Tema: SOCIALIZACION DE RESULTADOS ASISTENCIAS TECNICAS PUBLICAS JUNIO 2025

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

Objetivo	Fecha: 07/07/2025			
SOCIALIZACION DE RESULTADOS ASISTENCIAS TECNICAS PUBLICAS JUNIO 2025	Tipo de reunión	Asistencia Técnica: Asesoría ( ) Capacitación ( ) Orientación ( ) Acompañamiento ( )		
		Otro (X) SOCIALIZACION		
	Modalidad:	Presencial ( )	Virtual (X)	Mixta ( )
	Lugar: VIA TEAMS			
	Hora Inicio: 7:30 AM Hora Fin: 12:00 PM			
	Notas por: JULIAN PARRA			
	Próxima Reunión: LOS PRIMEROS 5 DIAS DEL MES DE AGOSTO 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 SALUD MENTAL

Se realiza socialización de manera virtual, relacionada con las asistencias técnicas efectuadas durante el mes de junio de 2025, las cuales se encuentran distribuidas en diferentes UPGD a nivel distrital, con un total de 85 asistencias técnicas, 32 UPGD.

DISTRIBUCIÓN POR SUBSISTEMAS Y SUBREDES

SUBSISTEMA SIVIM

Subred norte con un total de 8 asistencias técnicas, **Subred Centro Oriente** 6 asistencias técnicas, **Subred Sur Occidente** con 13 asistencias técnicas y **Subred Sur** un total de 5 asistencias durante el mes.
Para el mes de junio se realiza fortalecimiento frente la calidad del dato en el diligenciamiento de la ficha de notificación, se socializa y fortalece temática relacionada con violencia de género, incluyendo definiciones y claridades relacionadas con violencia de género y Resolución 0459 de 2012. 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.

SUBSISTEMA SISVECOS

Subred norte con un total de 8 asistencias técnicas, **Subred Centro Oriente** 6 asistencias técnicas, **Subred Sur Occidente** con 13 asistencias técnicas y **Subred Sur** un total de 5 asistencias durante el mes.
Durante cada asistencia realizada para el subsistema SISVECOS, se realiza énfasis en fortalecimiento de los procesos, resaltando las variables de calidad y oportunidad según los eventos. Se resalta la importancia de contar con un continuo fortalecimiento al talento humano a cargo de la identificación de los casos, frente a los eventos de interés en salud pública, Salud Mental, tiempos de oportunidad, calidad del dato y definiciones de caso.

SUBSISTEMA SIVELCE

Subred norte con un total de 7 asistencias técnicas, **Subred Centro Oriente** 2 asistencias técnicas, **Subred Sur Occidente** con 7 asistencias técnicas y **Subred Sur** un total de 4 asistencias durante el mes.
Se realiza asistencia técnica para el evento 453 en las Unidades en las cuales se estableció la vigilancia del evento durante meses anteriores, haciendo énfasis en el proceso de notificación de estos eventos identificados por consulta externa.
Durante cada asistencia realizada para el subsistema SIVELCE, se realiza fortalecimiento relacionado con las variables de la ficha en general de todos los eventos, con relación a los eventos de accidentes de tránsito, debe diligenciarse lugar de ocurrencia, barrio y UPZ, teniendo en cuenta que los accidentes de tránsito son verificados por la entidad de Tránsito y Transporte.

SUBSISTEMA VESPA

Subred Sur Occidente con 1 asistencia técnica durante el mes.

SEGUIMIENTOS PLANES DE MEJORA

Subred sur occidente:

- CENTRO DE SALUD ABASTOS:

Hallazgo objeto a plan de mejora:

1. Se identifican 3 casos reportados por violencia sexual (1030588992, 1031128443, VEN7684581), los cuales se encuentran con reporte tardío porcentaje de inoportunidad mayor al 10%

Seguimiento realizado el 11/06/2025

La UPGD presenta ejecución de las 2 acciones de mejora planteadas, relacionadas con la disponibilidad del personal durante fines de semana que permitan el reporte oportuno de los casos identificados por los profesionales. Se identifica posterior al plan reporte oportuno de los eventos. Quedando cerrado con un 100% de avance de cumplimiento.

Seguimiento plan de mejora SISVECOS

Subred sur:
- UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MEISSEN:

Hallazgo objeto a plan de mejora:
Se identifica reporte tardío de 2 casos de notificación inmediata (ID 1667089 y ID1670992) reportados a las 48 y 72 horas, incumpliendo así el protocolo nacional del evento 356 e incumplimiento a evento priorizado a nivel distrital
1. Seguimiento realizado el 20/05/2025
Se evidencia que la Unidad planteó 4 acciones de mejora, las cuales se encuentran completas, presentando un avance de cumplimiento del 100%, dando cierre al mismo.

La referente Johana Cortes pregunta a los profesionales si para el subsistema de SIVELCE los referentes de las subredes entregan todos los insumos, Aura refiere que se ha tenido dificultades con la subred norte, los insumos no son específicos, solicita la referente que se le avise cuando esto suceda para tener conocimiento y poder hacer la gestión.

