial de epidemiologia de la Subred, debido a que se encuentra silencio epidemiológico de semana 17, por lo cual se solicitó BAI por parte de referente local, se verifica envió de esta el 06/05/2025.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD GAITANA 1: Para el trimestre evaluado de febrero a abril 2025 (SE 06 a 18 2025), se evidencia correo enviado por semana ante presencia y/o ausencia de casos al subsistema sivistra a los correos establecidos. notificación negativa en las SE 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 y 17 del 2025 y notificación positiva en las SE 6 y 7 del 2025, con un total de 2 casos. Frente a la notificación negativa de los meses de marzo y abril no se realizó envió de BAI, la cual deben realizar cuando se presenta notificación negativa.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD RINCON: Se obtiene calificación excelente 100% sin generación de hallazgos sujetos a plan de mejora.

Subred Centro Oriente: Durante el mes de mayo se realizan las asistencias técnicas en 6 UPGD distribuidas en las localidades Santa Fe, San Cristóbal, Antonio Nariño y Rafael Uribe Uribe encontrando los siguientes hallazgos:
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PERSEVERANCIA: Se obtiene calificación excelente 100% sin generación de hallazgos sujetos a plan de mejora.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VICTORIA: La UPGD presenta cumplimiento parcial frente al compromiso de realizar notificación mensual positiva mínimo 2 casos en el mes.
En el tablero control enviado por VSP se encuentra 2 casos notificados Febrero: 0 caso Marzo: 2 casos, Abril: 0 casos. Dentro de la verificación de insumos se evidencia un total de 6 fichas de notificación para el trimestre evaluado y durante la asistencia técnica se realiza verificación de la notificación encontrando en Febrero: 3 casos, Marzo: 3 casos y Abril: 1 caso, para un total de 7 casos en el trimestre, así mismo se encuentra correo de confirmado la recepción por parte de técnico del subsistema

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ALTAMIRA: Se obtiene calificación excelente 100% sin generación de hallazgos sujetos a plan de mejora

UNIDAD DE SERRVICIOS DE SALUD SANTA CLARA: Se obtiene calificación excelente 100% sin generación de hallazgos sujetos a plan de mejora.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CHIRCALES: Se obtiene calificación excelente 100% sin generación de hallazgos sujetos a plan de mejora

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD DIANA TURBAY: Se obtiene calificación excelente 100% sin generación de hallazgos sujetos a plan de mejora

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

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

CENTRO DE SALUD PATIO BONITO: La UPGD presenta cumplimiento parcial frente al compromiso de realizar realimentación de casos intervenidos por VSP-SIVISTRA de la subred identificados en el trimestre, se encontraron 7 casos retroalimentados en el trimestre noviembre 2024 a enero 2025, escoger de ellos 2 para realizar a retroalimentación, solo retroalimento un caso

CENTRO DE SALUD ZONA FRANCA: Se validan diligenciamiento de las fichas de notificación del trimestre de febrero, marzo, abril 2025 encontrando notificación de fichas 10 de los cuales 5 presentaron adecuado diligenciamiento y calidad, y 5 con hallazgos CC 30569827 EAPB en blanco nombre profesional en blanco, CC 79815160, estrato en blanco, CC 65587132 clasificación del caso en blanco, nombre profesional en blanco, CC 51854807 Nombre profesional en blanco, CC 19710062 pertenencia étnica en blanco.

Subred Sur: Durante el mes de mayo se realizan las asistencias técnicas en 9 UPGD distribuidas en las localidades Usme, Tunjuelito, Ciudad Bolívar y Sumapaz encontrando los siguientes hallazgos:

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD DESTINO: Se validan la ficha de notificación CC 1056955495 la cual en la variable 1.1 no se evidencia el código de la UPGD y el nombre debe ser acorde al REPS, en la variable 2.10 departamento y municipio de procedencia y variable 3.1 departamento y municipio de residencia debe registrarse Bogotá D.C. y en la variable 3.5 clasificación inicial de caso si ingresa como sospechoso, en la precrítica se evidencia como confirmado por clínica.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD USME: Se validan 6 fichas de notificación se evidencia en las fichas CC 73569153, TI 1013607926 direcciones no acorde al manual de nomenclatura.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAN BENITO: Se obtiene calificación excelente 100% sin generación de hallazgos sujetos a plan de mejora

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MEISSEN: Se obtiene calificación excelente 100% sin generación de hallazgos sujetos a plan de mejora.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VISTA HERMOSA: La UPGD presenta cumplimiento parcial frente al compromiso de realizar notificación mínimo 1 caso mensual.
Para el trimestre evaluado febrero, marzo y abril 2025 (SE 06-18), se evidencia las semanas positivas para el subsistema SE 09, 10, 11, 12; en el tablero control enviado por VSP y verificación de envió se encuentran 5 casos notificados. Febrero: 1 caso, Marzo: 4 casos, Abril: 0 casos.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SAUD MOCHUELO: Para el trimestre evaluado febrero, marzo y abril 2025 (SE 06-18), no se presentó notificación positiva de casos en el trimestre. Se evidencia notificación negativa en las SE 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PASQUILLA: Para el trimestre evaluado febrero, marzo y abril 2025 (SE 06-18), no se presentó notificación positiva de casos en el trimestre. Se evidencia notificación negativa en las SE 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAN JUAN DE SUMAPAZ: La UPGD presenta no cumplimiento frente al compromiso de socializar al personal médico la presentación que se deja durante la asistencia técnica.
En el periodo evaluado febrero, marzo y abril 2025 (SE 06-18), no se evidencia socialización de la temática dejada en el trimestre anterior, encontrando socialización del acta de la asistencia técnica del mes de febrero con fecha del 18/02/2025 con la participación de 12 profesionales y en cuanto a la socialización de los casos intervenidos desde VSP se recibe correo con base hasta el 30 de abril, por lo tanto, la retroalimentación queda como compromiso para el próximo trimestre.
Se validan 4 fichas de notificación dentro de los insumos enviados, encontrando en la ficha CC 1023019741 y CC 80130857 clasificación inicial del caso confirmado por clínica y en la ficha CC 1023029173 la ficha esta desactualizada se encuentra la variable 3.3 fecha de consulta repetida dentro de la ficha, en la actualizada corresponde a la variable 3.6 fecha de hospitalización y la clasificación inicial se encuentra como confirmado por clínica; se recuerda para el subsistema se registra como sospechoso.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD NAZARETH: La UPGD presenta no cumplimiento frente al compromiso de socializar al personal médico la presentación que se deja durante la asistencia técnica.

En el periodo evaluado febrero, marzo y abril 2025 (SE 06-18), no se evidencia socialización de la temática dejada en el trimestre anterior, encontrando socialización del acta de la asistencia técnica del mes de febrero con fecha del 17/03/2025 con la participación de 8 profesionales en cuanto a la capacitación del subsistema no se evidencia acta y en cuanto a la socialización de los casos intervenidos desde VSP aún se encuentra pendiente la retroalimentación del caso de mes de febrero y el caso del mes de enero fue descartado.
Se valida 1 ficha de notificación CC 79632500, encontrando clasificación inicial del caso sospechoso y realizan precrítica como confirmado por clínica, en la variable 2,17,1 registran en precrítica contributivo y el paciente pertenece a régimen subsidiado se recuerda para el subsistema se registra como sospechoso.

SUBSISTEMA CRONICOS:

No se generaron hallazgos objeto plan de mejora para el subsistema

Subred Norte:

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SIMON BOLIVAR: Para el trimestre evaluado con cumplimiento del 99%.

Para el periodo evaluado se ha presentado notificación de 1 casos probables de evento 115 los cuales están notificados con oportunidad menor a 8 días. No cuenta con ajuste correspondiente a paciente le programaron cirugía para el 25/03/2025 pero por que la paciente tenía gripe y programaron para 07/04/2025 para USS Meissen a la fecha paciente no le han realizado el procedimiento pendiente ajuste, con respuesta oportuna a 3 casos solicitados desde VSP descartados, 2 casos eventos 155 de los cuales son CA de cuello y estos se encuentra inoportunos Mayor a 7 días os atrasos de citas dependen de la disponibilidad que presenta la subred al momento de que los pacientes saquen dicha cita médica. y de que el resultado de la biopsia sea extra institucionales. Garantizo oportunidad alta entre la toma de muestras y los resultados en los 2 casos notificados cuentan con oportunidad ALTA (menor a 8 días).

SUBRED CENTRO ORIENTE

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SANTA CLARA: Para el trimestre evaluado con cumplimiento del 100%.

la UPGD notifico 1 caso probable de evento 115 el cual esta notificado con oportunidad menor a 8 días. cuenta con ajuste 6 con oportunidad dentro de las 4 semanas epidemiológicas posteriores. para el periodo evaluado se ha presentado notificación de 2 confirmados de evento 155. 1 caso presento 332 días de inoportunidad en la notificación y el otro caso presenta 13 días de inoportunidad en la notificación. Para el caso 52906312 con 332 días de inoportunidad la UPGD realiza plan de mejora interna, fecha en que se realizó acta y plan de mejora el 26/02/2025. se realizó dos actividades:

1. realizar retroalimentación al profesional que realizo la lectura y dx de cáncer de mamá a la paciente, se realizó el 26/02/2025.

2. realizar inducción a los profesionales de psiquiatría sobre los aspectos generales del sistema de vigilancia en salud publica haciendo especial énfasis en el subsistema de crónicos. fue realizada el 05/03/2025. en cuanto a las fechas de tratamiento un caso paciente fallecida otro caso cuenta con fecha concordante

Como compromiso por parte del equipo es revisar la segunda acción del plan de mejora de Santa Clara ya que

no es claro por qué la retroalimentación fue para el servicio de psiquiatría.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VICTORIA: Para el trimestre evaluado con cumplimiento del 90%.

Se realizó notificación de 12 casos eventos 155 de los cuales un caso es CA de mama y 11 casos CA de cuello uterino de los cuales se encuentra con 4 casos oportunos presentando una oportunidad del 33%, indica que se presenta atrasos en la asignación de citas de los pacientes por lo que se realizó una reunión de la cohorte de crónicos para tratar de agilizar la asignación de cita de estas pacientes antes de los 7 días el día 09/04/2025, para los casos captados por la BAI presenta acta de retroalimentación de los dos casos y protocolo a profesional del día 09/05/2025 y presentan plan de mejora instaurado por epidemiologia institucional a ginecología del 16/05/2025. garantizo oportunidad alta entre la toma de muestras y los resultados en los 12 casos notificados 9 casos cuentan con oportunidad ALTA (menor a 8 días). Para la oportunidad media (entre 9 a 15 días) cuenta con 1 casos, 5 cuentan con fecha de inicio de tratamiento, desde vigilancia realizan seguimiento a tratamientos los cuales son retroalimentados a la UPGD. Cuenta con solicitudes gestión de casos captados por BAI_SIANIESP con respuesta tardía a uno de ellos por lo cual se baja puntaje.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CHIRCALES: Para el trimestre evaluado con cumplimiento del 100%.

No se notificaron casos probables ni confirmados del evento 115 ni confirmados del evento 155 . No cuentan con casos pendientes por notificar a la revisión del SIANIEPS

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD DIANA TURBAY: Para el trimestre evaluado con cumplimiento del 100%.

No se notificaron casos probables ni confirmados del evento 115 ni confirmados del evento 155 . No cuentan con casos pendientes por notificar a la revisión del SIANIEPS

SUBRED SUR OCCIDENTE

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ZONA FRANCA: Para el trimestre evaluado con cumplimiento del 100%.

Cuentan con notificación de un caso del evento 155 el cual se ingresó con clasificación inicial confirmado por laboratorio y con oportunidad de 65 días entre resultado de biopsia fecha de consulta caso biopsia de Colcan extrainstitucional que llevaba seguimiento en Soacha sin seguimientos por los mismos consulta el día 28/04/2025 control con ginecología con motivo consulta sangrado de 4 meses de evolución y reporte de patología con cancer invasor de cervix remitida para gineco - onco a hospital cancerológico. El caso notificado tiene oportunidad alta en el resultado de la biopsia (8 días). No cuentan con casos pendientes por notificar a la revisión del SIANIEPS.

SUBRED SUR

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD USME: Para el trimestre evaluado con cumplimiento del 100%.

No se notificaron casos probables ni confirmados del evento 115 ni confirmados del evento 155. No cuentan con casos pendientes por notificar a la revisión del SIANIEPS

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAN BENITO: Para el trimestre evaluado con cumplimiento del 100%.

No se notificaron casos probables ni confirmados del evento 115 ni confirmados del evento 155. No cuentan con casos pendientes por notificar a la revisión del SIANIEPS

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MEISSEN: Para el trimestre evaluado con cumplimiento del 91%.

La UPGD realiza notificación de un evento 115 el cual ingresa con clasificación inicial probable, ingresado con oportunidad desde la fecha de la consulta vs la notificación (menos de 8 días). El caso notificado como probable se encuentra con ajuste 3 del 09/05/2025 con diagnóstico definitivo de mielograma, pero en el momento de la notificación el caso contaba con criterios para ser confirmado por laboratorio. Realiza notificación de 17 casos 5 de CA de mama y 12 cuello uterino con una inoportunidad de 35,2% OPORTUNIDAD ALTA (menor a 8 días): 6 caso OPORTUNIDAD MEDIA (entre 9 a 15 días): 3 caso día OPORTUNIDAD BAJA (mayor de 15 días):8 caso, 6 caso cuenta con inicio de tratamiento y este es posterior o igual a fecha de resultado de la biopsia. Muestras procesadas por tercerizado Colcan.

La referente Karen Castiblanco pregunta si las unidades de chircales, Diana Turbay Usme y San Benito en las asistencias anteriores tampoco presentaron casos para los eventos 115 y 155, a lo que la respuesta de los profesionales es que ya llevan 6 meses sin notificación de estos eventos.

SUBSISTEMA HUERFANAS: No se generaron hallazgos objeto plan de mejora para el subsistema.

SUBRED NORTE

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SIMON BOLIVAR: Para el trimestre evaluado con cumplimiento del 97%.
Realizan capacitación sobre el subsistema, notificación y protocolo al personal médico el día 23/02/2025 y asistieron 4 profesionales, cumple con el 90% de capacitación a personal médico debido a la capacitación del trimestre anterior de hipertensión idiopática no fue realizada. Para el periodo evaluado la UPGD presenta notificación de 5 casos del evento 342 notificados manera inmediata 100%. Para el periodo evaluado la UPG presentó 6 casos de eventos de notificación de 215 defecto congénito de los cuales 2 caso cruza para evento 342, revisados con el CIE 10 pero no cumplen con la definición de evento para notificar Hipotiroidismo congénito sin bocio y artrogriposis múltiple congénita. No se identificaron casos captados por la BAI y no tiene casos nuevos pendientes por notificar y no se realizaron solicitudes por parte de la subred.

SUBRED CENTRO ORIENTE

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VICTORIA: Para el trimestre evaluado con cumplimiento del 97%.
Según revisión de bases para el periodo evaluado la UPGD presenta notificación para el evento 342 de 22 casos los cuales son notificados acorde al protocolo del evento. De los cuales 2 casos se le realizo ajuste en fecha de diagnóstico por error de digitación por lo que se baja puntos, la UPGD 14 casos del evento 215. No ha recibido solicitud de notificación de enfermedades huérfanas identificadas en SIANIEPS por parte de la sub red.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD DIANA TURBAY: Para el trimestre evaluado con cumplimiento del 98%. Se evidencia envió de 2 semanas acumuladas (6 y 7 - 14 y 15). se le recuerda que la notificación negativa debe ser enviada al correo de la subred.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CHIRCALES: Para el trimestre evaluado con cumplimiento del 100%. Durante el periodo evaluado, la UPGD no realizó notificación del evento 342, no presentaron solicitudes de notificar eventos captados por la subred.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SANTA CLARA: Para el trimestre evaluado con cumplimiento del 100%. La UPGD realiza notificación de 5 casos del evento 342. De estos 2 casos contaban con diagnóstico de fechas del año 2022 y año 2015 los cuales no ingresas a ser evaluados. Cuentan con una oportunidad del 100%. Presento notificación de 7 casos de eventos de 215 defecto congénito, se verifica que CIE 10 no cruza para el evento 342. UPGD NO presento requerimientos evidenciados en la base de los cruces de los RIPS SIANIESP para realizar formato BAI.