SUBSISTEMA SISVAN

Resultados Asistencias Técnicas del Subsistema SISVAN:

A continuación, se relacionan los resultados obtenidos durante las asistencias técnicas realizadas en el mes de Junio del año 2025, por cronograma estaban programadas **32 UPGD,** siendo efectivas el 100% de las asistencias técnicas. A continuación, se muestran las UPGD visitadas, discriminadas por subred y localidad:

Para la **Subred norte** en el mes de junio se realizó asistencia técnica en 8 UPGD, 4 de ellas presentaron un puntaje mayor respecto al periodo de marzo, 3 bajaron de puntaje, Equipo extramurales obtuvieron porcentaje en 0%, 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).
Para la **Subred Centro oriente** para el mes de Junio, se realizaron 7 asistencias técnicas, de ellas 1 bajo su porcentaje y 1 subió el porcentaje, 5 se mantuvieron el porcentaje todas con respecto a las asistencias de marzo. Los hallazgos más frecuentes encontrados en esta subred fueron equipos antropométricos faltantes y calibraciones vencidas.
Para la subred Sur Occidente para el mes de junio se realizó un total de 13 UPGD, de ellas ninguna tuvo incremento de su puntuación, 6 se mantiene igual puntaje y 4 bajaron su puntaje respecto al mes de marzo 2025, en este trimestre se realizan 3 asistencias por primera vez por parte del subsistema SISVAN. 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). La no adherencia a la resolución 2465/20216.
Para la subred Sur para el mes de junio, se realizaron 4 asistencias técnicas, de ellas 2 disminuyeron su porcentaje y 1 subió el porcentaje, 1 se mantuvo en el porcentaje con respecto a las asistencias de marzo. 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), falencias en los equipos antropométricos como lo son los tallimetros.

Planes de mejoramiento SISVAN

Los seguimientos a planes de mejora durante el mes de Junio se desarrollaron con base a las asistencias técnicas realizadas en los meses de mayo, 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 junio los siguientes planes de mejora: el 36,36% (n=4) correspondiente a la localidad de Usaquén, Engativá y Suba.
Para la Subred **Centro Oriente** en el mes de junio los siguientes planes de mejora: el 18,18% (n=2) correspondiente a la localidad de San Cristóbal y Rafael Uribe Uribe.
Para la **Subred Sur Occidente** en el mes de junio los siguientes planes de mejora: el 18,18% (n=2) correspondiente a la localidad de Kennedy.
Para la **Subred Sur** se realizaron en el mes de junio el 27,27% (n=3) correspondiente a la localidad de Usme, Ciudad Bolívar.

subred norte: Las UPGD con plan mejora por el subsistema SISVAN fueron 4:

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAN CRISTOBAL: Esta unidad presenta plan de mejora referente a: No cuentan con calidad de los datos para el grupo poblacional adulto para el mes de febrero, reportaron 1 registro como volumen total de notificación mensual, se evidencia error en la variable, fecha de consulta (n=1), se elimina 1 registro por fecha de consulta inoportuna, porcentaje de error de la UPGD del 5,00% 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, se decide dar (Cierre) al mismo.

UNIDAD DE SERVICIOS DE ESPAÑOLA: Esta unidad presenta plan de mejora referente a: No cuentan con calidad de los datos para el grupo poblacional gestantes para el mes de marzo evidenciando un porcentaje de error del 3,03%, 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, se decide dar (Cierre) al mismo.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD QUIRIGUA: Esta unidad presenta plan de mejora referente a: No cuentan con calidad de los datos para el grupo poblacional gestantes para el mes de enero evidenciando un porcentaje de error del 4,17% y febrero de 3,70%; para el grupo poblacional adultos se evidenciando un porcentaje de error del 4,47 en el mes de enero, depara el mes de febrero el porcentaje de error es del 3,69%; para el mes de marzo el porcentaje de error fue del 4,04%, 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, se decide dar (Cierre) al mismo.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD RINCON: Esta unidad presenta plan de mejora referente a: Los equipos antropométricos (pesa bebès;3117,3199-pesa persona 617,636-5261;3147;3118;3191) se encuentran con calibración vencida con fecha noviembre 2023.
actualizar hojas de vidas de los equipos antropométricos (pesa persona, pesa bebe, tallímetros, infantometros), soporte de calibración. 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, se decide dar (Cierre) al mismo.

subred centro oriente: Las UPGD con plan mejora por el subsistema SISVAN fueron 2:

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VICTORIA: Esta unidad presenta plan de mejora referente a: No cuentan con calidad de los datos para el grupo poblacional gestante para el mes de marzo evidenciando un porcentaje de error del 3,25%, teniendo en cuenta que el porcentaje de error permitido es hasta el 2%.
b. Se encuentran los equipos antropométricos de los servicios de urgencias pediátricas, plan canguro con calibración vencida.
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 88,75% para el subsistema de Sisvan por lo anterior se decide dar (Cierre) al mismo.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CHIRCALES: Esta unidad presenta plan de mejora referente a: No cuentan con calidad de los datos para el grupo poblacional gestantes para el mes de marzo evidenciando un porcentaje de error del 2,45%, 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 75% para el subsistema de Sisvan por lo anterior se decide dar (Cierre) al mismo.

subred sur occidente: Las UPGD con plan mejora por el subsistema SISVAN fueron 2:

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ABASTOS: Esta unidad presenta plan de mejora referente No cuentan con calidad de los datos para el grupo poblacional adultos para el mes de febrero evidenciando un porcentaje de error del 2,07% 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 PATIO BONITO: Esta unidad presenta plan de mejora referente a: Los equipos antropométricos (basculas de pie y pesabebés) se encuentran con calibración vencida con fecha 05, 06 de marzo de 2024.
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.

subred sur: Las UPGD con plan mejora por el subsistema SISVAN fueron 3:

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MEISSEN: Esta unidad presenta plan de mejora referente a: Se encuentran 2 casos con inoportunidad en la base de evento 113 durante el periodo evaluado 1 de 4 días con ID: 1245080920 y 1 de 2 días con ID:1024616182.
b. Se evidencian para menores durante el mes de enero presentan un porcentaje de eros de 3,00% y febrero de 3,72% y adultos en el mes de enero estando por encima del 2%.
c. los equipos antropométricos de los servicios de Urgencias pediátricas (basculas pesabebés con serie terminado en 5215, la báscula 7664 y la báscula de pie terminada en 7627 no están funcionando), no cuentan con tallímetro en triage para la toma de la talla en menores de 5 años. En Hospitalización Pediátrica no cuentan con tallímetro lo cual no da cumplimiento a la resolución 2465/2016.

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 DESTINO: 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 2,08%, para febrero 2,73% teniendo en cuenta que el porcentaje de error permitido es hasta el 2%. b. Prueba de apetito vencida con fecha 04/2025. 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 100% para el subsistema de Sisvan por lo anterior se decide dar (Cierre) al mismo.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VISTA HERMOSA: Esta unidad presenta plan de mejora referente a: No cuentan con calidad de los datos para el grupo poblacional Menores para el mes de febrero evidenciando un porcentaje de error del 2,13%, 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.

La referente Dary Ruiz pregunta a las profesionales sobre la gestión de los equipos de la subred centro oriente, se, Dina refiere que la jefe María Cristina solicito una base con los equipos pendientes de cada UPGD y se realizó una reunión con el interventor encargado para la gestión de la compra y calibración de estos y ya se encuentra en el secop la gestión de la compra, la referente solicita el número de proceso en secop de la compra para realizar seguimiento desde la SDS.

SUBSISTEMA SISVESO

En el mes de junio de 2025 se realizaron 24 asistencias técnicas para el Subsistema SISVESO

subred norte: Durante el mes de junio se realizan las asistencias técnicas en 6 UPGD

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BUENAVISTA: A la verificación de los meses marzo, abril y mayo de 2025 obtuvieron una calificación del 98% con hallazgos de calidad e integralidad en el diligenciamiento de la ficha.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CODITO: A la verificación de los meses marzo, abril y mayo de 2025 obtuvieron una calificación del 99% con hallazgos de calidad e integralidad en el diligenciamiento de la ficha.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAN LUIS: A la verificación de los meses marzo, abril y mayo de 2025 obtuvieron una calificación del 93% con hallazgos de calidad e integralidad en el diligenciamiento de la ficha y cumplimiento parcial de la meta de notificación establecida.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EMAUS: A la verificación de los meses marzo, abril y mayo de 2025 obtuvieron una calificación del 98% con hallazgos de calidad e integralidad en el diligenciamiento de la ficha.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PRADO VERANIEGO: A la verificación de los meses marzo, abril y mayo de 2025 obtuvieron una calificación del 99% con hallazgos de calidad e integralidad en el diligenciamiento de la ficha.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBA: A la verificación de los meses marzo, abril y mayo de 2025

obtuvieron una calificación del 97% con hallazgos de calidad e integralidad en el diligenciamiento de la ficha.

subred centro oriente: Durante el mes de junio se realizan las asistencias técnicas en 6 UPGD

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD LACHES: A la verificación de los meses marzo, abril y mayo de 2025 obtuvieron una calificación del 94% con hallazgos de calidad e integralidad en el diligenciamiento de la ficha y cumplimiento parcial de la meta de notificación establecida.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PRIMERA DE MAYO: A la verificación de los meses marzo, abril y mayo de 2025 obtuvieron una calificación del 93% con hallazgos de calidad e integralidad en el diligenciamiento de la ficha.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD LIBERTADORES: A la verificación de los meses marzo, abril y mayo de 2025 obtuvieron una calificación del 96% con hallazgos de calidad e integralidad en el diligenciamiento de la ficha y cumplimiento parcial de la meta de notificación establecida.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAMPER MENDOZA: A la verificación de los meses marzo, abril y mayo de 2025 obtuvieron una calificación del 93% con hallazgos de calidad e integralidad en el diligenciamiento de la ficha.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ANTONIO NARIÑO: A la verificación de los meses marzo, abril y mayo de 2025 obtuvieron una calificación del 94% con hallazgos en el cumplimiento parcial de la meta de notificación establecida.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD LA CANDELARIA: A la verificación de los meses marzo, abril y mayo de 2025 obtuvieron una calificación del 96% con hallazgos de calidad e integralidad en el diligenciamiento de la ficha y cumplimiento parcial de la meta de notificación establecida.

subred sur occidente: Durante el mes de junio se realizan las asistencias técnicas en 9 UPGD

CENTRO DE SALUD VILLA JAVIER: A la verificación de los meses marzo, abril y mayo de 2025 obtuvieron una calificación del 98% con hallazgos de calidad e integralidad en el diligenciamiento de la ficha.

CENTRO DE SALUD JOSE MARIA CARBONELL: Se obtiene calificación excelente 100%.
UBA MOVIL: La UPGD presenta cierre temporal desde el mes de abril

CENTRO DE SALUD TINTAL: A la verificación de los meses marzo, abril y mayo de 2025 obtuvieron una calificación del 96% con hallazgos de calidad e integralidad en el diligenciamiento de la ficha y cumplimiento parcial de la meta de notificación establecida.

CENTRO DE SALUD MEXICANA: A la verificación de los meses marzo, abril y mayo de 2025 obtuvieron una calificación del 98% con hallazgos de calidad e integralidad en el diligenciamiento de la ficha.

CENTRO DE SALUD CATALINA: A la verificación de los meses marzo, abril y mayo de 2025 obtuvieron una calificación del 96% con hallazgos de calidad e integralidad en el diligenciamiento de la ficha.

CENTRO DE SALUD PUERTA DE TEJA: A la verificación de los meses marzo, abril y mayo de 2025 obtuvieron una calificación del 99% con hallazgos de calidad e integralidad en el diligenciamiento de la ficha.

CENTRO DE SALUD CENTRO DIA: Se obtiene calificación excelente 100%

CENTRO DE SALUD SAN PABLO: Se obtiene calificación excelente 100%

CENTRO DE SALUD INTERNACIONAL: A la verificación de los meses marzo, abril y mayo de 2025

obtuvieron una calificación del 93% con hallazgos de calidad e integralidad en el diligenciamiento de la ficha.

SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORA CENTRO DE SALUD JOSE MARIA CARBONELL: seguimiento del plan de mejora del subsistema SISVESO el día 16/04/2025, cumplen al 100% de los hallazgos

subred sur: Durante el mes de junio se realizan las asistencias técnicas en 3 UPGD

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD FLORA: A la verificación de los meses marzo, abril y mayo de 2025 obtuvieron una calificación del 92% con hallazgos de calidad e integralidad en el diligenciamiento de la ficha y cumplimiento parcial de la meta de notificación establecida.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL TUNAL: A la verificación de los meses marzo, abril y mayo de 2025 obtuvieron una calificación del 93% con hallazgos de calidad e integralidad en el diligenciamiento de la ficha y cumplimiento parcial frente a la concordancia de ficha con HC.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MANUELA BELTRAN: A la verificación de los meses marzo, abril y mayo de 2025 obtuvieron una calificación del 96% con hallazgos de calidad e integralidad en el diligenciamiento de la ficha.

Al finalizar la socialización la Dra. Carmenza Osorio refiere que se hablara con las referentes locales para evitar que el incumplimiento en la meta por parte de las UPGD se de por olvido en el envió de las fichas ya que en la Unidad de Servicios de Salud San Luis y en la Unidad de Servicios de Salud Libertadores los profesionales manifestaron que se quedaron en la bandeja de salida de los correos electrónicos de los profesionales.

SUBSISTEMA SIVISTRA

En el mes de junio de 2025 se realizaron 20 asistencias técnicas para el Subsistema SIVISTRA

subred norte: Durante el mes de junio se realizan las asistencias técnicas en 6 UPGD

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BUENAVISTA: Se obtiene calificación excelente 100%

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CODITO: Se obtiene calificación excelente 100%

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EMAUS: A la verificación de los meses marzo, abril y mayo de 2025 obtuvieron una calificación del 81% hallazgos por incumplimiento parcial de compromisos.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ENGATIVA CALLE 80: A la verificación de los meses marzo, abril y mayo de 2025 obtuvieron una calificación del 99% con hallazgos de calidad en la notificación.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PRADO VERANIEGO: Se obtiene calificación excelente 100%

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBA: A la verificación de los meses marzo, abril y mayo de 2025 obtuvieron una calificación del 98% no concordancia entre acta y listado de asistencia.

subred centro oriente: Durante el mes de junio se realizan las asistencias técnicas en 7 UPGD

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD LACHES: Se obtiene calificación excelente 100%

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PRIMERA DE MAYO: Se obtiene calificación excelente 100%

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD LIBERTADORES: A la verificación de los meses marzo, abril y mayo de 2025 obtuvieron una calificación del 98% con hallazgos de calidad en la notificación

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAN BLAS: Se obtiene calificación excelente 100%

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAMPER MENDOZA: A la verificación de los meses marzo, abril y mayo de 2025 obtuvieron una calificación del 97% cumplimiento parcial de compromisos.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ANTONIO NARIÑO: Se obtiene calificación excelente 100%

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD LA CANDELARIA: A la verificación de los meses marzo, abril y mayo de 2025 obtuvieron una calificación del 97% con hallazgos de calidad en la notificación y cumplimiento parcial de compromisos.

subred sur occidente: Durante el mes de junio se realizan las asistencias técnicas en 3 UPGD

HOSPITAL DE BOSA: Se obtiene calificación excelente 100%

CENTRO DE SALUD TINTAL: A la verificación de los meses marzo, abril y mayo de 2025 obtuvieron una calificación del 93% cumplimiento parcial de compromisos.

CENTRO DE SALUD MEXICANA: A la verificación de los meses marzo, abril y mayo de 2025 obtuvieron una calificación del 95% cumplimiento parcial de compromisos y hallazgos de calidad en la notificación.

subred sur: Durante el mes de junio se realizan las asistencias técnicas en 4 UPGD

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD FLORA: A la verificación de los meses marzo, abril y mayo de 2025 obtuvieron una calificación del 98% no cumplimiento de compromiso.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL TUNAL: Se obtiene calificación excelente 100%

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MANUELA BELTRAN: Se obtiene calificación excelente 100%

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD JERUSALEN: Se obtiene calificación excelente 100%

SUBSISTEMAS NO TRANSMISIBLES

SUBSISTEMA CRÓNICOS

Subred Norte:
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ENGATIVA: En el mes de junio obtuvieron una calificación global del 96%. Para él periodo evaluado se ha presentado notificación de 19 casos confirmados por laboratorio del evento 155, de los cuales 7 casos son CA Mama y 12 casos de CA Cuello uterino, Para tipo de CA Mamá 4 casos con inoportunidad de notificación y para CA Cuello Uterino 6 casos con inoportunidad en notificación, en donde uno de los casos presenta una oportunidad de 21 días donde la biopsia fue remitida a la USS Simón Bolívar, otro dos caso con una Inoportunidad de 110 días y 121 días captado por la BAI, dos casos con inoportunidad de 8 días y otro caso de 9 días, dos caso de los cuales un con Inoportunidad de 15 días y el otro de 39 días con Biopsias realizado en IDIME.