SUBRED SUR

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MEISSEN: Para el trimestre evaluado con cumplimiento del 98%. Realizar notificación negativa semanal al correo de la subred. Según insumos de la sub red para las semanas 10, 11, 13 y 14 no reportan notificación negativa, Para el periodo evaluado la UPGD presenta notificación de 6 casos del evento 342, tipo de caso (ingresados confirmado por clínica-tipo 4), casos cuentan con oportunidad del 100%, cuenta con 26 casos del evento 215 defecto congénito de los cuales 2 casos cruzan con el evento 342. No tiene casos nuevos pendientes por notificar. La subred no ha solicitado casos para revisión de notificación.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD USME: Para el trimestre evaluado con cumplimiento del 100%.
Se verificó notificación mensual negativa durante el periodo evaluado febrero a abril 2025. No presenta notificación de casos del evento 342 así como tampoco del evento 215, sin solicitudes por parte de VSP de verificación de casos.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAN BENITO: Para el trimestre evaluado con cumplimiento del 100%.
Se verificó notificación mensual negativa durante el periodo evaluado febrero a abril 2025. No presenta notificación de casos del evento 342 así como tampoco del evento 215. Presento solicitud de análisis de casos encontrados por BAI el cual fue descartado.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VISTA HERMOSA: Para el trimestre evaluado con cumplimiento del 100%.
Se verificó notificación mensual negativa durante el periodo evaluado febrero a abril 2025. No presenta notificación de casos del evento 342 así como tampoco del evento 215, sin solicitudes por parte de VSP de verificación de casos.

SUBSISTEMA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

No se generaron hallazgos objeto plan de mejora para el subsistema.

SUBRED NORTE

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SIMON BOLIVAR: Para el trimestre evaluado con cumplimiento del 96%.

Para el evento 560 se realizó ajuste solicitado por la subred: * SE DEBE AJUSTAR LA CAUSA SEGÚN RUAF

EN SIVIGILA NO PUEDE QUEDAR EL CODIGO P95X CC 1100393216 se realiza ajuste con corioamnionitis aguda según unidad de análisis refieren desde la UPGD que no recibieron retroalimentación por el subsistema previo a asistencia técnica. Se presenta notificación de 7 casos de eventos 560, de los cuales 6 oportunos y uno 1 caso inoportuno SE 11 (CC 1049938075) presentando una inoportunidad de 14,2%, cuenta con retroalimentación a profesional y capacitación a los demás profesionales del evento del día 30/03/2025 además realizan bai diaria y semanal y desde que se presentó la oportunidad los demás casos notificados están oportunos, por lo que no se deja plan de mejora porque tiene acciones realizadas.

SUBRED CENTRO ORIENTE

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VICTORIA: Para el trimestre evaluado con cumplimiento del 100%.

Para el periodo evaluado se presentó notificación de evento 550 cuenta con oportunidad tomada desde la fecha de defunción vs fecha de notificación.

Notifica 50 casos de evento MME con oportunidad 100%, con ajustes 7 oportunos, dos casos aún se encuentran hospitalizadas.

Se verifica notificación de eventos 215 (14), 560(7) 750 (15), 740 (1), 340 (1) y 850(3) los cuales se encuentra oportunos, cargados y concordantes en el SIVIGILA.

SUBRED SUR

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VIISTA HERMOSA: Para el trimestre evaluado con cumplimiento del 100%.

Para el periodo evaluado no se presentó notificación de evento 550.

Notifica 2 casos de evento MME con oportunidad 100%, con ajustes 7 oportunos, dos casos con remisión.

Se verifica notificación de eventos 215, 560 no notificaron casos para estos eventos. Notifican eventos 750 (3). No se encuentra notificación de casos del evento 340 ni 740. Cuenta con 1 casos de evento 850 con 100% de oportunidad no corresponden a mujeres en gestación, cuenta con pruebas rápidas cargadas y concordantes en el SIVIGILA.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MEISSEN: Para el trimestre evaluado con cumplimiento del 96%.

Se verifica notificación de mortalidad materna en la semana epidemiológica 10 de 2025. evidenciando cargue en el módulo de Sivigila con calidad. cuentan con unidad de análisis distrital del 03/04/2025.

Notifica 79 casos de evento MME con oportunidad 100%, con ajustes 7 oportunos.

Para el evento 215 se evidencia notificación semanal de 50 casos con una inoportunidad de 2% de 40 días SE

41 (1000213532). Para el evento 560 se evidenció notificación de 17 casos con una inoportunidad de 5,8 % SE 3 (1033802356) cuentan con soportes de retroalimentaciones a profesionales por lo que no se genera plan de mejora.

se verifica oportunidad en la notificación de los eventos 750 (17 casos con una inoportunidad de 23,5%, 740 (7 casos con inoportunidad uno de estos 14.2%), 340 (0 casos).

Cuenta con notificación de 3 casos de evento 850 con 100% de oportunidad no corresponden a mujeres en gestación, cuenta con pruebas rápidas cargadas y concordantes en el SIVIGILA, un caso de mortalidad verificando la concordancia de la fecha de la muerte con la de RUAF.

SIVIGILA TRANSMISIBLES

Durante el mes de mayo se realizó asistencias técnicas en 15 localidades pertenecientes a las cuatro subredes, en 34 UPGD evaluando las semanas epidemiológicas 6 a la 18 del 2025, distribuidas de la siguiente manera: Norte con el 32,3% (n: 11), Centro Oriente con 17,6% (n: 6), Suroccidente con el 23,5 % (n: 8) y Sur con el 26,4% (n: 9). Además, se realizó asistencia técnica a 3 UI en la subred Sur Occidente (2) con el 66,6 % y Sur (1) con el 33,3%.

SUBRED NORTE

Durante el mes de mayo 2025 se realizan las asistencias técnicas en 11 UPGD distribuidas en las localidades Engativá, Suba y Usaquén con los siguientes hallazgos:

Proporción de cumplimiento de Recurso Humano y tecnológico para el desarrollo de la Vigilancia en Salud Publica.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SIMON BOLIVAR*:* Se evidencia incorrecta caracterización de la UPGD en el SIVIGILA web y REPS respecto a las camas de cada una de las UCI.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SANTA CECILIA*:* En la caracterización SIVIGILA (página 1), dentro de las variables correspondientes a “Recursos para la vigilancia”, se encuentra desactivada la opción de unidad de análisis y COVE. Por tal motivo, se realiza solicitud formal al técnico de la localidad, vía correo electrónico, para la activación de estos dos ítems.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD QUIRIGUA: Se identifica la necesidad de realizar un ajuste en las variables de caracterización, dado que el responsable de la notificación registrado no corresponde con la persona asignada actualmente.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOYACA REAL*:* En página 1 de la caracterización en la sección de recursos adicionales, se encuentra deshabilitada la variable COVE. Por este motivo, se establece el compromiso de enviar un correo al técnico de la localidad solicitando el ajuste correspondiente. Durante la asistencia técnica se remite el correo de solicitud, y adicionalmente se realiza una llamada telefónica al técnico, quien manifiesta que realizará el ajuste y enviará el respectivo pantallazo como evidencia.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD RINCON: En la sección de recursos adicionales, se encuentra deshabilitada la variable Unidad de Análisis. Por tal motivo, se establece el compromiso de enviar correo al

técnico de la localidad solicitando el ajuste correspondiente. No se realiza contacto telefónico debido a que, durante la asistencia técnica, la plataforma SIVIGILA Web se encontraba fallando.

Para el resto de las USS hubo cumplimiento de Recurso Humano y tecnológico para el desarrollo de la Vigilancia en Salud Publica.

Proporción de cumplimiento del Proceso de capacitación y/o socialización de los temas de VSP en la UPGD.

El 100% de las UPGD evaluadas en la Subred Norte evidencian cumplimiento del proceso de capacitación y/o socialización de los temas relacionados con la Vigilancia en Salud Pública, conforme a los criterios establecidos en la evaluación.

Proporción de cumplimiento en la notificación con calidad de eventos de interés en salud pública.
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SIMON BOLIVAR: *Se* registran 7 retroalimentaciones desde Vigilancia en Salud Pública (VSP) por situaciones de inoportunidad. Se realizó un ajuste por georreferenciación en la semana epidemiológica 13 y se identificó duplicidad y triplicidad en los eventos colectivos (evento 995). Adicionalmente, se realizó un ajuste tipo D para el evento 549 (1 caso), con fecha del 10/04/2025, debido a error en número documento.
Durante el periodo evaluado (semanas epidemiológicas 6 a la 18 de 2025), se notificaron 65 casos individuales de eventos de periodicidad inmediata, con inoportunidad en 2 casos: evento 346 (1 caso) y evento 355 (1 caso), lo que representa un 3% de los casos inmediatos.
Asimismo, se notificaron 169 casos de periodicidad semanal, de los cuales 9 casos corresponden al subsistema de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS). Esto representa un 0,5% del total semanal notificado.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAN CRISTOBAL:
En relación con el evento 998, se evidencia notificación correspondiente a 7 semanas epidemiológicas, presentándose duplicidad en la semana 16. Se solicita realizar el ajuste tipo D y enviar el acta correspondiente a más tardar el día 28/05/2025. No se observan comportamientos inusuales en los eventos colectivos. Asimismo, se realizó revisión de los RIPS del periodo evaluado, los cuales se encuentran acorde con lo notificado.
Se registra retroalimentación por parte de la Subred Norte con solicitud de ajuste tipo D por duplicidad del evento 998, realizada el 25/04/2025. Sin embargo, la UPGD no ha efectuado dicho ajuste. Se deja como compromiso la realización del ajuste y el envío del acta correspondiente a la Subred Norte, con fecha límite el 28/05/2025.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SANTA CECILIA: Durante el trimestre evaluado, correspondiente a las semanas epidemiológicas 06 a la 18, la UPGD no realizó notificación de casos individuales.
En relación con los eventos colectivos, específicamente el evento 995, se evidencia notificación en 13 semanas sin presentarse duplicidades. Sin embargo, tras la revisión de los RIPS, se determina que no están acordes con lo notificado.
Asimismo, se identifica que durante las semanas 14, 15 y 17 se enviaron fichas negativas en lugar de las positivas correspondientes, razón por la cual debe realizarse nuevamente el envío correcto de las fichas. Esta inconsistencia impacta en el puntaje asignado al desempeño.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD QUIRIGUA: Se realiza la notificación de un (1) caso individual correspondiente al evento 850, sin presentarse errores de georreferenciación.
En cuanto a los eventos colectivos (995), se evidencian duplicidades en las semanas epidemiológicas 11 y 15, sin que se haya realizado el correspondiente ajuste D.
Durante el periodo evaluado, la UPGD no realizó retroalimentación al personal médico pese a haberse notificado un evento 850, el cual contaba con antecedente de VIH en 2021 sin contar con los laboratorios diagnósticos que cumplieran con los algoritmos establecidos para su notificación en SIVIGILA. No obstante, se cuenta con acta de fortalecimiento sobre la capacitación en pruebas pre y post test.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD GARCES NAVAS: Se verifica que durante el periodo comprendido entre las semanas epidemiológicas 6 a la 18 del año 2025, el centro de salud no reportó notificación de eventos individuales, ni se evidencian casos correspondientes al evento 875.
Se encuentra concordancia en el número de casos reportados entre la descarga enviada por parte de la Subred y la descarga realizada por la USS. Sin embargo, en ambas se reportan dos notificaciones negativas (evento 000) en las semanas 13 y 16. Tras la verificación de los insumos, se confirma que estas notificaciones se realizaron por solicitud de la Subred, al identificarse que en dichas semanas no se presentaron casos (numeradores) en el evento 995, ni en el evento 998, ni eventos individuales. Esta situación no concuerda con el PNS, el cual reporta 100% de semanas positivas. Lo anterior fue informado al referente distrital de SIVIGILA, quien indicó que se brindará claridad al respecto durante la mesa SIVIGILA de eventos transmisibles del mes de mayo. Por tanto, se recomienda estar atentos a las indicaciones posteriores de la Subred una vez finalice dicha reunión.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD FRAY BARTOLOME DE LAS CASAS:
Se verifica que durante el periodo comprendido entre las semanas epidemiológicas 6 a la 18 de 2025, se realizó la notificación de dos (2) eventos individuales cargados por la USS, correspondientes a los eventos 300 (un caso) y 850 (un caso). No se evidencian hallazgos relacionados con errores en la georreferenciación ni discordancias en las variables reportadas. No obstante, para el evento 850 se efectuó un ajuste tipo D debido a error en la digitación del número de documento, el cual cuenta con el respectivo envío de acta a la Subred.
Según los insumos enviados por la Subred y la revisión del correo institucional de la UPGD, se identificó un requerimiento de ajuste tipo D por duplicidad de una de las semanas 9 notificadas del evento 998. Se realizó acompañamiento en la verificación del registro, evidenciando que el ajuste pendiente corresponde a un registro sin datos y que, adicionalmente, el sistema no permite realizar el ajuste D. Ante esta situación, se indicó que debe documentarse el error mediante evidencia visual (foto o video) y enviarse a la Subred para su respectiva gestión.

Para las demás USS, no se presentaron observaciones relevantes

Proporción de cumplimiento de eventos que requieren muestra de laboratorio

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAN CRISTOBAL: Un evento (850) que requerían toma de muestra de laboratorio el cual en el módulo de laboratorio para uno de los laboratorios cargados no están acorde al tipo de muestra ya se le cargo muestra 4 (tejido) se realiza ajuste 6 al laboratorio y se vuelve a cargar nuevamente y al otro resultado se le realiza ajuste 7 para ajustar el valor del resultado para que concuerde con el resultado 10 (reactivo).
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD QUIRIGUA: Durante el periodo evaluado la UPGD no cuenta con retroalimentación al personal médico por notificaron un evento 850 que contaba con antecedente de VIH en 2021 sin laboratorios que cumpliesen con algoritmos diagnóstico para notificación al sivigila, cuentan con acta

fortalecimiento capacitación pretest y post.

La referente de SIVIGILA Andrea Rodríguez pregunta la razón por la cual la USS Quirigua no se generó plan de mejora teniendo en cuenta que quedo con un porcentaje bajo, la profesional Laura Martínez informa que el caso es de febrero y la unidad ya tenía acciones de mejora realizadas desde la referente del evento es decir desde salud sexual por tal motivo se bajó puntos, pero no se generó plan de mejora.