Subred Centro Oriente:
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD LIBERTADORES: En el mes de junio obtuvieron una calificación global

del 99%. Se realiza revisión de base de datos del evento 155 del periodo comprendido entre la semana 10 a la 22 de 2025, encontrando un total de un caso el cual se ingresó con clasificación inicial confirmado por laboratorio y con oportunidad de 7 días entre el resultado de biopsia fecha de consulta control con ginecología con motivo consulta resultado biopsia. Se realizo ajuste de laboratorio ya que fue cargado con prueba de Biopsia y corresponde a inmuhistoquimica.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAMPER MENDOZA Y UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PRIMERA DE MAYO: En el mes de junio obtuvieron una calificación global del 99%. Al revisar la base de datos la UPGD solo se realizó notificación de un caso confirmado de evento 155, con oportunidad del 100%. Se realizo ajuste 7 a la fecha del resultado de la biopsia durante la asistencia técnica, caso no cuenta con fecha de inicio de tratamiento se verifico seguimiento el día 17/06/2025 usuaria refiere haber iniciado con quimioterapia

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAN BLAS: En el mes de junio obtuvieron una calificación global del 96%. Del periodo evaluado semana 10 a la 22 del 2025 se evidencian 4 casos notificados para el evento 155 correspondientes a casos de cáncer de mamade los cuales 3 casos se encuentra con inoportunidad del 75%, mayor de 7 días, en donde un caso es captado por la BAI LA CUAL PRESENTA BIOPSIA DE SAN JOSE, para el otro de los casos se presentó atrasos de las citas ya sé que presenta por la disponibilidad que no cuentan con citas extras para estas pacientes, para un caso 51849447 paciente no asistió a cita el día 16/04/2025 por lo que se realizó programación de esta.

Subred Sur Occidente:

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA: Para el periodo evaluado junio 2025 obtiene una calificación global de 95%. En el periodo evaluado de la semana 10 a la semana 22 del 2025 se encontraron 18 casos notificados Confirmados por Laboratorio por la UPGD de los cuales 7 casos son CA Mama y 11 casos de CA Cuello uterino los cuales cuentan con oportunidad, la UPGD garantiza oportunidad entre la toma de muestras y los resultados para Cáncer de mama y cuello uterino de 6 casos con oportunidad ALTA. Para la oportunidad media cuenta con 9 casos, en la oportunidad baja 3 casos. Refiere que toma las muestras de biopsia, pero son procesados en el Hospital Occidente de Kennedy, son llevadas 2 veces por semanas martes y jueves, por este motivo se alarga los tiempos.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PEDIATRICO TINTAL: Para el periodo evaluado junio 2025 obtiene una calificación global de 93%, Durante el periodo evaluado comprendido entre las semanas 9 a la 22 de 2025 del 01 de marzo 2025 al 31 de mayo 2025 se encuentra notificado 3 caso con clasificación inicial probable de los cuales uno se encuentra notificado de manera tardía Se trata de caso PT VEN5612146, caso ingresa por cefalea, dolor ocular el 13 marzo, no contaba con diagnostico que cruzaba para cáncer, sin embargo en la BAI cruzo para otro evento al verificar historia clínica se encuentra presencia de masa por lo cual lo notifican, cuenta con retroalimentación de caso a pediatría servicio tratante del 31/03/2025. Los demás casos se encuentran notificados de manera oportuna dentro de los 8 días, quedando con oportunidad del 66,6%.

Subred Sur:

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD TUNAL: En el mes de junio 2025 obtuvieron una calificación global del 100%. Del periodo evaluado semana 10 - 22 de 2025 la UPGD notificó un caso del evento 115 Probable con oportunidad del 100% se encuentra ajustado dentro de las 4 semanas epidemiológicas indicadas.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MANUELA BELTRAN Y UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD JERUSALEN: En el mes de junio 2025 obtuvieron una calificación global del 100%. Al revisar la base de datos se encuentra que la UPGD no realizo notificación de evento 115 ni 155 durante el periodo evaluado, no se encuentra solicitud por el subsistema crónicos de la subred Sur eventos pendiente por notificar para el evento115 – 155

SUBSISTEMA HUERFANAS

Durante el trimestre evaluado se realiza asistencia técnica en 8 UPGD, distribuidas en 4 subredes de la siguiente manera:

Subred Centro Oriente:
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD LIBERTADORES Y UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PRIMERA DE MAYO: En el mes de junio 2025 obtuvieron una calificación global del 100%. La UPGD no presenta notificación silenciosa para el periodo evaluado ya cuenta con notificación negativa del evento 342, ya que no se presentó notificación de casos. Para el periodo evaluado
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAN BLAS: En el mes de junio 2025 obtuvieron una calificación global del 100%. En revisión de base de datos se evidencian 6 caso notificado de los cuales 5 casos son diagnosticados durante el año 2025 de manera adecuada según criterios del protocolo de INS presentando una oportunidad del 100% manera inmediata dentro de las primeras 24 horas a la fecha de confirmación del diagnóstico de la enfermedad huérfana - rara y el otro caso fue diagnosticado en el año 2023 por lo cual no se le evalúa la a oportunidad PT VEN5944651.

Subred Suroccidente:
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA: En el mes de junio 2025 obtuvieron una calificación global del 100%. Durante el periodo evaluado comprendido entre las semanas 10 a 22 del 2025 no se cuenta con notificación de casos del evento 342, Según consolidado BAI SIANIEPS enviado por la subred sur occidente no se identificaron casos captados y no tiene casos nuevos pendientes por notificar.
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PEDIATRICO TINTAL: En el mes de junio 2025 obtuvieron una calificación global del 100%. Para el periodo evaluados de marzo, abril y mayo del 2025 la UPGD presentó notificación de 2 casos para el evento 342 en la SE 21, notificación oportuna y con calidad, además presentó 1 caso de evento de notificación de 215 defecto congénito, ID 25043010124047 no cumple para definición de casos evento 342 por diagnostico CIE Q664 Talipes Calcaneovalvus, se notificación 2 de evento 342 los cuales no cumplen para notificación de evento 215. Para el periodo evaluado no se encuentra solicitudes por parte de la subred.