TRANSMISIBLES SUBRED NORTE:
Los hallazgos más relevantes de las asistencias técnicas desarrolladas en el mes de mayo 2025 según USS son los siguientes:

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SIMON BOLIVAR:
EVENTO_455_LEPTOSPIROSIS. 3 casos, ingresan como tipo de caso 2_probable, adecuada clasificación, notificados de manera oportuna, pendiente el ajuste cuentan con dos muestras de laboratorio, aún pendiente de laboratorios cuenta con radicados casos pendiente de reportes de MAT con radicado 004041.
EVENTO_591_MORTALIDAD EN MENOR DE 5 AÑOS, 1 caso, ingresa como tipo de caso 2, adecuada clasificación, notificación oportuna, pendiente ajuste - paciente con panel post mortem con radicado a SDS 010899, con unidad de análisis interna 09/05/2025 pendiente unidad análisis distrital programada para el 27/05/2025.
EVENTO_813_TUBERCULOSIS 21 casos oportunos, de los cuales 4 ingresan como tipo de caso 3 _confirmados por laboratorio y 17 como tipo de caso 4_confirmados por clínica de los cuales no cuentas con datos de laboratorio Se verifica en UPGD cuenta con pruebas tomadas sin embargo algunos de ellos están pendientes ya que cuentan con contingencia interna con laboratorio clínico el cual es tercerizado, otros pendientes de cultivo que aún están pendientes por tiempos.
Inoportunidad en el envío de informe BAI del mes de febrero 2025

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VERBENAL:
EVENTOS INDIVIDUALES:
813_TUBERCULOSIS 2 eventos oportunos y clasificados adecuadamente como 3_confirmado por laboratorio.
831_VARICELA INDIVIDUAL 2 eventos oportunos y clasificados adecuadamente como 4_confirmado por clínica.
NOTIFICACIÓN COLECTIVA
MORBILIDAD POR IRA 995: Se evidencia notificación de 13 semanas. Se encuentra semana 11 duplicada, con ajuste D, se evidencia de envió de acta 08/03/2025 y semana 17 duplicada se realiza ajuste D durante asistencia pendiente envío de acta.
MORBILIDAD POR EDA 998: Se evidencia notificación de 11 semanas. No se encuentran ajustes a las semanas notificadas ni semanas repetidas.
Inoportunidad en el envío de informe BAI del mes de febrero 2025.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAN CRISTOBAL NORTE:
NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL
Al realizar la revisión de bases de reporte SIVIGILA TRANSMISIBLES, y base EVENTO 346_Infección respiratoria aguda por virus nuevo, datos básicos y complementarios, no se encuentra notificación individual de la UPGD, en el periodo analizado.
NOTIFICACIÓN COLECTIVA
MORBILIDAD POR IRA 995: Se evidencia notificación de 12 semanas. no se evidencia duplicidad. Se evidencia ingreso correcto del código del municipio durante el periodo evaluado se indica que el código

correcto es 11001
MORBILIDAD POR EDA 998: Se evidencia notificación de 7 semanas. se evidencia duplicidad en semana 16, se solicita realizar ajuste D y enviar el acta de este ajuste.
Inoportunidad en el envío de informe BAI del mes de febrero 2025.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SANTA CECILIA:
SIN EVENTOS INDIVIDUALES:
Al realizar la revisión de bases de reporte SIVIGILA TRANSMISIBLES, base EVENTO 346_Infección respiratoria aguda por virus nuevo, datos básicos y complementarios, no se encuentra notificación individual de la UPGD, en el periodo analizado.
NOTIFICACIÓN COLECTIVA
En cuanto a los eventos colectivos, para el evento 995 se presentó notificación de 13 semanas, no se presenta duplicidad en revisión del RIPS no está acorde a la notificado en la semana 07 se notificaron 3 casos en el rips 2 casos, un caso entre edades 5 a 19 años y un caso de 20 a 39 años realizar el ajuste 7, semana 08 se notificaron 3 casos en el rips 2 casos entre las edades de 5 a 19 años un caso y un caso entre las edades de 20 a 39 años, semana 12 en el rips un caso 40 a 49 años notificaron 2 casos se debe ajustar 7. semana 15 se encuentra en el rips 3 casos entre edades de 2 a 4 años un caso, un caso entre edades 20 a 39 años y un caso entre las edades de 40 a 59 años realizar ajuste 7 y se notificados solo 2 casos faltante un caso, para la semana 16 en el rips 4 casos noticiados 2 casos por lo que falta por notificar 2 casos entre las edades de 40 a 59 años realizar ajuste 7, en la semana 18 se notificaron 3 y el rips 4 casos faltando un caso entre las edades de 5 a 19 años realizar el ajuste 7
para el evento 998 se notificó 5 semanas sin duplicidad, en la revisión del rips no acorde a lo notificado, para semana 09 se notificaron 2 casos en rips se encuentra un caso entre edades 30 a 34 años de debe realizar ajuste 7 y quitar los dos casos notificados estos no corresponden a la edad encontrada en el rips, para semana 14 en el rips dos casos de los cuales un caso entre las edades 55 a 59 años y un caso 65 a 69 años y no se notificó esa semana, para semana 15 un caso en el rips entre las edades de 55 a 59 años y este no se notificó, e para semana 17 se encuentra un caso entre edades 10 a 14 años y este no se notificó, se realiza la verificación de rips con los cruce de CIEX10 en la asistencia de los colectivos ya que este insumo no se envió, por lo que se deja el compromiso de realizar los ajuste 7 de las semanas 7,8,12,1516 y 18 evento 995 y semana 09 para el 998 y realizar la notificación de las semana, del 14, 15 17 del evento 998.
Se presenta comportamiento inusual para los eventos colectivos de las semanas ya mencionadas, por lo que ***se le genera plan de mejora por ser un hallazgo reiterativo de la asistencia anterior y no cumplimiento de los compromisos de dicha asistencia.***

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD QUIRIGUA:
SIN EVENTOS INDIVIDUALES:
Al realizar la revisión de bases de reporte SIVIGILA TRANSMISIBLES, base EVENTO 346_Infección respiratoria aguda por virus nuevo, datos básicos y complementarios, no se encuentra notificación individual de la UPGD, en el periodo analizado.
NOTIFICACIÓN COLECTIVA
MORBILIDAD POR IRA 995: Se evidencia notificación de 13 semanas. Se evidencia duplicidad en semanas epidemiológicas 11 y 15 motivo por el cual se solicita realizar ajuste D y enviar acta de soporte a la Subred norte al correo sivigilaengativa@subrednorte.gov.co y administrativotransmisibles@subrednorte.gov.co
Inoportunidad en el envío de informe BAI del mes de febrero 2025

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOYACA REAL:
SIN EVENTOS INDIVIDUALES:

Al realizar la revisión de bases de reporte SIVIGILA TRANSMISIBLES, base EVENTO 346_Infección respiratoria aguda por virus nuevo, datos básicos y complementarios, no se encuentra notificación individual de la UPGD, en el periodo analizado.
NOTIFICACIÓN COLECTIVA
MORBILIDAD POR IRA 995: Se evidencia notificación de 13 semanas. No se encuentran ajustes a las semanas notificadas ni semanas repetidas.
MORBILIDAD POR EDA 998: Se evidencia notificación de 08 semanas. Ajuste D semana 8 con envió del acta el día 27/02/2025.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESPAÑOLA:
SIN EVENTOS INDIVIDUALES:
Al realizar la revisión de bases de reporte SIVIGILA TRANSMISIBLES, base EVENTO 346_Infección respiratoria aguda por virus nuevo, datos básicos y complementarios, no se encuentra notificación individual de la UPGD, en el periodo analizado.
NOTIFICACIÓN COLECTIVA
MORBILIDAD POR IRA 995: Se evidencia notificación de 11 semanas. No se encuentran ajustes a las semanas notificadas ni semanas repetidas. se realiza verificación sin encontrar diferencias significativas o comportamientos inusuales deben tomar todos los CIE 10 del anexo 1 protocolo IRA.
MORBILIDAD POR EDA 998: Se evidencia notificación de 3 semanas. No se encuentran ajustes a las semanas notificadas ni semanas repetidas.
De acuerdo con indicación de la SDS, para notificación colectiva, si se hallan semanas duplicadas, o falencias en la georreferenciación de la UPGD, se deja el hallazgo, pero no se resta puntaje al ítem.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD GARCES NAVAS:
En cuanto a los eventos colectivos 995: No se encuentra duplicidad ni comportamientos inusuales, respecto al evento 998 se encuentran repetida 3 veces la semana 12 con 2 ajustes D respectivos y además no reportan casos en las semanas 6, 8, 9, 13, 14 y 16 por lo cual se hace revisión de RIPS de consulta de estas semanas encontrando que efectivamente no se presentaron casos con diagnósticos CIE X entre A00 y A09x. Inoportunidad en el envío de informe BAI del mes de febrero 2025

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD GAITANA:
EVENTOS INDIVIDUALES: 831_VARICELA: dos casos notificados de manera oportuna con clasificación inicial confirmado por clínica.
620_PAROTIDITIS: Un evento oportuno, clasificado adecuadamente como 4_confirmado por clínica.
NOTIFICACIÓN COLECTIVA
MORBILIDAD POR IRA 995: Se evidencia notificación de 13 semanas, no se encuentra duplicidad ni se evidencian comportamientos inusuales y los datos cargados son concordantes con la ficha de notificación
MORBILIDAD POR EDA 998: Se evidencia notificación de 13 semanas, con duplicidad en semana 17 con el respectivo ajuste D y envío de acta a la subred.
Inoportunidad en el envío de informe BAI del mes de febrero 2025

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD RINCON:
SIN EVENTOS INDIVIDUALES:
Al realizar la revisión de bases de reporte SIVIGILA TRANSMISIBLES, base EVENTO 346_Infección respiratoria aguda por virus nuevo, datos básicos y complementarios, no se encuentra notificación individual de la UPGD, en el periodo analizado.
NOTIFICACIÓN COLECTIVA

MORBILIDAD POR IRA 995: Se evidencia notificación de 13 semanas. No se encuentran ajustes a las semanas notificadas ni semanas repetidas.
MORBILIDAD POR EDA 998: Se evidencia notificación de 9 semanas. Se evidencia ajuste D en semana 11. LA UPGD DEBE SOPORTAR CON ACTA EL AJUSTE D REALIZADO A LA SEMANA 11
Inoportunidad en el envío de informe BAI del mes de marzo y abril 2025

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD FRAY BARTOLOME DE LAS CASAS:
En cuanto a los eventos colectivos 995: No se encuentra duplicidad ni comportamientos inusuales, respecto al evento 998 se encuentra semana duplicada 9 (4 veces) con dos ajustes D, quedando pendiente uno y además no reportan casos en las semanas 16, por lo cual se hace revisión de RIPS de consulta de estas semanas encontrando que efectivamente no se presentaron casos con diagnósticos CIE X entre A00 y A09x
Inoportunidad en el envío de informe BAI del mes de febrero y marzo 2025

SUBRED CENTRO ORIENTE

Durante el mes de mayo 2025 se realizan las asistencias técnicas en 6 UPGD distribuidas en las localidades Santa Fe, San Cristóbal, Antonio Nariño y Rafael Uribe Uribe, presentando los siguientes hallazgos:

Proporción de cumplimiento de Recurso Humano y tecnológico para el desarrollo de la Vigilancia en Salud Publica

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VICTORIA: Se identifica la necesidad de realizar ajustes en la caracterización SIVIGILA. La institución cuenta con 6 camas de UCI neonatal, 8 camas de UCI adulto y reporta 156 camas de hospitalización de adultos en el REPS. En la asistencia técnica anterior, se había reportado un total de 153 camas, sin embargo, al indagar se informa que hace dos meses se realizó un aumento de 3 camas, situación que no fue notificada al equipo de vigilancia en salud pública.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ALTAMIRA: En relación con los datos del responsable de la notificación y el número telefónico, se evidencia que no se encuentran actualizados en la plataforma web. La UPGD realizó el 09/05/2025 una solicitud por correo electrónico para la actualización del nombre del representante legal al técnico, sin embargo, no incluyó la actualización del responsable de la notificación ni del teléfono de contacto, motivo por el cual se aplica disminución en el puntaje asignado. Se realiza comunicación telefónica con el técnico de la localidad, a quien se le informa la novedad, y este procede a realizar el ajuste correspondiente en la caracterización de la web. Posteriormente, remite evidencia en formato de pantallazo, la cual queda adjunta como soporte.

Proporción de cumplimiento del Proceso de capacitación y/o socialización de los temas de VSP en la UPGD.
El 100% de las UPGD evaluadas en la Subred Centro Oriente evidencian cumplimiento del proceso de capacitación y/o socialización de los temas relacionados con la Vigilancia en Salud Pública, conforme a los criterios establecidos en la evaluación.
Proporción de cumplimiento en la notificación con calidad de eventos de interés en salud pública.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SANTA CLARA HOSPITAL UNIVERSITARIO: Durante el periodo evaluado, correspondiente a las semanas 6 a la 18 del año 2025, se evidencia la notificación de 68 eventos de periodicidad inmediata, de los cuales, según la base de datos, tres casos del evento 365 presentan notificación

tardía.

Se realizó una revisión detallada de los eventos de eliminación, erradicación y control nacional e internacional, encontrando en tres casos del evento 800 demoras en el proceso de notificación. Estas demoras obedecen a que se estableció como requisito previo para la notificación la toma de muestra, lo cual no está alineado con los lineamientos establecidos. Por tal motivo, se define un plan de mejora.

Por otra parte, se evidencia la notificación de 220 eventos de periodicidad semanal, de los cuales un evento (0,45%) fue reportado de manera inoportuna.

Asimismo, se identifican 9 casos de eventos transmisibles que no cumplen con las definiciones de caso establecidas en los protocolos técnicos, debido a inconsistencias en por lo menos una de las variables.

Durante el mismo periodo, se notificaron 157 eventos individuales sospechosos o probables, de los cuales únicamente un evento (evento 455) se encuentra pendiente de ajuste, debido a la falta de reporte de MAT. De los 155 casos ajustados, dos figuran como notificaciones tardías, situación atribuida a la unidad de análisis, no al incumplimiento de los tiempos de notificación

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PERSEVERANCIA: Se verifica que durante el periodo de las semanas 6 a la 18 de 2025 se realiza la notificación de 27 eventos individuales cargados por la USS, corresponden al evento: 210 (un caso), 300 (18 casos), 365 (4 casos), 750 (un caso), 813 (un caso), 831 (un caso) y 850 (un caso); los cuales se encuentran conforme a las definiciones de caso establecidos en los protocolos, a excepción del caso del evento 210 el cual se notificó con prueba no acorde a los días de inicio de síntomas.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VICTORIA: Durante el periodo evaluado, correspondiente a las semanas 05 a la 18 del año 2025, se evidencia la notificación de 143 casos individuales de periodicidad inmediata, de los cuales dos casos (eventos 356 y 550) presentan notificación fuera del tiempo establecido, lo que equivale a una inoportunidad del 0,6%.

En cuanto a los eventos de periodicidad semanal, se notificaron 217 casos, con tres registros inoportunos (dos del evento 155 y uno del evento 300), lo que corresponde a una tasa de inoportunidad del 1,38%.

Se identifican hallazgos en dos casos con inconsistencias en otras variables, representando un 0,6% adicional.

Durante el mismo periodo, se recibió retroalimentación desde VSP en las semanas 5 a la 17, y se realizaron 10 ajustes D, distribuidos de la siguiente manera:

Evento 155 (1): caso con duplicidad.

Evento 342 (3): ajustes por error.

Evento 345 (1): caso no correspondiente a la unidad de notificación (unidad no centinela).

Evento 549 (3): errores en variables clave.

Evento 800 (1) y evento 831 (1): errores identificados y ajustados.

Se documenta también la ocurrencia de errores de digitación que impactaron la calidad del dato:

Evento 720 ingresado como código 4, por error.

Evento 345 descartado, ya que fue cargado por error a una unidad que no correspondía.

Evento 365 ingresado como clasificación inicial 3, con ajuste también a 3; se recuerda que no deben realizarse ajustes tipo 3 en registros que ya ingresan con dicho tipo.

Respecto al subsistema crónicos, se reporta un caso retroalimentado el 03/03/2025, con requerimiento de respuesta para el 10/03/2025, pero la UPGD respondió el 12/03/2025, fuera del tiempo establecido.

Así mismo, se documenta una solicitud de notificación inmediata del evento 155, identificada por la BAI el 24/04/2025, con respuesta enviada el 29/04/2025, motivo por el cual se realiza disminución en el puntaje de cumplimiento.

Finalmente, se detecta incongruencia entre el módulo de laboratorios y los registros notificados para los eventos 346 y 365, atribuida a errores en el diligenciamiento de pruebas diagnósticas, lo que también se refleja en la baja en la concordancia de datos.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ALTAMIRA: Durante el periodo evaluado se presentó falla en el proceso de notificación de eventos se encuentra soporte de acta de eventos de salud mental, pero para el evento 155 fue realizada de manera verbal y por WSPP por lo que se le indica que debe soportar mediante acta

Durante el periodo evaluado de las semanas 06 a la 18 de 2025, se evidencia notificación de 2 casos individuales con periodicidad semanal notificado oportunamente un caso (300) y presentando una inoportunidad del 50%

No se le establece plan de mejora ya que la UPGD cuenta con un plan de mejora establecido por Epidemiologia institucional.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CHIRCALES: Durante el trimestre evaluado, correspondiente a las semanas 06 a la 18, se notificó un total de 98 registros, de los cuales 79 casos individuales fueron reportados por la UPGD. De estos, dos casos presentan hallazgos relacionados con la georreferenciación, específicamente en la concordancia de variables asociadas a la dirección.

Se evidencia la recepción de retroalimentaciones por parte de la Subred en las semanas 09, 11 y 16, las cuales fueron debidamente ajustadas por la unidad notificadora.

Se identifica un caso del evento 340, el cual tiene pendiente la carga de la prueba Anti-HBc IgM. Según información suministrada, la muestra fue tomada, pero no fue procesada por el laboratorio Colcan debido a un error en el registro de la prueba en el sistema por parte del laboratorio clínico de la USS Santa Clara. Ante esta situación, Epidemiología Institucional ha establecido un plan de mejora con el laboratorio clínico, el cual está en

ejecución.

Por lo anterior, se realiza una reducción en el puntaje correspondiente, en razón a la omisión en el cumplimiento del protocolo de notificación del evento.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD DIANA TURBAY: Se verifica que durante el periodo de las semanas 1 a la 13 de 2025 se realiza la notificación de 77 eventos individuales cargados por la USS, correspondiente al evento 113 (5 casos), 300 (50 casos), 365 (un caso), 620 (6 casos), 800 (un caso), 813 (un caso) y 831 (13 casos); de los cuales 15 presentan hallazgos de georreferenciación.