Subred Sur:
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD TUNAL: En el mes de junio obtuvieron una calificación global del 92%. Para el periodo evaluado la UPGD se presentó notificación de 5 casos del evento 342, de los cuales 4 casos oportunos y uno inoportuno detectado por BAI, La UPGD realiza BAI diaria lo que facilita la captación de los casos. se solicita realizar el ajuste de los 4 casos: en base se registra fuente de captación por fuente rutinaria, se solicita realizar el ajuste a 2-BAI
UNIDAD DE SERVICIOS DE SAN JERUSALEN: En el mes de junio obtuvieron una calificación global del 95%. La UPGD no cumple con el compromiso anterior de la asistencia en Realizar reporte de notificación negativa mensual del evento 342
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MANUELA BELTRAN: En el mes de junio obtuvieron una calificación global del 99%. La UPGD Cumple con el 75% de los compromisos establecidos en la visita anterior no realizo socialización de HIPERTENSION PULMONAR IDIOPATICA.

SUBSISTEMA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Durante el trimestre evaluado se realiza asistencia técnica en 2 UPGD, distribuidas de la siguiente manera:

Subred Norte:

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ENGATIVA: En el mes de junio 2025 obtuvieron una calificación global del 100%

Durante el periodo evaluado de la semana 10 a la 22 no se notificaron casos de mortalidad materna. Se encuentra 100% de oportunidad en la notificación del evento 549 (20) casos, evento 215 (11) casos. La notificación de Eventos de transmisión materno infantil (850 8) todos notificados con oportunidad.

Subred Sur Occidente:

HOSPITAL DE BOSA: En el mes de junio 2025 obtuvieron una calificación global del 100%

Durante el periodo evaluó de la semana 10 a la 22 se notificó un caso de mortalidad materna con adecuado diligenciamiento de la variable residencia, y causa de muerte. Este caso ingreso por suicidio consumado y al realizar el análisis por el aplicativo web de mortalidad materna, no cruzo ya que fue cargado al RUAF de manera errónea por parte de medicina legal con código del Hospital Bosa Centro el cual se encuentra cerrado; posteriormente en el análisis local realizado por epidemiologia institucional se identificó el caso y fue notificado inmediatamente, de lo anterior se realizó unidad de análisis institucional el día 13/05/2025.

SUBSISTEMA SIVIGILA TRANSMISIBLES

subred norte:

De las 7 asistencias técnicas realizadas en el mes de junio 2025, en la subred norte se identificaron falencias en el recurso humano y tecnológico para las USS, Codito, San Luis, Emaús y Engativá calle 80; dadas por no contar con adecuada caracterización de variables en sivigila Web; lo anterior de manera global para la subred Norte genero afectación comparativamente con las asistencias del trimestre anterior, ya que presento una disminución del 0.6%

En cuanto a los procesos de capacitación y/o socialización de los temas de VSP en la UPGD en las USS San Luis no se evidenciaron soportes completos de este proceso; Sin embargo, en la otras USS se observó una mejora en estos ítems por lo cual de manera global la subred presento mejora en la evaluación global (2%) en comparación con el trimestre anterior

Respecto al cumplimiento en la notificación con calidad de eventos de interés en salud pública, solamente se obtuvo cumplimiento del 100% en las USS Buenavista, para las demás USS Se continúan presentando errores en georeferenciación, notificación no conforme a las definiciones de caso establecidas en los protocolos, ajustes pendientes y notificaciones tardías; de manera global en la subred y en comparación con el trimestre anterior el comportamiento desmejoro en un 1%.

En la proporción de cumplimiento de eventos que requieren muestra de laboratorio solamente la USS Engativá calle 80 presento hallazgos dados por error en el ingreso de resultados y falta de toma de laboratorio según protocolo, sin embargo, se evidencio una mejora del 14% en comparación con el trimestre anterior.

Respecto a la UI Equipos Básicos Extramurales Subred Norte, Se encontró un total de 3329 atenciones en el periodo comprendido entre las semanas 41 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 sin encontrar EISP en el diagnóstico principal, en el diagnóstico secundario y para el diagnóstico terciario; sin embargo se detectan CIE X de diagnósticos para eventos colectivos IRA y EDA.

Se establecieron planes de mejora en las USS Codito y San Luis y la UI Equipos Básicos Extramurales Subred Norte

subred centro oriente:

Se realizo un total de 7 asistencias técnicas en la Subred Centro Oriente para el mes de junio 2025 se identificaron falencias en el recurso humano y tecnológico en la USS Candelaria dada por falta de verificación en recursos adicionales para la VSP en la caracterización SIVIGILA; presentando por esto desmejora en la evaluación global (2%) de la subred en comparación con el trimestre anterior.
En cuanto a los procesos de capacitación y/o socialización de los temas de VSP en las UPGD evaluadas se presentó cumplimiento del 100%, con lo cual se obtuvo mejora de estos ítems del 6%
Respecto al cumplimiento en la notificación con calidad de eventos de interés en salud pública, solamente se obtuvo cumplimiento del 100% en las USS Laches y primera de mayo, para las demás USS Se continúan presentando errores en georeferenciación, notificación conforme a las definiciones de caso establecidas en los protocolos y notificaciones tardías; de manera global y en comparación con el trimestre anterior el comportamiento desmejoro en un 0.5%.
En la proporción de cumplimiento de eventos que requieren muestra de laboratorio, la USS San Blas presentaron hallazgos dados por falta en el ingreso de resultados de laboratorio según protocolo, sin embargo, presento una mejora del 7% en comparación con el trimestre anterior.
En la UI Convenio Interadministrativo Fondo Mundial, se tomaron un total de 13.384 muestras, de las cuales 13.288 arrojaron resultados negativos y 96 resultaron reactivas en la primera prueba rápida. A estas últimas se les aplicó una segunda prueba rápida confirmatoria, conforme al algoritmo diagnóstico establecido.
De los 96 casos con prueba inicial reactiva, 92 fueron confirmados como positivos tras la segunda prueba. Estos cumplieron con la definición de caso para VIH y fueron notificados al sistema SIVIGILA 4.0, incluyendo el cargue de ambas pruebas rápidas, tal como lo establece la normativa vigente.
No se realiza reporte de BAI ya que el registro de las actividades no corresponde a RIPS de consulta ni códigos CUPS.
No se estableció plane de mejora en el trimestre evaluado para las USS de la Subred Centro oriente