Proporción de cumplimiento de eventos que requieren muestra de laboratorio.
Los hallazgos de estos ítems se relacionaron en los puntos anteriores.
Proporción de concordancia de los eventos notificados con otras fuentes de información

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ALTAMIRA: Para el evento 155 se notificó antes de que llegara el resultado histoquímico ya que la patología no era clara para notificar el caso y esta es del mes de febrero y la histoquímica los resultados son de mes de marzo fecha de tomad el día 13/03/2025 y fecha de reporte del día 1703/2025, inicialmente reportaron el caso con la patología de febrero luego realizaron un ajuste 7 colocando fechas de histoquímica.

TRANSMISIBLES SUBRED CENTRO ORIENTE:
Los hallazgos más relevantes de las asistencias técnicas desarrolladas en el mes de mayo 2025 son:

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PERSEVERANCIA:
EVENTOS INDIVIDUALES:
210_DENGUE: Se notificó un caso de manera oportuna; sin embargo, el ajuste fue realizado de forma tardía debido a que se procesó una prueba que no correspondía con los días indicados en el protocolo según la fecha de inicio de síntomas. Por esta razón, fue necesario realizar unidad de análisis a nivel institucional.
813_TUBERCULOSIS: Un caso notificado de manera oportuna con el respectivo cargue de laboratorios según protocolo.
831_VARICELA: Un caso notificado confirmado por clínica con inoportunidad al ser encontrado por BAI Sianieps.
NOTIFICACIÓN COLECTIVA
MORBILIDAD POR IRA 995: Se evidencia notificación de 13 semanas, no se encuentra duplicidad ni se evidencian comportamientos inusuales y los datos cargados son concordantes con la ficha de notificación.
Se indica que en la situación de no contar con casos (numerador), pero si consulta (denominador), y adicionalmente no cuente con casos para evento 998 ni eventos individuales en alguna semana, esta se cataloga como semana positiva y no se requiere realizar notificación negativa. Lo anterior se aclarará con las subredes en la mesa sivigila transmisibles
MORBILIDAD POR EDA 998: Se evidencia notificación de 13 semanas, se encuentra ajuste D en la semana 13 por encontrarse duplicada.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VICTORIA:
Evento 345: Se evidencia la notificación de un caso correspondiente a este evento, a pesar de que la UPGD no realiza vigilancia centinela para el mismo. Por lo anterior, se procede a realizar ajuste D conforme al protocolo.
Evento 346: Se identificó un caso mediante revisión en SIANEPS y Sismuestras, correspondiente al documento 1011268880, semana epidemiológica 15, con fecha de laboratorio del 19/03/2025. El caso presenta una

inoportunidad de 45 días en la notificación. Se establece que la muestra fue remitida a Famisanar, razón por la cual no se contaba con el reporte ni el cargue oportuno de la prueba. Lo anterior se ajustó durante la asistencia técnica.
Evento 455: Se reporta la notificación de un caso (documento 19334760), sin evidencia del cargue de laboratorios relacionados. El caso se encuentra pendiente de ajuste final, condicionado a la disponibilidad de los resultados de laboratorio, los cuales ya superaron el tiempo establecido para ajustes. Según análisis realizado, se concluye que el paciente no contaba con reporte de IgM positiva, por lo tanto, no cumplía con los criterios de caso notificable. Se envió acta correspondiente a NotiSivigila y se evidencia la ejecución de acciones de fortalecimiento por error en la notificación.
Evento 813: Se notificaron 15 casos durante el periodo evaluado, con oportunidad y calidad en la mayoría de los registros. Sin embargo, se identificaron casos en los que no se encontraba cargado el resultado del cultivo y estaban fuera de los tiempos oportunos. Durante la asistencia técnica del 15/05/2025, se verifica que los casos con documentos 41453338, 41424019 y VEN6904786 ya tenían el resultado cargado previo a dicha fecha, por lo cual no se requieren ajustes adicionales.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ALTAMIRA:
Eventos Colectivos: Se evidencia notificación oportunidad y con calidad, para ambos eventos.
Eventos Individuales: No se presentaron casos durante el periodo evaluado.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SANTA CLARA HOSPITAL UNIVERSITARIO:
EVENTOS INDIVIDUALES:
210_DENGUE: 8 casos notificados como probables, los cuales se encuentran ajustados, sin embargo, hay 2 casos ajustados con IgM que debieron ajustarse con ELISA Ns1.
310_FIEBRE AMARILLA: El caso notificado cuenta con ajuste D por error en código de UPGD ya que correspondía a la USS Chircales.
345_ESI - IRAG (VIGILANCIA CENTINELA): 106 casos notificados con adecuada clasificación inicial, el 100% cuentan con el respectivo ajuste, sin embargo, se encuentran 2 casos con hallazgos de concordancia entre los laboratorios y el ajuste relacionados en el ítem 4,3,7,1 de la AT sivigila.
348_IRAG INUSITADA: Un caso que cuenta con relación de laboratorios (positivo Influenza B) y ajuste final (descarte) no acorde a resultado de laboratorio relacionado, pero cuenta con unidad de análisis.
455_LEPTOSPIROSIS: Un caso notificado, se evidencia carga de dos muestras para anticuerpos positivas, pendiente resultado MAT Rad: 003500.
535_MEMNINGITIS: 6 Casos notificados como probable con su respectivo ajuste, sin embargo 2 de estos tienen observaciones: un caso notificado de manera tardía con error en fecha de notificación con lo cual quedaba oportuno, por lo cual se estableció plan de mejora desde el subsistema sivigila con seguimiento por parte del equipo de fortalecimiento at; y un Caso descartado sin prueba de laboratorio, se realiza cargue durante AT
710_RUBEOLA: Un caso notificado con ajuste D que no se cargó nuevamente por tratarse de error en código de UPGD.
800_TOSFERINA: 30 casos notificados como probable y en cruce de oportunidad figuran como oportunos, sin embargo, al hacer revisión de historia clínica se establece que 3 de estos tienen demoras en la notificación.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CHIRCALES:
995: Se evidencia notificación oportunidad y con calidad, para el evento.
998: Se evidencia duplicidad en la notificación en semanas 10 y 11, cuenta con ajuste D de acuerdo a protocolos del INS con duplicidad en la semana 10 duplicada 4 veces esta cuenta con ajuste D y acta del día 13/03/2025 y envió a la subred, y en la semana 11 cuenta con ajuste D con acta 17/03/2025.

Evento 210: Se identifica la notificación de dos casos uno 1026276189 con ajuste ingreso de laboratorio y el otro, id 1080189145 no tiene relación de laboratorios, prueba no acorde a los primeros 5 días de evolución de la enfermedad.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD DIANA TURBAY:

EVENTOS INDIVIDUALES:

800_TOSFERINA: Un caso notificado oportuno con adecuada clasificación inicial y ajuste oportuno, soportado con reportes de laboratorio.

831_VARICELA: 13 casos notificados de manera oportuna con clasificación inicial confirmado por clínica.

620_PAROTIDITIS: 6 casos oportunos, clasificados adecuadamente como 4_confirmado por clínica.

813_TUBERCULOSIS: Un caso confirmado por laboratorio de manera oportuna y cargue de laboratorios respectivos.

NOTIFICACIÓN COLECTIVA

MORBILIDAD POR IRA 995: Se evidencia notificación de 13 semanas, se encuentra duplicidad de la semana 10 con el respectivo ajuste D y envío de acta a la subred, no se evidencian comportamientos inusuales y los datos cargados son concordantes con la ficha de notificación

MORBILIDAD POR EDA 998: Se evidencia notificación de 12 semanas, con duplicidad en semana 10 y 14 con el respectivo ajuste D y envío de acta a la sub red, no se evidencia notificación de semana 16 por error en sivigila 4.0, se verifica pantallazo de cargue exitoso y se encuentra a la espera de indicación por parte de referente IRA de la sub red.

SUBRED SUR OCCIDENTE

Durante el mes de mayo se realizan las asistencias técnicas en 8 PGD distribuidas en las localidades Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda encontrando los

UYE SUR OCCIDENTE: Se encuentra adecuada caracterización Sivigila en las variables, Por las características de la atención de UYE no cuenta con registro en REPS de servicios habilitados y capacidad instaladas, se toma el que corresponde al general de la subred Sur Occidente. Se requiere ajuste en representante legal en SIVIGILA 4.0 se realizó ajuste en Sivigila escritorio, pendiente envió de correo electrónico. Se verifica actas de socialización de los coves correspondientes a los meses comprendidos entre febrero, marzo y abril 2025. febrero socializado el 19/02/2025 con la participación de 13 personas, no hay soportes de socialización al interior de UYE solo cuentan con acta local del COVE, marzo socializado el 19/03/2025 con la participación de abril no ha sido socializado

CENTRO DE SALUD ZONA FRANCA: Se realiza verificación de capacitación dentro de la UPGD durante el periodo evaluado febrero, marzo, abril 2025: En donde la socialización resultados asistencia técnica no coinciden fechas fecha en firmas 28/02/2025. **:** En cuanto a los eventos colectivos 995: Se evidencia SE 10 ingresada 3 veces con 2 ajuste D acta del día 12/03/2025 y SE 11 duplicada con ajuste d acta del día 10/03/2025, con solicitud desde VSP en abril de envió de acta, se verifica RIPS donde se identifica que no se están tomando todos los CIE 10 relacionados ya que cuentan con copias impresas del anexo donde no se visualizan los últimos diagnósticos . Se realiza la notificación de 23 casos correspondiente a los eventos 346(1), 365(8) ,800(9), 831 (3), 880(2) con errores de georeferenciación u otras variables de un caso correspondiente a. En cuanto a los eventos colectivos 901: Se evidencia notificación de 106 brotes de eventos IRA (83), pediculosis (2), mano, pie, boca (14), EDA (6), Escabiosis (1), con un ajuste D semana 10 acta del día 31/03/2025 semana 11 sin acta pendiente realizar y enviar, semana 15 sin ajuste D, semana 6 sin ajuste D se realizan durante asistencia pendiente realizar y enviar acta. Para evento colectivo 830 cuentan con 14

notificaciones colectivas sin duplicidades.

CENTRO DE SALUD EL PORVENIR: Según insumos enviado por la subred y revisión del correo de la UPGD no se encuentran requerimientos enviados desde la subred, sin embargo en revisión de correo electrónico se encuentra solicitud de ajuste de cara B del caso del evento 813; se procede a revisar la plataforma de laboratorios y se encuentra que el cultivo está pendiente de resultado, además se evidencia que el paciente se tomó la muestra hasta el 14/05/2025. Se indica que esta situación debió ser informada a la subred en respuesta al correo de solicitud"

CENTRO DE SALUD PATIO BONITO: En cuanto a los eventos colectivos, para el evento 995 se presentó notificación de 13 semanas, se presenta duplicidad en la semana 14 con ajuste D acta del día 07/04/2025 y envió a la subred, en revisión del RIPS para la semana 06 se notificaron 06 casos y en el RIPS 09 casos por lo que falta por notificar 3 casos entre las edades 5 a 19 años 2 casos y 40 a 59 años un caso, en la semana 11 se notificaron 10 casos pero en el RIPS se encuentran 18 casos de los cuales 8 casos está pendiente por notificar entre la siguientes edades 2 a 4 años 4 notificados casos en Rips 5 casos por lo que haría falta un caso para esas edad, edades de 5 a 19 años notificaron 2 y él se Encuentra 5 por lo que hacía falta 3 casos, entre las edades de 20 a 39 años se notificó un caso en Rips tres casos por lo que solo faltaría dos caso en esta edad, edades entre 40 a 59 años se notificó un caso en Rips 3 casos pendiente dos caso por notifica de esta edad En La semana 16 se notificaron 6 casos en el se observa 8 casos por lo cual falto por notificar 2 casos entre las edades 2 a 4 años hace falta un caso, entre la edades 40 a 59 años falta un caso. se realizó los ajustes, con comportamiento inusual para los eventos colectivos en las semanas mencionadas

CENTRO DE SALUD ASUNCIÓN BOCHICA: En cuanto a los eventos colectivos 998 se notificó 7 semanas sin duplicidad, en la revisión del RIPS para semana 06 en esta semana se notificar 3 casos en Rips solo un caso entre las edades 41 años de se realiza el ajuste 7 en la asistencia 12 y 13 se encuentran caso acorde a lo notificado pero las semanas 8,10,16, 18 no se encuentran casos en Rips pero si notificados ya que tomaron ciex10 que no hacen parte de EDA K521, K522 y K529 ya que los indica el protocolo son de A020 a A099, se llama a referente Sandra Mayerly EDA quien indica que se realice el ajuste D de las semanas 8, 10,16,18 por error de digitación con ajuste D y enviarla la negativa a técnico Sivigila y transmisibles al correo de COVID por lo cual se deja compromiso de realizarlo. por lo que se baja puntaje

CENTRO DE SALUD ALCALÁ MUZÚ: Durante el periodo comprendido entre las semanas 05 a la 18 de 2025 se realizó notificación de 1 caso 340 que requirieran toma de muestras cargue positivo antígeno de superficie para hepatitis B, anticuerpos IgM, anti-Core Hb totales positivos con error en tipo de prueba se ajusta durante asistencia técnica con clasificación Hb crónica. prueba 78 ANTICUERPOS TOTALES debe ser 93 ANTI HBC TOTALES

UI HOSPITAL DE SALUD MENTAL FLORALIA: Durante la Asistencia Técnica se revisa la versión en la que se encuentra el aplicativo de escritorio Sivigila 20182024 V 8.0.0 instalador KB00091
Revisión SIVIGILA: Se realiza descarga de XLS de datos básicos y datos básicos y laboratorios del periodo comprendido entre las semanas 45 de 2024 a la 18 del 2025 durante la asistencia técnica en la que se evidencian eventos de Salud Mental que fueron cargados por la subred Sur Occidente a SIVIGILA D.C y los cuales serán evaluados en la asistencia técnica para el subsistema de salud mental, ya que la Unidad de Servicios de Salud Mental Floralia esta categorizada como UPGD para este subsistema. Se encuentra un total de 3 casos del evento 875, 5 reportes de semana negativa y un evento 300 de manera oportuna, adicionalmente no se evidencia notificación de eventos colectivos 995 y 998
En revisión de datos básicos no se encuentran errores en variables de georeferenciación, sin embargo, desde VSP de la Subred se reportan retroalimentaciones semanales con errores de georeferenciación y concordancia y en caso de recibir alguna de estas, se debe subsanar dicho error
REVISIÓN RIPS: En revisión RIPS se encuentra un total de 18464 registros procesados, de los cuales 50

cruzan con eventos de interés en salud pública, de los cuales 3 casos de EDA no se encuentran notificados, 2 casos de agresión por animal potencialmente transmisor de rabia estaban notificados por el Hospital Occidente de Kennedy y un caso que fue notificado por la propia UI Hospital de Salud Mental Floralia, los restantes 44 casos no cumplían con definición de caso y se descartan.

UI EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES SUR OCCIDENTE: Revisión Sivigila: aplicativo Sivigila escritorio se encuentra con La última actualización corresponde al Sivigila 20182024 V 9.0.0 instalador KB00091
Revisión RIPS: Se procede a realizar descarga del aplicativo encontrando un total de 3988 atenciones en el periodo comprendido entre las semanas 47 de 2024 a la 18 de 2025, se procede a realizar cruce de códigos CIE X de las atenciones, con los códigos CIE X de los diagnósticos diferenciales de los eventos de interés en salud publica encontrando un total de 46 casos para el diagnóstico principal 130 casos para el diagnóstico secundario y 89 para el diagnóstico terciario; Como se evidencia en las de los diagnósticos de 1,2,3 los eventos que cruzaron con CIE X relacionados con la base de GITAPPS 265 casos de los cuales se descartó el 100% de los casos se descartaron por no cumplir con la definición de casos de los eventos según protocolo.
durante revisión de RIPS se encuentra que cuentan con casos que cruzan para morbilidad por IRA y EDA los cuales no se están notificando cuentan silencios epidemiológicos.