La referente Diana Guerrero hace un llamado a la líder de asistencias técnicas refiriendo que en la presentación de la subred centro oriente la información de las localidades no dan cuenta a las UPGD correspondientes solicita revisar la información, también hace referencia a los tableros de los puntajes en donde haciendo consolidado y revisando el ultimo tablero de mayo encontró fechas de junio, solicita revisar lo presentado y enviado a la secretaria distrital de salud.

La referente Yeimi Rativa hace referencia con respecto a los informes trimestrales estos deben sintetizar la información sin embargo la retroalimentación se ha hecho, pero aún se sigue evidenciando que es la misma información de lo que está en los informes mensuales, lo importante es mostrar los resultados y los indicadores.

Subred sur occidente:

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD JOSE MARIA CARBONELL: Se obtiene resultado excelente sin hallazgos sujetos a plan de mejora
HOSPITAL DE BOSA: se identifica caso de mortalidad materna (550), el cual se debió a que ingreso por suicidio consumado y al realizar el análisis por el aplicativo web de mortalidad materna, no cruzo ya que fue cargado al ruaf de manera errónea por parte de medicina legal con código del hospital bosa centro el cual se encuentra cerrado; posteriormente en el análisis local realizado por epidemiologia institucional se identificó el caso y fue notificado inmediatamente, de lo anterior se realizó unidad de análisis institucional el día 13/05/2025.
no se establece plan de mejora, ya que dentro de la estrategia de bai diaria, no era posible la identificación del caso ya que no estaba cargada al hospital bosa.

se identifica caso 210: con prueba no acorde a los días de síntomas correspondía a ns1, se revisa historia clínica y se encuentra también la prueba ns1, por lo cual se solicita realizar ajuste 6 al laboratorio con cargue de la prueba correcta. Caso 210: caso con prueba no acorde a los días de síntomas correspondía Elisa igm, se revisa historia clínica y se encuentra también la prueba igm, por lo cual se solicita realizar ajuste 6 al laboratorio con cargue de la prueba correcta.
Caso 340: caso con inadecuada clasificación final según los resultados del laboratorio, por lo cual se verifican en hc y se reajusta a hepatitis B cronica durante la asistencia técnica.

UNIDAD DE SEVICIOS DE SALUD NUEVAS DELICIAS: Para el evento 995 se presentó notificación de 13 semanas, se presenta duplicidad en la semana 17 se duplico 3 veces las cuales dos de estas cuentan con ajuste D acta del día 12/05/2025 con envío de la subred.
En la revisión del RIPS se encuentra no acorde a lo notificado en la semana 13 se encuentra en 0 el total de casos de IRA y en RIPS se encuentra un caso entre edades de 5 a 19 años ya que no estaban tomando el código de J039, para semana 15 se notificó un caso en RIPS 2 casos falta por notificar un caso entre edades de mayor de 60 años que correspondía al CIE X10 J019 se realiza el ajuste 7 de estas semanas y fortalecimiento de los eventos colectivos y los códigos CIE-10 J00 al J22X del 995 y los códigos CIE-10 A20 a A099 del evento 998. no se evidencia notificación de 1casos individuales con periodicidad semanal, se presentó notificación de eventos colectivo y se observa que para la semana 13 se envió con 0 casos en el total de IRA y en RIPS se encuentra un caso se realiza ajuste 7.

UNIDAD DE SEVICIOS DE SALUD MEXICANA: Se obtiene resultado excelente sin hallazgos sujetos a plan de mejora.

UNIDAD DE SEVICIOS DE SALUD ALQUERIA: Se realizo notificación de 1 evento que requirieran toma de muestras 850 (1) fue notificado con una carga viral y una prueba rápida, al verificar e indagar en historia clínica paciente aporta dos cargas virales una no detectable y otra con valor de 20 a 10.000.000 de copias, en unidad le toman una prueba rápida con reporte positivo y lo notifican se establece comunicación con referente de salud sexual y responsable de la unidad epidemiologia institucional se realiza retroalimentación de hallazgo, según refiere responsable en la unidad encargada epidemiologia institucional dio aval de notificarlo así, se habla con Claudia quien refiere que en aras de no perder al paciente y garantizar el tratamiento lo notificaron se hace énfasis en que se debe cumplir el algoritmo diagnostico por lo cual se establece plan de mejora, paciente accesible según información aportada por auxiliar de la unidad.
UNIDAD DE SEVICIOS DE SALUD VILLA JAVIER: En cuanto a los eventos colectivos 995: se evidencia duplicidad se 09 con acta del día 04/03/2025
En la revisión RIPS VS CIE 10 se encuentra se debe realizar ajuste SE 10 falta 1 caso de 2 a 4 años, 2 casos de 5 a 19 años y un caso mayor de 60 años, SE 11 faltan 1 caso de 2 a 4 años y 2 casos mayor de 60 años, SE 12 falta 1 caso de 2 a 4 años, 2 casos de 5 a 19 años y 1 caso de 20 a 39 años, SE 13 3 casos edades de 5 a 19 años, 1 caso de 20 a 39 y 1 caso mayor a 60 años, semanas posteriores concordantes coincide con asistencia anterior y plan de mejora instaurado por eventos colectivos se retroalimenta debieron realizar ajustes de estas semanas igualmente por lo cual se baja puntaje
EVENTO 998: Se hace revisión de RIPS falta notificar un caso semana 18 la cual estaba negativa, compromiso realizar ajustes y cargar evento 998 SE 18.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 105 CATALINA: Se identifica evento 850 de enero el día 04/04/2025 el cual envió respuesta el mismo día, se encuentra además una solicitud de un evento 340 el día 04/04/2025 por el cual le dieron una respuesta 08/04/2025 con epidemiologia institucional debido a que esta paciente es difícil de localizar y se presentó a cita el día 07/04/2025 para tomas de laboratorios y está pendiente resultado por