TRANSMISIBLES SUBRED SUR OCCIDENTE:

CENTRO DE SALUD EL PORVENIR: Se presentan los resultados encontrados de acuerdo con los 4 criterios que se revisan en la BAI: Calidad y concordancia en la estructura del informe: (6.0/7.0 puntos.)
en el evento de Parálisis Flácida Aguda Variable de toma de muestra se encuentra sin diligenciar acorde a desplegable establecido en el formato Variable notificada a SIVIGILA mal diligenciada, registra 1 y debe ser 2

CENTRO DE SALUD ABASTOS: Se presentan los resultados encontrados de acuerdo con los 4 criterios que se revisan en la BAI: Calidad y concordancia en la estructura del informe: (5.0/7.0 puntos.) se identificó el uso de formato incorrecto para la BAI Variable notificado a SIVIGILA mal diligenciada, registra 1 y debe ser 2

CENTRO DE SALUD PATIO BONITO: En cuanto a los eventos colectivos, para el evento 995 se presentó notificación de 13 semanas, se presenta duplicidad en la semana 14 con ajuste D acta del día 07/04/2025 y envió a la subred, en revisión del RIPS para la semana 06 se notificaron 06 casos y en el RIPS 09 casos por lo que falta por notificar 3 casos entre las edades 5 a 19 años 2 casos y 40 a 59 años un caso, en la semana 11 se notificaron 10 casos pero en el RIPS se encuentran 18 casos de los cuales 8 casos están pendiente por notificar entre la siguientes edades 2 a 4 años 4 notificados casos en Rips 5 casos por lo que haría falta un caso para esas edad, edades de 5 a 19 años notificaron 2 y él se Encuentra 5 por lo que hacía falta 3 casos, entre las edades de 20 a 39 años se notificó un caso en Rips tres casos por lo que solo faltaría dos caso en esta edad, edades entre 40 a 59 años se notificó un caso en Rips 3 casos pendiente dos caso por notifica de esta edad En La semana 16 se notificaron 6 casos en él se observa 8 casos por lo cual falto pór notificar 2 casos entre las edades 2 a 4 años hace falta un caso, entre la edades 40 a 59 años falta un caso. se realizó los ajustes 7 de cada semana en la asistencia.

CENTRO DE SALUD ZONA FRANCA: En cuanto a los eventos colectivos 995: Se evidencia SE 10 ingresada 3 veces con 2 ajuste D acta del día 12/03/2025 y SE 11 duplicada con ajuste d acta del día 10/03/2025, con solicitud desde VSP en abril de envío de acta, se verifica RIPS donde se identifica que no se están tomando todos los CIE 10 relacionados ya que cuentan con copias impresas del anexo donde no se visualizan los últimos diagnósticos para el evento 998: semanas positivas 5,6,8,9,10,12,13,14,16,17 sin duplicidades semana por lo cual se hace revisión de RIPS encontrando concordancia

UYE CENTRO ORIENTE: En el trimestre de febrero a abril del año 2025, se notificaron los siguientes eventos transmisibles: Tos ferina :9 casos notificados oportunamente, clasificación de caso adecuada, ajustes inoportunos de 4 casos Varicela: 3 casos cumplen con oportunidad, clasificación de caso adecuada, garantizan muestra y cuenta con ajuste oportuno.

CENTRO DE SALUD ASUNCIÓN BOCHICA: En cuanto a los eventos colectivos, para el evento 995 se presentó notificación de 13 semanas, no se presenta duplicidad en revisión del RIPS para la semana 14 se notificaron 07 casos y en el RIPS 10 casos por lo que falta por notificar 3 los cuales pertenecen al grupo extramural, en la semana 15 se notificó un caso y el Rips se encuentran 2 caso por lo que falta entre las edades mayor de 60 años el cual pertenece al grupo extramural esto lo realizan por el Rips por los profesionales que atienden en la UPGD
En el trimestre de febrero a abril del año 2025 en la BAI se identificó: Variables semana epidemiológica, toma de muestra y resultado sin diligenciar acorde a desplegable establecido, no deben ir en blanco. y Fecha de consulta no acorde a mes de revisión y RIPS institucionales.

SUBRED SUR

Durante el mes de mayo 2025 se realizan las asistencias técnicas en 9 PGD distribuidas en las localidades Usme, Tunjuelito, Ciudad Bolívar y Sumapaz encontrando los siguientes hallazgos:

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MEISSEN : La UPGD cuenta con los servicios habilitados de UCI, y camas hospitalización según el RESP en donde la página 2 datos de la vigilancia de las IAAS se encuentra habilitada por lo cual se adjunta pantallazo de este. sim embargo en la página 2 en el total de camas se observa un total de 100 camas que corresponden a las de hospitalización pero por indicación de SDS se debe colocar el total de las camas de todos los servicios de unidad de cuidados intensivos existente en la institución (Excluir servicio de urgencias) ya que esto es lo que indica el instructivo de caracterización de UPG UI datos básicos y según el RESP en UCI tienen un total de camas intermedia pediátricas 4 camas, pediátricas intensivas 8 camas, en adultos intermedias 8 camas, intensivas 20 camas que comparten el mismo espaci o y camas neonatales intermedia 15 camas, intensivas neonatales: 20 camas para un total de 35 camas, pero en la caracterización de Sivigila web este no se encuentra acorde en las camas de UCI pediátricas tanto intensivas como intermedias ya que cuenta con 62 camas por lo que debe solicitar ajuste de la caracterización de estas camas por lo que se baja puntaje, para UCI adultos un total de 28 camas UCI pediátrica un total de 8 camas acorde al RESP.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAN BENITO: En cuanto a los eventos colectivos, para el evento 995 se presentó notificación de 13 semanas, NO se presenta duplicidad para el evento 998 se notificó 13 semanas con duplicidad en la semana 13 la cual se duplico 3 veces y dos de estas presentan ajuste D y acta del día 10/04/2025 con envió a la subred, no presentan comportamiento inusuales. En la semana 07 esta se encuentra ajuste D indica que no realizaste este ajuste se llama a técnico indica que se cargue nuevamente esta semana, se realiza el cargue en la asistencia no se encuentra comportamiento inusual.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MOCHUELO: Se realiza la notificación de 1 casos individuales correspondiente al evento 300, sin errores de georeferenciación, con hallazgos en datos complementarios en variable ""ubicación animal agresor"" sin diligenciar se ajusta durante asistencia. En cuanto a los eventos colectivos 995: Se evidencia duplicidades SE 15 y 16 con ajuste D y actas del día 21/04/2025 y 25/04/2025,

se verifica RIPS sin encontrar hallazgos para el evento 998: semanas positivas 8,9 con duplicidad semana 8 con respectivo ajuste D y acta por lo cual se hace revisión de RIPS de las semanas restantes no se encuentran casos adicionales en revisión de Rips .
La UPGD notifico 1 eventos individual el trimestre evaluado correspondiente a evento 300 se deja como compromiso fortalecer registros clínicos en cuanto a criterios clínicos de notificación. evento requirió ajuste ya que no se encontraba diligenciada variable ""ubicación animal agresor"" se realizó durante asistencia

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PASQUILLA: Se realiza la notificación de 1 casos individuales correspondientes al evento 300 sin errores de georeferenciación. fecha inicio de síntomas no concordante se verifica y se ajusta durante la asistencia. En cuanto a los eventos colectivos 995: No se evidencia duplicidades, se verifica RIPS sin encontrar hallazgos para el evento 998: semanas negativas 100% periodo evaluado por lo cual se hace revisión de RIPS de las semanas restantes no se encuentran casos en revisión de Rips, Durante el periodo evaluado la UPGD refiere retroalimentación verbal al personal médico de las fallas evidenciadas en el proceso de notificación de 1 evento 300 en ficha de notificación con hallazgos de calidad, se debe contar con soportes de retroalimentación por fallas relacionadas con la notificación.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VISTA HERMOSA: Se realiza la notificación de 271 casos individuales correspondiente de los cuales 165 son cargados por UPGD correspondientes a 113(5), 155(1),210(2), 300(122), 345(1), 346(1), 365(2), 549(2), 591(1), 730(1), 750(3), 800(4), 813 (5), 831 (14), 850 (1) sin hallazgos de georeferenciación 1 caso con hallazgo en sexo y 3 hallazgo en variable nacionalidad correspondiente a un 1,2 % Durante el periodo evaluado de las semanas 05 a la 18 de 2025 se evidencia notificación 165 son cargados por UPGD correspondientes a 113(5), 155(1),210(2), 300(122), 345(1), 346(1), 365(2), 549(2), 591(1), 730(1), 750(3), 800(4), 813 (5), 831 (14), 850 (1) se encuentra conforme a lineamientos y protocolos, un evento 365 no corresponde acaso confirmado por laboratorio refiere responsable notificación error de digitación, evento 345 notificado no es unidad centinela para el evento, 346 notificado sin laboratorio, eventos notificados durante vacaciones de persona responsable de la notificación cuentan con seguimiento por parte de VSP quien instauro plan de mejora en transmisibles por hallazgos con evento 345 y 346 el 28 de abril 2025 cuentan con proyección y envió a vigilancia epidemiológica con seguimiento dentro de un mes de generado el plan, aún se encuentra pendiente.
Oportunos

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAN JUAN DE SUMAPAZ: En cuanto a los eventos colectivos 995: Con duplicidad semana 15 con ajuste D y acta del día 16/04/2025, se verifica RIPS sin hallazgos para el evento 998: semanas positivas 7,9,10,11,13,14,15,16,17,18 con semana 15 ingresada 3 veces con 2 ajustes D con acta del 08/05/2025 enviada el 9/05/2025 por solicitud desde VSP realizada desde abril sin embargo refiere jefe de unidad confusión ya que también contaban con la duplicidad de la misma semana en evento 995, por lo cual realizan ajuste tardío, se hace revisión de RIPS de las semanas restantes no se encuentran casos adicionales en revisión de rips.

UI EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES SUR:
Revisión Sivigila: aplicativo Sivigila escritorio se encuentra con La última actualización corresponde al Sivigila 20182024 V 9.0.0 instalador KB00091
Revisión RIPS: realizar descarga del aplicativo encontrando un total de 3906 atenciones en el periodo comprendido entre las semanas 46 de 2024 a la 18 de 2025, se procede a realizar cruce de códigos CIE X de las atenciones, con los códigos CIE X de los diagnósticos diferenciales de los eventos de interés en salud publica encontrando un total de 75 casos para el diagnóstico principal 35 casos para el diagnóstico secundario y 13 para el diagnóstico terciario; de los diagnósticos 1,2,3 los eventos que cruzaron con ciex10 relacionados

con la base de GITAPPS 124 casos de los cuales 70 casos se descartaron por no cumplir con la definición de casos de los eventos según protocolo para los eventos individuales, la mayoría de los EISP que cruzan con las atenciones de los Equipos Básicos Extramurales Sur es de importante recalcar que en el evento de Defecto Congénito se realiza revisión de 24 historias de las cuales 22 casos se descartan por edad, y para los otros dos casos uno presenta un error de digitación en la fecha de nacimiento ya que indicaba que tenía 0 años al revisar la historia clínica paciente cuenta con 55 años por lo que se descarta y para el otro caso es menor de 1 años y dos meses la cual es una paciente por indicación de seguimiento ya que la madre es menor de 16 años y esta no ha llevado a la menor al control de los 4 meses por lo que le indicaron que debían realizarle una radiografía para descartar una displasia de cadera acepta pero a la fecha no se observaron mas atenciones de esta paciente por lo que se le indica que por favor realicen un seguimiento nuevamente. En cuanto a eventos colectivos se encontraron ciex10 relacionados para los eventos 995: 38 y 998: 4 los cuales no fueron notificados durante el periodo evaluado (silencio epidemiológico) se realizó llamada a técnico de Sivigila de la subred y a líder del proceso quienes indicaron que se debían notificar eso eventos al igual que la referente distrital de Sivigila por lo cual se genera plan de mejora, Del evento del 995 se deben notificar

TRANSMISIBLES SUBRED SUR:

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD USME: Para el mes de abril se recibe Herramienta BAI Marzo de la UPGD de manera oportuna 9 de abril de 2025, Se identificaron 2 eventos de interés en salud pública, SARAMPION, de fecha 8/03/2025, Sin criterio para notificar, por exantema popular purulento localizado en nariz, y COLERA código mal relacionado en la historia clínica, ya que corresponde a una consulta odontológica.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAN BENITO: En cuanto a los eventos colectivos, para el evento 995 se presentó notificación de 13 semanas, NO se presenta duplicidad para el evento 998 se notificó 13 semanas con duplicidad en la semana 13 la cual se duplico 3 veces y dos de estas presentan ajuste D y acta del día 10/04/2025 con envió a la subred, no presentan comportamiento inusuales. En la semana 07 esta se encuentra ajuste D indica que no realizaste este ajuste se llama a técnico indica que se cargue nuevamente esta semana, se realiza el cargue en la asistencia.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VISTA HERMOSA: 210_ DENGUE Para el periodo 2 casos ingresados como probables, en tiempos de ajuste oportunos ya se cuentan con reportes negativos uno de los casos con menos de 5 días de inicio de síntomas con prueba IgM realizada, debía tomarse ELISA-NS1. cumplimiento 85% no sujeto a plan de mejora, cuenta con plan de mejora institucional por hallazgos relacionados con evento 345 y 346 por parte del subsistema pendiente seguimiento desde la subred, por esta razón no se genera nuevo plan de mejora.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MEISSEN:
Para Tuberculosis, evento 813 se notificaron 11 casos de los cuales 10 casos de manera oportuna un caso inoportuno de 49 días VEN5452847 caso que inicialmente contaba con PCR y BK negativos y se notificó pos morten con cultivo positivo, en donde 1 caso ID 1069873298 pendiente cargar al módulo de laboratorios el resultado de la histopatología caso tiene carga una biopsia, sin embargo 1 caso ID 35325637 no cuenta con cargue de resultados en módulo de laboratorio
Para de ETV se notificaron 9 Casos de evento 210 ingresados como probables y uno conf. por laboratorio con ajuste 3, sin embargo 1 caso ID 1222220542 Con unidad de análisis de caso sin muestra con revisión de referente distrital el 27/03/2025 en donde se define que el caso no se logra clasificar y permanece como sospechoso, 2 casos ID 1033189157, VEN10838657, 1140933982 pendiente por resultados para su respectivo

ajuste (en tiempos de ajuste), 3 eventos 310 ingresados como sospechoso, uno de ellos con ajuste 3 y cargue de laboratorios, dos casos pendientes por ajuste ID 1025554906, 1033189157 (en tiempos de ajuste), 1 casos evento 420 ingresado como confirmado por laboratorio, cuenta con el respectivo cargue de laboratorio.
Para IRA cuenta con 204 eventos notificados: 197 casos de evento 345 ingresados como sospechosos, de los cuales 79 cuentan con ajuste 3 con el respectivo cargue de laboratorio, 87 casos con ajuste 6 con el cargue respectivo de laboratorio, 1 caso con ajuste D por error en la variable fecha de inicio de síntomas (variable llave), 30 casos sin ajuste de los cuales 2 casos ID 1245080235, 1206226797 cuenta con unidad de análisis de caso sin muestra, 31 pendiente por ajuste de acuerdo a retroalimentación , 11 casos pendientes por resultados de Laboratorio de SP, 7 casos pendientes por retroalimentar número de radicado de muestra, 8 Casos de evento 346 ingresados como confirmados por laboratorio con su respectivo cargue. un evento 591 el cual esta pendiente por unidad de análisis reprogramar con choco. además cuenta con laboratorios ingresado para los eventos que lo requieren sin embargo se evidencia ID 19117266 en el módulo de laboratorios, la baciloscopia corresponde a una prueba C6 , pero se registró como prueba C4 se encuentra con ajuste 6 y cargado correctamente a C6, ID 35325637 cuenta con cargue de ningún laboratorio, aunque los resultados son negativos, es importante cargar al módulo de laboratorios todos los resultados para tuberculosis ya sean positivo o negativos, se realiza verificación y se encuentran cargados dichos laboratorios PCR y BK además de 30 Casos evento 345 pendiente por ajuste y cargue de laboratorio de los cuales dos casos ID 1245080235, 1206226797 cuenta con unidad de análisis de caso sin muestra y sin embargo 1 caso ID

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAN JUAN DE SUMAPAZ: Para el periodo evaluado no notificaron eventos transmisibles individuales. En cuanto a los eventos colectivos 995: Con duplicidad semana 15 con ajuste D y acta del día 16/04/2025, se verifica RIPS sin hallazgos para el evento 998: semanas positivas 7,9,10,11,13,14,15,16,17,18 con semana 15 ingresada 3 veces con 2 ajustes D con acta del 08/05/2025 enviada el 9/05/2025 por solicitud desde VSP realizada desde abril sin embargo refiere jefe de unidad confusión ya que también contaban con la duplicidad de la misma semana en evento 995, por lo cual realizan ajuste tardío, cuenta con ajuste D, para evento colectivo 995 y 998 con respectivos ajustes D y actas, con respuesta inoportuna

SUBSISTEMA IAAS

Se generaron hallazgos objeto plan de mejora para el mes de mayo 2025 para hospital Simón Bolívar, hospital de Meissen.

SUBRED NORTE

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SIMON BOLIVAR: Para el trimestre evaluado con un cumplimiento de 86%, sujeto a plan de mejora.

Se evidencia se debe realizar ajuste caracterización, de acuerdo a datos REPS capacidad instalada debe ser 340. En SIVIGILA escritorio hay 343 camas y en Sivigila web hay 342 se realizan ajustes en escritorio pendiente en Web, no concordancia en Web camas UCI por lo cual se solicita debe ajustar gestión realizada durante asistencia técnica. Adicionalmente durante evaluación eventos colectivos IAD informa que en UCIP solo vigilan 12 camas que las 13 restantes de UCIP QX no corresponden realmente a intensivas, refiere referente que tiene citada ronda con habilitación con el fin de hacer ajustes pertinentes. Para evento colectivo IAD camas intensivas reportadas en REPS para UCIP con un total de 25 camas a demás es lo reportado en la caracterización, no corresponden lo que se está notificando en número de UCIP y camas UCIP vigiladas. Para el evento 357 notifican para el trimestre 19 casos, con inoportunidad tomada desde fecha de diagnóstico de 11

casos, con una inoportunidad de 26,3% tomados desde la fecha del reporte del laboratorio sin embargo se deja la inquietud ya que se estaría poniendo erradamente la fecha del diagnóstico en todos los casos, se establece comunicación con referentes distritales quienes solicitan correo formal pidiendo claridad, de los 19 casos solo uno notificación rutinaria restantes captados por BAI, hallazgos de calidad en dos casos. Para consumo antibiótico hospitalización no concordancia en tres meses evaluados, datos inusuales en cada mes, por lo que se verifico con referente estadísticas hospitalarias encontrando que no era acorde a lo notificado. En la notificación de evento 352 inoportunidad para el evento del 50% hallazgo sujeto a plan de mejora.

SUBRED CENTRO ORIENTE

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SANTA CLARA: Para el trimestre evaluado con cumplimiento del 98%.

Respecto a las camas de cada espacio UCI se encuentra en el REPS 12 camas UCIP y 4 camas de intermedios pediátricas, distribuidas físicamente en dos espacios de 8 camas cada uno y 24 camas UCIA y 7 camas intermedios adulto distribuido en 4 espacios con 10 camas, 8 camas, 6 camas y 7 camas respectivamente, se debe ajustar total camas UCI, se solicitó realizar ajustes pertinentes, Para el evento individual 357, se encuentran 4 casos notificados, 2 casos con no concordancia a los cuales se les cargo una prueba G5 (cultivo de secreciones), la cual no es acorde al protocolo, pero al verificar la ficha de notificación se encuentra registro correcto de prueba G2 (lavado bronco alveolar), pero al ingresar este registro genera alerta indicando que la prueba no es válida y debe ingresar como G5, se anexa pantallazo.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PERSEVERANCIA: Para el trimestre evaluado con cumplimiento del 97%.

Cumplen con criterios de cumplimiento, oportunidad y calidad en diligenciamiento ficha CAB (18 camas vigiladas), no cuentan con servicio de UCI ni procedimientos medico quirúrgicos ni partos.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VICTORIA: Para el trimestre evaluado con cumplimiento del 98%.

Se requiere ajuste en caracterizaciones SIVIGILA WEB y Escritorio en la página 2 SIVIGILA escritorio ítem capacidad instalada el total de camas registra 153 y en SIVIGILA WEB 223 se debe ajustar a 192 según datos REPS, contaron con novedad en el trimestre de aumento de 3 camas. Para evento colectivo CAB no concordancia marzo y abril en servicio hospitalización, cuentan con un caso del evento 357 en marzo evento oportuno 7 días desde fecha diagnóstico y fecha notificación Para el periodo evaluado no se encuentran casos individuales evento 352.

SUBRED SUR

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MEISSEN: Para el trimestre evaluado con cumplimiento del 86%, sujeto a plan de mejora.

La UPGD cuenta con los servicios habilitados de UCI, y camas hospitalización según el RESP en donde la página 2 datos de la vigilancia de las IAAS en el total de camas se observa un total de 100 camas solo de hospitalización se debe realizar ajuste, adicionalmente tampoco es concordante total camas UCI, un eventos individuales ficha 357 el cual presenta una inoportunidad del 100% hallazgo sujeto a plan de mejora, para el

evento 352 notificación de 11 casos de los cuales 1 (9,1%) se encuentra tardío encontrados en BAI.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD USME: Para el trimestre evaluado con cumplimiento del 100%.

Cumplen con criterios de cumplimiento, oportunidad y calidad en diligenciamiento ficha CAB (14 camas vigiladas), no cuentan con servicio de UCI ni procedimientos medico quirúrgicos, ni partos.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VISTA HERMOSA: Para el trimestre evaluado con cumplimiento del 100%.
Cumplen con criterios de cumplimiento, oportunidad y calidad en diligenciamiento ficha CAB (42 camas vigiladas), no cuentan con servicio de UCI ni procedimientos medico quirúrgicos, ni partos.

La referente Paola correal informa que la caracterización del sivigila con respecto a las camas se debe dejar la suma de hospitalización adulto, UCI intermedia y UCI adulto

SUBSISTEMA SALUD MENTAL

SIVIM

Desde el subsistema de vigilancia epidemiológica de violencia intrafamiliar y de género, maltrato infantil y violencia sexual – SIVIM se aporta al abordaje integral con enfoque de género de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil, violencia de género y la violencia sexual
En el mes de mayo de 2025 se realizaron 33 asistencias técnicas a UPGD de las cuatro subredes, para el subsistema de SIVIM, según la programación establecida para el mes. La distribución de asistencias técnicas se presenta a continuación:

SUBRED NORTE

Se realizaron 11 asistencias técnicas para el subsistema SIVIM. Durante el mes de mayo se realiza fortalecimiento con la persona a cargo de la notificación en salud mental, directrices y protocolos con lo establecido para el subsistema SIVIM y Resolución 309 de 2025. A su vez 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 y definiciones de caso. En el mes de mayo no se generaron planes de mejora para las unidades de esta unidad.
Dentro de las generalidades, se encuentra lo siguiente:

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VERBENAL: se identifica cumplimiento de la totalidad de compromisos establecidos en la asistencia técnica realizada en el mes de febrero. La UPGD reportó durante el periodo evaluado 28 casos al SIVIM, los cuales se encuentran con envío oportuno. Se revisan 26 fichas, identificando fallas de calidad relacionadas con inconsistencias entre variables en 3 fichas, omisión en diligenciamiento de variables en 4 fichas: Hospitalizado (SI NO), persona consumidora de SPA, drogas en el agresor, violencia emocional, ni atención en salud por el prestador, en el momento de la atención presenta. Se identifica caso en donde la observación de la ficha y lo registrado en Historia Clínica no concuerda con el tipo de violencia registrado. Las BAI de salud mental de los meses de enero y febrero fueron enviadas fuera de los tiempos establecidos, debido a contingencia presentada en el área de epidemiología.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR: La UPGD reportó 80 casos de SIVIM para el periodo evaluado. Se identifican 4 casos (5%), reportados con un tiempo superior a las 24 horas. Se generan observaciones de calidad relacionadas con inconsistencia en 1 caso entre la variable de antecedentes de

violencia y ocurrió antes y 1 caso sin diligenciamiento de variable ocurrió antes en violencia emocional. Se identifica cumplimiento parcial de compromisos, ya que presentaron casos reportados fuera de los tiempos establecidos.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAN CRISTOBAL: se tiene en cuenta notificación de 61 eventos con cumplimiento frente a lo establecido para oportunidad y calidad. La Unidad cumple con los compromisos que se establecieron durante la anterior asistencia técnica. Se encuentra envío de BAI del mes de abril con un día de inoportunidad.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SANTA CECILIA SUBRED NORTE: cumple los compromisos de anterior asistencia, teniendo en cuenta fortalecimiento y socialización. Para el período no se encuentra notificación de eventos SIVIM, por lo cual no se logra verificar criterios de oportunidad, calidad y georreferenciación. Se sugiere fortalecimiento para el equipo, incluyendo a la persona que dinamiza la notificación de eventos.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD QUIRIGUA: se identifica envío inoportuno de la BAI de enero, debido a contingencia desde el área de epidemiologia por falta de talento humano. Para el periodo evaluado la UPGD no presentó casos que cumplieran con criterios para reportar al SIVIM, por lo cual no es posible verificar criterios de calidad, oportunidad y georreferenciación.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD GARCÉS NAVAS: Durante el periodo evaluado no contaron con casos que cumplieran con criterios para ser reportados al SIVIM, por lo cual no es posible verificar el cumplimiento de los criterios de calidad, oportunidad, georreferenciación y el tercer compromiso establecido en la visita técnica anterior. Presentaron cumplimiento de dos compromisos establecidos en la asistencia técnica del mes de febrero. Se presentó en el mes de enero envío inoportuno de la BAI, debido a contingencia en el área de epidemiología por falta de talento humano.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOYACÁ REAL: La UPGD se encuentra ingresando los casos al aplicativo SIVIGILA DC desde la SE 10. Se identifica reporte de 19 casos de los cuales se identifica oportunidad en la totalidad de los eventos. Se revisan 12 fichas, generando observaciones de calidad relacionadas con variables en blanco en 4 fichas (En el momento de la atención presenta y atención en salud por el prestado) e inconsistencias en 2 fichas (ocurrió antes y antecedentes de violencia, Diligenciamiento de variable atención en salud por el prestador no concordante con tipo de violencia)

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESPAÑOLA: La UPGD cumple parcialmente los compromisos de anterior asistencia, teniendo en cuenta que no se realiza capacitación específica con la persona a cargo de la notificación dentro del período establecido. Se cuenta con cumplimiento relacionados con fortalecimiento y socialización. Para el período no se encuentra notificación de eventos SIVIM, por lo cual no se logra verificar criterios de oportunidad, calidad y georreferenciación.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD GAITANA 1: Para el período se tiene en cuenta notificación de 32 eventos con cumplimiento frente a lo establecido para oportunidad, con observaciones de calidad relacionadas con no diligenciamiento de fecha de hospitalización ni variable de mecanismo para violencia física en una ficha, incoherencia de antecedentes de violencia en una ficha y otra ficha sin diligenciar variable de ocurrió antes. La Unidad cumple con los compromisos que se establecieron durante la anterior asistencia técnica.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD RINCON: se tiene en cuenta notificación de 15 eventos con cumplimiento frente a lo establecido para oportunidad y calidad. La Unidad cumple con los compromisos que se establecieron durante la anterior asistencia técnica.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD FRAY BARTOLOME DE LAS CASAS: presentó notificación de 21 eventos, teniendo en cuenta que uno de ellos es devuelto por calidad por parte de la Subred, el cual ajusta la Unidad y lo vuelve a enviar quedando con inoportunidad de 2 días. Se encuentran observaciones de calidad relacionadas con diligenciamiento de variable de atención en salud por parte del prestador para eventos

diferentes a violencia sexual e incoherencia en información de antecedentes de violencia en 7 eventos. Se encuentra inoportunidad en envío de BAI durante 2 meses. Obtuvo puntaje de 84

SUBRED CENTRO ORIENTE

Se realizaron 6 asistencias técnicas para el subsistema SIVIM, las cuales se describen a continuación:

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PERSEVERANCIA: cuenta notificación de 5 eventos con cumplimiento frente a lo establecido para oportunidad y calidad. La Unidad cumple con los compromisos que se establecieron durante la anterior asistencia técnica.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VICTORIA: La UPGD realizó notificación de 144 eventos, teniendo en cuenta observaciones de calidad realizadas desde la Subred y encontrando inoportunidad en un evento, el cual es encontrado por la BAI, estableciendo acciones de mejora desde la Unidad.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ALTAMIRA: Para el período se establece notificación de 13 eventos, teniendo en cuenta que, se encuentran 3 eventos con inoportunidad de fin de semana, los cuales fueron objeto a plan de mejora en la anterior asistencia técnica. Se identifican que continúan con acciones y estrategias para los casos de fin de semana y fortalecimiento con los Médicos Rurales. Se realizan observaciones de calidad y cumplimiento parcial frente con los compromisos de anterior asistencia. Obtuvo puntaje de 84.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SANTA CLARA: presentó reporte de 131 casos al SIVIM encontrándose con envío oportuno. Se generan observaciones de calidad relacionadas con inconsistencia entre variables, por lo cual se halla cumplimiento parcial de compromisos, ya que uno se encontraba relacionado con la calidad de los casos reportados.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CHIRCALES: La Unidad notifica durante el período 19 eventos con cumplimiento frente a lo establecido para oportunidad, frente a calidad se relaciona una sola ficha con incoherencia frente a antecedentes de violencia y sin diligenciamiento de lugar de ocurrencia. La Unidad cumple con los compromisos que se establecieron durante la anterior asistencia técnica.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD DIANA TURBAY: contaron con cumplimiento parcial de compromisos, ya que se encuentran 5 casos reportados de manera inoportuna. La Unidad presenta soporte de plan de mejora interno el cual se encuentran en proceso de ejecución. Se identifican fallas de calidad relacionadas con inconsistencia entre variables, por lo cual durante el espacio se socializan y se deja base por parte de la Unidad. Igualmente, se identificó caso con Durante el periodo evaluado se presentó caso con documento 1206221972, el cual fue descartado por no cumplir con criterios para ser reportado al Subsistema.

SUBRED SUROCCIDENTE

En el mes de mayo a 7 UPGD Se realizaron asistencias técnicas para el subsistema SIVIM y a 1 Unidad Informadora (UI). En la totalidad de las instituciones se fortalece en los tiempos de oportunidad, calidad del dato y definiciones de caso.
A continuación, se detallan los hallazgos identificados:

CENTRO DE SALUD OLARTE: la UPGD contó con notificación de 1 evento con cumplimiento frente a lo establecido para oportunidad y calidad. La Unidad cumple con los compromisos que se establecieron durante

la anterior asistencia técnica.

CENTRO DE SALUD PORVENIR: La UPGD durante el periodo evaluado reportó 46 casos al SIVIM, cumpliendo con criterio de oportunidad. Se identifican observaciones de calidad relacionadas con fallas en el diligenciamiento de estado civil y nivel educativo en menores de 5 años. Se identifica error en tipificación de 1 caso, por lo cual se precisa durante la asistencia lo establecido respecto al reporte adecuado de los casos de menores de 14 años para inicio de método de planificación familiar. Se presentó cumplimiento de los compromisos establecidos en la visita técnica anterior, se encuentran fortalecimientos pertinentes y proceso de vigilancia establecido de forma permanente.

CENTRO DE SALUD ABASTOS: presenta reporte de 26 casos al SIVIM, identificando 3 casos (1030588992, 1031128443, VEN7684581) notificados de manera tardía, incumpliendo directriz distrital por circular 019 lo establecido en la Circular 019/2024, por lo cual se genera plan de mejora. Se establece observación de calidad en los formatos verificados, relacionada con inconsistencia entre variables.

CENTRO DE SALUD PATIO BONITO: presentó reporte de 29 casos al SIVIM los cuales se encuentran ingresados por la Unidad con oportunidad. Al verificar la calidad de los registros ingresados no se generan observaciones. Se presenta cumplimiento de la totalidad de los compromisos establecidos en la anterior asistencia técnica.

Se tiene en cuenta en el **CENTRO DE SALUD ZONA FRANCA**: la notificación de 16 eventos con cumplimiento frente a lo establecido para oportunidad, con observaciones de calidad relacionadas
con no diligenciamiento en variables de: clasificación inicial y hospitalización en 4 eventos, dos (2) eventos relacionados con violencia por terceros. La Unidad cumple con los compromisos que se establecieron durante la anterior asistencia técnica

CENTRO DE SALUD ALCALÁ MUZÚ: presentó reporte de único evento al SIVIM, el cual se encuentra con oportunidad y con calidad teniendo en cuenta la completitud de la ficha, concordancia entre variables y registro de dirección acorde a manual de nomenclatura. Se halla cumplimiento de la totalidad de compromisos establecidos en la visita anterior y envío oportuno de la BAI. Obtuvo puntaje de 100

CENTRO DE SALUD ASUNCIÓN BOCHICA: presentó reporte de 3 casos al SIVIM los cuales se encuentran oportunos, según los tiempos establecidos y con calidad teniendo en cuenta la completitud de la información y la concordancia entre las variables
Presentaron cumplimiento de los compromisos establecidos en la visita técnica anterior. . Obtuvo puntaje de 100

En el mes de mayo se realiza asistencia técnica a la Unidad Informadora

EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES: Se identifica que la Unidad Informadora cuenta con 8 equipos. Respecto al flujo de información, indican que cada equipo centraliza el envío de los casos a través del profesional de apoyo, quien cuenta con conocimiento del correo electrónico de VSP, de los Subsistemas de Salud Mental de la Subred. Indican que el profesional de apoyo efectúa revisión de los casos; sin embargo, al momento de la verificación no efectúan un proceso de precrítica que garantice la calidad de la información, hallando fallas en cuanto al diligenciamiento de la ficha de notificación. Se identifica reporte en el semestre de 64 casos SIVIM de los cuales 2 fueron enviados de manera inoportuna. Se realiza socialización de la Circular 019/2024 y se fortalece respecto a tiempos de oportunidad y diligenciamiento de la ficha.

SUBRED SUR

Se realizaron 9 asistencias técnicas para el subsistema SIVIM, se plantea en la totalidad de las UPGD la importancia de capacitar al talento humano frente a los eventos de interés en salud pública, Salud Mental, tiempos de oportunidad, calidad del dato y definiciones de caso.

Durante el período evaluado las UPGD **UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD DESTINO, UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MOCHUELO, UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PASQUILLA**, no presentaron eventos para reportar durante el periodo evaluado, por lo cual no es posible evaluar los criterios de calidad, oportunidad ni georreferenciación. Se presentó cumplimiento de los compromisos establecidos en la visita técnica anterior.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD USME: notifica durante el período 6 eventos con incumplimiento frente a lo establecido para oportunidad, teniendo en cuenta un evento con reporte tardío de un día, ante lo cual la Unidad indica como acciones para reducir la reincidencia en la inoportunidad, la creación de un grupo de WhatsApp, con el fin de obtener la información inmediata por parte de los médicos en caso de identificación de casos que cumplan con la definición del caso para ser reportados al Subsistema. Se encuentran fallas de calidad, no cumplimiento de todos los compromisos y un evento con observaciones frente a manual de nomenclatura.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAN BENITO: La Unidad notifica durante el período 42 eventos, encontrando un evento con inoportunidad de 14 días (correspondiente con el 2% de la notificación), teniendo en cuenta que, al momento de realizar el envío de correo, este queda en borrador y posteriormente el evento es encontrado en BAI, No se generan hallazgos frente a calidad. La Unidad cumple parcialmente con los compromisos que se establecieron durante la anterior asistencia técnica por la inoportunidad del evento.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VISTA HERMOSA: La UPGD presentó reporte de 93 casos, hallando el 2% de eventos notificados con un tiempo mayor a 24 horas, correspondiente a 2 casos con ID: 1659730, 1689391). Se identifican fallas de calidad relacionadas con error en consignación de dirección en 1 caso y en el diligenciamiento de variables: nivel educativo y ocupación en 1 evento.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MEISSEN: notificó 727 casos al SIVIM, de los cuales se identifican 33 que se encuentran reportados fuera de los tiempos establecidos, correspondiendo al 4% del total de casos notificados, por lo cual no se genera plan de mejora. Se presenta cumplimiento parcial de compromisos, teniendo en cuenta que uno de ellos se relaciona con la oportunidad de los reportes.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAN JUAN DE SUMAPAZ: durante el período 2 eventos con cumplimiento frente a lo establecido para oportunidad, frente a calidad se realizan observaciones relacionadas con algunas variables sin diligenciar e incoherencia frente a antecedentes de violencia en un evento, generando cumplimiento parcial frente a los compromisos que se establecieron durante la anterior asistencia técnica. Se evidencia incremento del puntaje obtenido en el mes de febrero (72), obteniendo un puntaje final de 94 en el mes de mayo.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD NAZARETH: reportaron 8 casos, que presentaron oportunidad. Se identifican fallas de calidad relacionadas con fallas en georreferenciación de dirección, error en fecha de consulta. Se identifica cumplimiento parcial de compromisos debido a las observaciones de calidad.

En la Subred Sur para el mes de mayo, se efectuó asistencia técnica semestral a la Unidad Informadora

EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES: en donde se realiza verificación del flujo de información, oportunidad de los eventos enviados durante el semestre (octubre – abril), para el Subsistema. Se fortalecen tiempos de oportunidad y criterios de calidad.

SISVECOS:

Desde el subsistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida (SISVECOS) se captan e intervienen los casos de ideación, el intento suicida y amenaza, así como la muerte por suicidio.
En el mes de mayo de 2025 se realizaron 33 asistencias técnicas a UPGD, según la programación establecida para el mes. La distribución de asistencias técnicas se presenta a continuación:

Subred Norte

Se realizaron 11 asistencias técnicas para el subsistema SISVECOS. En términos generales para el subsistema se fortalece para el mes de mayo la oportunidad de los casos, teniendo en cuenta actualizaciones en protocolos y directrices nacionales y distritales y calidad del dato en el diligenciamiento de la ficha de notificación. Se efectúa fortalecimiento con la persona a cargo de la notificación en salud mental, incluyendo directriz y protocolos con lo establecido para el subsistema SISVECOS.
Como resultado de las asistencias técnicas, se encuentra lo siguiente:

Para el período no se encuentra notificación de eventos SISVECOS, por lo cual no se logra verificar criterios de oportunidad, calidad y georreferenciación en las UPGD **UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAN CRISTOBAL, UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SANTA CECILIA, UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD QUIRIGUA**, cumpliendo los compromisos de anterior asistencia; sin embargo, se sugiere fortalecimiento para el equipo, incluyendo a la persona que dinamiza la notificación de eventos. En la **UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD ESPAÑOLA** se presentó afectación de la calificación, debido a que no se efectuó capacitación específica con la persona a cargo de la notificación dentro del período establecido.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VERBENAL: Se identifica en la Base de datos del Subsistema en el cruce de información 1 caso con documento 1055246558, correspondiente a la usuaria Wendy Jimena Pabón. En la Unidad se identifican dos casos con documentos 1055246558 y 1020830208, que no aparecen registrados en la base de datos de SIVIGILA DC, por lo cual se verifica en la Unidad encontrando correos de envíos dentro de los tiempos establecidos; sin embargo, se identifica falla en el flujo de información al ser enviados a correo electrónico errado: notificacionessisvecos@gmail.com.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR: La Unidad presenta reporte de 174 casos de conducta suicida, los cuales se encuentran reportados con oportunidad. Se halla falla de calidad en el diligenciamiento de clasificación inicial del caso

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD GARCÉS NAVAS: En el cruce de información se encuentra caso con documento 1141319563 (ID 1629773), con entidad notificadora Unidad de Servicios de Salud Garcés Navas; sin embargo, durante el espacio de asistencia técnica informan que para el periodo evaluado no contaron con casos de conducta suicida para notificar. Durante la asistencia se informa a la Líder de Salud Mental de la Subred Norte la novedad identificada. Se identifica cumplimiento de los compromisos establecidos en la visita.

No es posible verificar el tercer compromiso, ya que no presentaron casos de conducta suicida para reportar.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOYACÁ REAL: La UPGD presentó reporte de 11 casos de conducta suicida, los cuales se encuentran oportunos.
Se generan observaciones de calidad relacionadas con fallas en clasificación inicial del caso. Fecha de inicio de síntomas superior a 3 periodos epidemiológicos. Sin diligenciar población diferencial. Se identifica cumplimiento de compromisos establecidos en la visita técnica anterior

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD GAITANA 1: cuenta con notificación de 7 eventos de conducta suicida, logrando establecer que cumplen con criterios de oportunidad. Frente a calidad se tiene en cuenta que 1 evento corresponde a suicidio consumado, el cual fue clasificado como confirmado por clínica. Se evidencia cumplimiento con los compromisos que se establecieron durante la anterior asistencia técnica.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD RINCON: presentó notificación de 4 eventos de conducta suicida por parte de la Unidad, logrando establecer que cumplen con criterios de oportunidad y calidad establecidos. Se verifica cumplimiento con los compromisos que se establecieron durante la anterior asistencia técnica.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD FRAY BARTOLOME DE LAS CASAS: presentó reporte de 3 eventos de conducta suicida por parte de la Unidad, logrando establecer que cumplen con criterios de oportunidad. Frente a calidad, se encuentran clasificados como sospechosos y se encuentra incoherencia en la información relacionada con antecedentes de violencia. Se encuentra inoportunidad en envío de BAI. Se verifica cumplimiento con los compromisos que se establecieron durante la anterior asistencia técnica.

SUBRED CENTRO ORIENTE

Se realizaron 6 asistencias técnicas para el subsistema SISVECOS. Se brinda información a las UPGD sobre la importancia del fortalecimiento continuo al talento humano sobre el evento, calidad del dato, tiempos de oportunidad, calidad del dato y definiciones de caso.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PERSEVERANCIA: se cuenta con notificación de 3 eventos de conducta suicida por parte de la Unidad, logrando establecer que cumplen con criterios de calidad. Frente a la oportunidad se tiene en cuenta evento con documento 1000604689, que presenta inoportunidad de 1 día, relacionado con fin de semana, ante lo cual la Unidad efectúa acciones de mejora internas, enfocadas a la notificación de eventos de fin de semana.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VICTORIA: contaron en el trimestre notificación de 144 eventos, teniendo en cuenta observaciones de calidad realizadas desde la Subred y encontrando inoportunidad en un evento, el cual es encontrado por la BAI, estableciendo acciones de mejora desde la Unidad.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ALTAMIRA: se cuenta con notificación de 3 eventos de conducta suicida por parte de la Unidad, logrando establecer que cumplen con criterios de oportunidad y calidad. Se verifica cumplimiento con los compromisos que se establecieron durante la anterior asistencia técnica.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SANTA CLARA: Reportaron durante el periodo evaluado 86 casos se identifican 2 casos correspondientes a suicidio consumado reportados fuera de los tiempos establecidos. Durante la asistencia se identifica que fue generado un plan de mejora interno el cual fue Durante la asistencia se identifica que fue generado un plan de mejora interno el cual se encuentra en formato institucional con

radicación a calidad Se halla que la Unidad efectuó en el mes de abril plan de mejora interno, orientado a la UCI adultos, en donde se identificó la falla frente al reporte (Se verifican soportes de capacitaciones y de acciones indicadas en el plan). Continúan con acciones de mejora enfocadas a la verificación y control a través de las rondas diarias, la BAI Diaria y verificación de RUAF. Indican que fue cerrado en el mes de mayo.
Se identifica cumplimiento parcial de compromisos, ya que se hallan fallas en calidad y oportunidad en eventos reportados.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CHIRCALES: contaron con cumplimiento de los compromisos que se establecieron durante la anterior asistencia técnica. Para el período se cuenta con notificación de 4 eventos de conducta suicida por parte de la Unidad, logrando establecer que cumplen con criterios de oportunidad y calidad. Obtuvo puntaje de 100.

DIANA TURBAY: la UPGD presentó reporte de 11 casos de conducta suicida, los cuales se encuentran oportunos. Se hallan observaciones de calidad. Cumplieron con la totalidad de compromisos establecidos en la visita técnica anterior. Durante el periodo evaluado se presentó descarte de 2 casos, por no cumplir con definición de caso para el SISVECOS.

SUBRED SUROCCIDENTE

Se realizaron 7 asistencias técnicas en UPGD y 1 a Unidad informadora para el subsistema, encontrando lo siguiente:
No es posible evaluar los criterios de calidad, georreferenciación y oportunidad, ya que no presentaron casos para reportar durante el trimestre evaluado en el **CENTRO DE SALUD ALCALÁ MUZÚ y CENTRO DE SALUD OLARTE**, presentando cumplimiento de los compromisos establecidos en la visita técnica anterior.

CENTRO DE SALUD PORVENIR: la UPGD presentó reporte de 14 casos de conducta suicida, hallándose dentro de los tiempos establecidos. Se generan observaciones de calidad relacionadas con la inclusión en los factores de riesgo el consumo de SPA y el diagnóstico CIE 10 correspondiente a la existencia de diagnóstico en salud mental.

CENTRO DE SALUD ABASTOS: reporte de 9 casos de conducta suicida los cuales se encuentran oportunos. En general se encuentra diligenciamiento de las fichas de notificación con calidad. Se fortalece en la asistencia técnica la inclusión en factores de riesgo, del trastorno o enfermedad mental (correspondiente al campo de CIE 10).

CENTRO DE SALUD PATIO BONITO: evaluado presentó reporte de 6 casos de conducta suicida, los cuales se encuentran ingresados de manera oportuna, de acuerdo con los tiempos establecidos y cumpliendo los criterios de calidad al hallarse la completitud de la información y la concordancia.

CENTRO DE SALUD ZONA FRANCA: notificación de 10 eventos de conducta suicida por parte de la Unidad, logrando establecer que cumplen con criterios de oportunidad. Frente a calidad se tiene en cuenta que 9 eventos fueron clasificados sospechosos, 2 eventos con mecanismo para ideación, 1 sin fecha de inicio de síntomas y otro con incoherencia relacionada con intentos previos. Se verifica cumplimiento con los compromisos que se establecieron durante la anterior asistencia técnica

CENTRO DE SALUD ASUNCIÓN BOCHICA: reportó único evento de conducta suicida el cual está notificado cumpliendo los criterios de calidad y oportunidad, según los tiempos establecidos. Se identifica cumplimiento

de los compromisos establecidos en la visita técnica anterior.

Se efectuó asistencia técnica en la Unidad Informadora **EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUR OCCIDENTE**, en donde se identifica reporte en el semestre de 68 casos SISVECOS de los cuales 1 caso contó con error en diligenciamiento de fecha de consulta, siendo tomada la fecha de ocurrencia de la conducta. Cada equipo centraliza el envío de los casos a través del profesional de apoyo. Indican revisión; sin embargo, no efectúan un proceso de precrítica que garantice la calidad de la información, hallando fallas de calidad. Se realiza socialización, se fortalecen tiempos de oportunidad.

SUBRED SUR

Se realizaron 9 asistencias técnicas para el subsistema SISVECOS, se plantea en la totalidad de las UPGD la importancia de capacitar al talento humano frente a los eventos de interés en salud pública, Salud Mental, tiempos de oportunidad, calidad del dato y definiciones de caso. Durante las asistencias técnicas realizadas se encuentra lo siguiente:

En las UPGD UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD DESTINO, UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MOCHUELO, UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PASQUILLA, UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAN JUAN DE SUMAPAZ y UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD NAZARETH para el período no se cuenta con notificación de eventos por lo cual no se logran verificar criterios de calidad, oportunidad y demás.

Se identifica inoportunidad en el reporte de 4 casos de ideación suicida (ID 1615926, ID 1658096, ID 1663834, ID 1670406), 1 suicidio consumado (ID 1689688) y 2 casos de notificación inmediata (ID 1667089 y ID1670992, a las 48 y 72 horas), generando hallazgos sujetos a plan de mejora, por incumpliendo el protocolo nacional del evento 356 e incumplimiento a evento priorizado a nivel distrital en la **UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MEISSEN**, La UPGD presentó cumplimiento parcial de compromisos establecidos en la visita técnica anterior, al no realizar la notificación de eventos con calidad y con oportunidad en su totalidad. Se identifica reporte de 189 casos, con observaciones de calidad relacionadas con fallas en registro de clasificación inicial del caso y variables en blanco (NUMERO DE TELEFONO, NIVEL EDUCATIVO, ESTADO CIVIL, NUMERO DE ACOMPAÑANTE, FACTORES DESENCADENANTES y OCUPACION).

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD USME: notificación de 4 eventos de conducta suicida por parte de la Unidad, logrando establecer que cumplen con criterios de oportunidad. Se verifica cumplimiento parcial con los compromisos que se establecieron durante la anterior asistencia técnica, teniendo en cuenta que se generan observaciones relacionadas con la calidad.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAN BENITO: la UPGD reportó de 16 eventos de conducta suicida por parte de la Unidad, logrando establecer que cumplen con criterios de oportunidad y calidad. Se verifica cumplimiento con los compromisos que se establecieron durante la anterior asistencia técnica.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VISTA HERMOSA: presentó notificación durante el periodo evaluado de 19 casos, los cuales se encuentran con cumplimiento del criterio de oportunidad, teniendo en cuenta los tiempos establecidos. Se presenta falla en la clasificación inicial del caso en 2 fichas de notificación y falla en diligenciamiento de dirección

SIVELCE:

Desde el subsistema de vigilancia epidemiológica de las lesiones de causa externa (SIVELCE) se captan las lesiones intencionales y no intencionales donde se incluyen accidentes de tránsito, lesiones por elementos de consumo, lesiones por procedimientos estéticos y aquellos asociados con la violencia interpersonal ejercida por terceros, aquellas lesiones ocasionadas por ácidos y álcalis, las quemaduras por diferentes elementos y las lesiones por pólvora negra, explosivos y pirotecnia.
En el mes de mayo de 2025 se realizaron 14 asistencias técnicas a UPGD, según la programación establecida para el mes.

SUBRED NORTE

Se realizaron 27 asistencias técnicas para el subsistema SIVELCE, encontrando lo siguiente:
No se logra verificar criterios de oportunidad, calidad y georreferenciación, ya que no se presentaron casos de evento 453 para notificar en las UPGD UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAN CRISTOBAL, UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SANTA CECILIA, UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD QUIRIGUA, UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD ESPAÑOLA, UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VERBENAL, UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD GARCÉS NAVAS, UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOYACÁ REAL, UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD RINCÓN y UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD FRAY BARTOLOMÉ DE LAS CASAS.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR: La Unidad presentó reporte de 203 casos los cuales se encuentran con oportunidad. Se identifican observaciones de calidad. Cumplimiento parcial de compromisos.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD GAITANA 1: cumple con la totalidad de compromisos establecidos. Se encuentran 23 eventos notificados, se verifica que, se cumple con los criterios de oportunidad y calidad establecidos para el SIVELCE. Obtuvo un puntaje de 100.

SUBRED CENTRO ORIENTE

Se realizaron 6 asistencias técnicas para el subsistema SIVELCE.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PERSEVERANCIA: cumple la totalidad de los compromisos que se establecieron durante la anterior asistencia técnica. Se encuentran 61 eventos notificados con oportunidad, verificando evento con documento 1010231340, el cual en base presenta inoportunidad, teniendo en cuenta que la Unidad lo envía oportunamente. Se tienen en cuenta observaciones de calidad en algunas fichas, generadas por parte de la Subred.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VICTORIA: Se encuentran 980 eventos notificados, se encuentran 11 eventos en la base con inoportunidad, los cuales se verifican durante la asistencia, logrando establecer que desde la Unidad fueron enviados con oportunidad.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ALTAMIRA: cumple con los compromisos que se establecieron durante la anterior asistencia técnica, teniendo en cuenta socialización requerida frente a evento 453. No se encuentra notificación de eventos, por lo cual no se logra verificar criterios de oportunidad y calidad según eventos.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SANTA CLARA: reporta en el periodo evaluado 616 casos de Lesión de Causa Externa. Se identifican 99 casos enviados como notificación semanal los días lunes. Se identifica

reporte fuera de semana epidemiológica de 3 casos no priorizados.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CHIRCALES: La UPGD cumple parcialmente los compromisos que se establecieron durante la anterior asistencia técnica, teniendo en cuenta observaciones de calidad en algunas fichas. Se encuentran 195 eventos notificados, se verifica que, se cumple con los criterios de oportunidad establecidos para el SIVELCE.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD DIANA TURBAY: reportó 241 casos, hallando 10 casos no priorizados, que se fuera de la semana epidemiológica. Se generan observaciones respecto al diligenciamiento de la ficha relacionadas con variables en blanco y el no diligenciamiento de tipo de lesión reportado

SUBRED SUROCCIDENTE

Se realizaron 1 asistencia técnica para el subsistema SIVELCE, a la UPGD CENTRO DE **SALUD PATIO BONITO**: Durante el trimestre contó con fortalecimiento en el Subsistema y cumplimiento de compromisos establecidos en la visita técnica anterior. La UPGD en el periodo evaluado notificó 302 casos de Lesión de Causa Externa, hallando 299 casos reportados dentro de los tiempos establecidos. Se identifican 3 casos (1%) no priorizados, reportados fuera de la semana epidemiológica. En 3 casos se identifica falla de calidad D relacionada con inconsistencia entre ocupación y la edad de la persona notificada.

SUBRED SUR

Se realizaron 5 asistencias técnicas para el subsistema SIVELCE, encontrando lo siguiente:

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD USME: se identifica cumplimiento parcial de compromisos, presentó durante el trimestre reporte de 144 eventos, enviados de manera oportuna con observaciones de calidad.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VISTA HERMOSA: la UPGD presenta cumplimiento de compromisos. Se presenta reporte de 605 casos, identificando fallas de calidad en los eventos reportados.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MEISSEN: se verifica cumplimiento frente a los compromisos establecidos en la anterior asistencia técnica en su totalidad, incluyendo seguimiento de plan de mejora. Se encuentra notificación de 567 eventos para el SIVELCE. Se generan hallazgos de calidad en la notificación de eventos SIVELCE. Se revisa oportunidad en la totalidad de eventos, sin generar hallazgos relacionados.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAN JUAN DE SUMAPAZ: la Unidad no cumple con socialización de anterior asistencia solicitada dentro de los compromisos. Se encuentra notificación de 7 eventos para el SIVELCE. No se generan hallazgos de oportunidad, se realizan observaciones de calidad.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD NAZARETH: se identifica cumplimiento parcial de compromisos. Reportan 11 eventos durante el trimestre de manera oportuna. Se generan con observaciones de calidad.

SUBSISTEMA SISVAN

Resultados Asistencias Técnicas del Subsistema SISVAN:

A continuación, se relacionan los resultados obtenidos durante las asistencias técnicas realizadas en el mes de mayo del año 2025, por cronograma estaban programadas **34 UPGD,** siendo efectivas el 100% de las asistencias técnicas. A continuación, se muestran las UPGD visitadas, discriminadas por subred y localidad:

SUBRED NORTE

en el mes de mayo se realizó asistencia técnica en 10 UPGD, 5 de ellas presentaron un puntaje mayor respecto al periodo de febrero, 2 bajaron de puntaje, 3 se mantienen en igual porcentaje con el 100%, para esta subred el hallazgo que se evidencio para las unidades donde se estableció plan de mejora es la calidad de los datos en los tableros de control para los 3 grupos poblacionales de interés Sisvan (menores, gestantes y adultos).

SUBRED CENTRO ORIENTE

para el mes de mayo, se realizaron 6 asistencias técnicas, de ellas 2 disminuyeron su porcentaje y 1 subió el porcentaje, 3 se mantuvieron el porcentaje todas con respecto a las asistencias de febrero. Los hallazgos más frecuentes encontrados en esta subred fueron equipos antropométricos faltantes y calibraciones vencidas. Así como la calidad de los datos en los tableros de control para los 3 grupos poblacionales de interés Sisvan (menores, gestantes y adultos).

SUBRED SUR OCCIDENTE

para el mes de mayo se realizó un total de 7 UPGD, de ellas ninguna tuvo incremento de su puntuación, 3 se mantiene igual puntaje y 4 bajaron su puntaje respecto al mes de febrero 2025. Los hallazgos más frecuentes encontrados en esta subred fueron calibraciones vencidas. Así como la calidad de los datos en los tableros de control para los 3 grupos poblacionales de interés Sisvan (menores, gestantes y adultos).

SUBRED SUR

para el mes de mayo, se realizaron 9 asistencias técnicas, de ellas 4 disminuyeron su porcentaje y 1 subió el porcentaje, 4 se mantuvieron el porcentaje todas con respecto a las asistencias de febrero. Los hallazgos más frecuentes encontrados en esta subred fueron la calidad de los datos en los tableros de control para los 3 grupos poblacionales de interés Sisvan (menores, gestantes y adultos).

Planes de mejoramiento SISVAN

Los seguimientos a planes de mejora durante el mes de mayo se desarrollaron con base a las asistencias técnicas realizadas en los meses de marzo, abril , se llevaron a cabo seguimientos de planes de mejora donde se abordó subsistema SISVAN, se realizaron en las cuatro subredes distribuidas de la siguiente manera:

Para la Subred Norte se realizaron en el mes de mayo los siguientes planes de mejora: el 33.33% (n=2) correspondiente a la localidad de Usaquén y Engativá.
Para la Subred Sur se realizaron en el mes de mayo el 71.42% (n=5) correspondiente a la localidad de Usme, Tunjuelito y Ciudad Bolívar.

SUBRED NORTE: Las UPGD con plan mejora por el subsistema SISVAN fueron 2:

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ALAMOS: Esta unidad presenta plan de mejora referente a: No cuenta con calidad de los datos para el grupo poblacional gestantes durante el mes de febrero con un porcentaje de error de 5,28%. en grupo poblacional menores reporte negativo para los meses de diciembre y enero, en el mes de diciembre presentan reporte negativo para el grupo de gestantes y en el mes de enero con reporte

negativo para el grupo de adulto, teniendo en cuenta que el porcentaje de error permitido es hasta el 2%.
La UPGD ha dado cumplimiento a estas acciones planteadas en el plan de mejora toda vez que se evidencian soportes de la gestión para cada acción de mejora planteada. Queda plan de mejora con un 100% de cumplimiento para el subsistema SISVAN, teniendo en cuenta que quedan acciones de mejora subsanadas, por lo tanto, el plan de mejora queda cerrado.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CODITO: Esta unidad presenta plan de mejora referente a: 1. Durante el periodo evaluado no se evidencia notificación para los 2 grupos poblacionales de interés para SISVAN, no evidenciando calidad en la notificación, ya que presentan silencio epidemiológico durante el mes de diciembre.

2. No cuentan con envió oportuno semanal de la notificación para los dos grupos poblacionales de interés SISVAN, teniendo en cuenta que durante el trimestre evaluado no se envió de manera correcta las bases evidenciando notificación negativa en los meses de noviembre y enero.

La UPGD ha dado cumplimiento a estas acciones planteadas en el plan de mejora toda vez que se evidencian soportes de la gestión para cada acción de mejora planteada. El Plan de Mejoramiento presenta un avance en ejecución del 90% para el subsistema de Sisvan por lo anterior se decide dar (Cierre) al mismo.

SUBRED SUR: Las UPGD con plan mejora por el subsistema SISVAN fueron 5:

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD DANUBIO: Esta unidad presenta plan de mejora referente a: No cuentan con calidad de datos para el grupo poblacional de menores durante el mes de febrero Reporta-ron 501 registros como volumen total de notificación mensual, se evidencian errores en las variables, dirección de residencia (n=4), talla (n=3), se eliminaron 7 registros por calidad del dato y presenta 7 registros por duplicidad, se aprobaron 487 registros con un porcentaje de error de la UPGD del 2,48%, teniendo en cuenta que el porcentaje de error permitido es hasta el 2%.

La UPGD ha dado cumplimiento a estas acciones planteadas en el plan de mejora toda vez que se evidencian soportes de la gestión para cada acción de mejora planteada. El Plan de Mejoramiento presenta un avance en ejecución del 100% para el subsistema de Sisvan por lo anterior se decide dar (Cierre) al mismo.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LIBRADA: Esta unidad presenta plan de mejora referente a: No cuentan con calidad de los datos para el grupo poblacional menores para el mes de enero evidenciando un porcentaje de error del 2,58% y para el grupo poblacional gestan-tes durante el mes diciembre con porcentaje de error de 5,56% y enero con porcentaje de error de 2,78%, teniendo en cuenta que el porcentaje de error permitido es hasta el 2%.

2. La bascula pesabebés no se encuentra funcionando desde el trimestre anterior, teniendo en cuenta que en asistencia técnica anterior se dejó el compromiso y a la fecha continua igual, aunque tiene fecha de calibración del 26/03/2025

La UPGD ha dado cumplimiento a estas acciones planteadas en el plan de mejora toda vez que se evidencian soportes de la gestión para cada acción de mejora planteada. El Plan de Mejoramiento presenta un avance en ejecución del 82% para el subsistema de Sisvan por lo anterior se decide dar (Cierre) al mismo.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL CARMEN: Esta unidad presenta plan de mejora referente a: No cuentan con calidad de datos para el grupo poblacional de menores durante el mes de febrero, reporta -ron 399 registros como volumen total de notificación mensual, se evidencia error en la variable dirección de residencia (n=3), peso(n=1), talla (n=5), se eliminaron 9 registros por calidad del dato y 3 por duplicidad, se aprobaron 387 registros con un porcentaje de error de la UPGD del 2,24%. teniendo en cuenta que el porcentaje de error permitido es hasta el 2%.

La UPGD ha dado cumplimiento a estas acciones planteadas en el plan de mejora toda vez que se evidencian soportes de la gestión para cada acción de mejora planteada. El Plan de Mejoramiento presenta un avance en ejecución del 100% para el subsistema de Sisvan por lo anterior se decide dar (Cierre) al mismo.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD TUNJUELITO: Esta unidad presenta plan de mejora referente a: No cuentan con calidad de datos para el grupo poblacional de menores durante el mes de febrero reporta-ron 4 registros como volumen total de notificación mensual, se evidencia error en la variable, peso (n=1), se eliminó 1 registro por calidad del dato, se aprobaron 3 registros con un porcentaje de error de la UPGD del 3,41%, teniendo en cuenta que el porcentaje de error permitido es hasta el 2%.

La UPGD ha dado cumplimiento a estas acciones planteadas en el plan de mejora toda vez que se evidencian soportes de la gestión para cada acción de mejora planteada. El Plan de Mejoramiento presenta un avance en ejecución del 100% para el subsistema de Sisvan por lo anterior se decide dar (Cierre) al mismo.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD JERUSALEN: Esta unidad presenta plan de mejora referente a: No cuentan con calidad de los datos para el grupo poblacional menores durante el mes de enero con porcentaje de error de 3,33% y para el grupo de gestantes con porcentaje de error de 5,56 %, teniendo en cuenta que el porcentaje de error permitido es hasta el 2%. La UPGD ha dado cumplimiento a estas acciones planteadas en el plan de mejora toda vez que se evidencian soportes de la gestión para cada acción de mejora planteada. El Plan de Mejoramiento presenta un avance en ejecución del 100% para el subsistema de Sisvan por lo anterior se decide dar (Cierre) al mismo.

Para finaliza la profesional Aura pregunta a la referente Johana Cortes si es válido los planes de mejora internos que está realizando la subred centro Oriente para subsanar hallazgos encontrados y que no se genere plan de mejora desde la asistencia, a lo que responde la referente que le preguntara a sivigila si esto es válido, dado que lo ideal es que se genere el plan de mejora desde la asistencia dado que estos deben tener seguimiento, la referente hace referencia que se deje en el acta la verificación de las acciones y seguimiento de estos planes de mejora.

COMPROMISOS*

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA
Envío por correo electrónico de números de documentos de fichas con hallazgo de inconcordancia con historia clínica del subsistema SISVESO	Profesional Especializado Equipo de Fortalecimiento	05/06/2025

REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO	TELÉFONO	DIRECCIÓN/ OFICINA/ ENTIDAD	FIRMA
1	María Alejandra Cabrera Polanía	Macabrera@saludcapital.gov.co	3154433318	SVSP – Crónicos – No Transmisibles	
2	Carmenza Osorio Gómez	cosorio@saludcapital.gov.co	3127459777	SVSP – Crónicos – No Transmisibles	Carmenza Osorio Gómez
3	Adriana P. Ulloa Virgüez	apulloa@saludcapital.gov.co	3143485135	SVSP – EHR – No Transmisibles	
4	Claudia Patricia Beltrán Beltrán	cpbeltran@saludcapital.gov.co	3167873305	SVSP_ Eventos transmisibles	
5	Ligia Robayo Montañez	lrobayo@saludcpaital.gov.co	3112067023	SVSP-SIVISTRA— No Transmisibles	LIGIA ROBAYO MONTAÑEZ
6	Karen Liliana Castiblanco	klcastiblanco@saludcapital.gov.co	3208205677	SVSP – Crónicos – No Transmisibles	Karen Castiblanco
7	Diana Guerrero	Daguerrero@saludcapital.gov.co	3157390981	SVSP-Sivigila	
8	EVELYN CABALLERO VARGAS	ehcaballero@saludcapital.gov.co	3118180512	SVSP-IAAS	
9	Johana Liceth Cortes Romero	jlcortes@saludcapital.gov.co	3649090 ext 9523	SVSP – SISVECOS - SIVELCE	

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.