parte de colcan de lAnti HBc IgM se debe averiguar por parte de colcan que paso con este resultado ya que a la fecha no se sabe que paso con este resultado por lo que se le baja puntaje y se deja compromiso para verificar en la próxima asistencia sobre la respuesta del resultado de Anti HBc IgM. se le indica que se debe realizar las respuestas de manera oportuna en el tiempo que indica la subred.

BAI: No ingresa caso de Hepatitis A identificado en sus RIPS institucionales por lo que se le baja puntaje CIE este caso hace referencia a un caso del 2024 en diciembre que fue notificado como evento de hepatitis B 10 B 178 ID 1028887804

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD TINTAL: Se encuentra adecuada caracterización de sivigila web teniendo en cuenta las variables disponibles en el REPS. en cuanto a los recursos de la vigilancia en el ítem de Cove se encuentra Desactivado y este debe ser activo, por lo que se baja puntaje y se realiza el ajuste en sivigila escritorio y se envía pantallazo mediante correo al técnico de la localidad para que realice dicho ajuste,

EN CUENTO AL COMPROMISO ANTERIOR se realizó descarte de la duplicidad y semana que debía quedar como SEM 3 del evento 995 por la cual se debe cargar nuevamente la semana 3 por lo que se baja puntos.

BAI: Febrero: Variables semana epidemiológica y resultado sin diligenciar acorde a desplegable establecido, estas variables no deben ir vacías.

Abril: No ingresa caso de IAAS CC 1141376702 CIE 10 L088 identificado en sus RIPS institucionales esta BAI es realizada por IASS de la subred envió oportuno

HOSPITAL PEDIATRICO TINTAL: Para el evento 800 caso 1018523778 se identifica inoportunidad de notificación de 3 días, Se verifica en HC paciente ingresa el 23/04/2025 con diagnóstico de bronquiolitis y dificultad respiratoria, paciente es ingresada a hospitalización el 25/04/2025 medico sospecha de infección tosferina y solicita pruebas diagnósticas. Este día es notificado.

Se identifica 1 caso del evento 813 ID 1012453222 pendiente ingresar pruebas y resultados en el módulo de laboratorio .

BAI: se evidencia mal diligenciamiento en el formato bai del periodo evaluado.

Para el evento 591 caso 1012479915 tiene inoportunidad de 27 días Se verifica con UPGD paciente con premature extrema y displasia broncopulmonar, por lo cual no cumple con definición de caso, este se envía a necropsia clínica y dentro de cadena de defunción se registra IRA por lo que referente distrital Karen Solicita realizar notificación y revisión del caso, en UA departamental el caso fue descartado por los antecedentes, y el Hospital de san José queda con el compromiso de realizar el ajuste a la cadena causal. Para evento 365 caso 1012473685 con 6 días de inoportunidad. se verifica con UPGD quien refiere caso haber sido detectado por bai semanal, sin embargo en BAE se registra fuente-1 durante la asistencia se realiza el ajuste a fuente -2.

Se identifica 1 caso del evento 210 con Toma de muestra entre 0 a 5 días de la fecha de inicio de síntomas, prueba tomada 2-IgM no cumple con protocolo, encontrando en la asistencia técnica 1 solo caso, de los tres, por lo cual se realza ajuste en la asistencia técnica. Se evidencian caos 800 sin ajustes por parte de la subred no se evidencia articulación.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 48 SAN PABLO: Se verifica actas de socialización de los coves y de EISP En mayo listados sin marcar y sin firma, por lo cual se afecta puntaje se debe garantizar calidad de los soportes presentados.

BAI: Marzo: En el evento de Parálisis Flácida Aguda, en la variable de observaciones. no registra el criterio de descarte acorde al protocolo DEL INS.

Abril: Evento de Sarampión Rubéola, se encuentra descarte débil." Recomendaciones generales.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD INTERNACIONAL: para evento 995 : se verifica RIPS donde se identifica que por error de digitación semana 14 notificaron 16 casos y son 6 en ficha esta adecuado el dato, en semana 22 falto un caso en grupo de edad de 5 a 19, para el evento 998: Semanas positivas 9,10,11,12,14, 15, 16, 17, 19, 20 con duplicidad SE 10 cuenta con acta y envió a la subred, se hace revisión de RIPS encontrando semana 10 notificaron 5 casos son 2, semana 11 notificaron 5 casos son 0, semana 12 notificaron 9 casos son dos, se realiza ajuste durante asistencia técnica.-

Durante el periodo evaluado la UPGD notifico tardíamente 1 evento 730 no cuentan con retroalimentación a profesional, refieren retroalimentan de manera general en ULC del mes de mayo 2025, sin embargo a la fecha no cuentan con realización de acta .
Se evidencia notificación de 2 casos individuales de periodicidad inmediata 113(1), 730(1) con inoportunidad del 50% para eventos inmediatos y adicional evento en eliminación hallazgo sujeto a plan de mejora.
Se evidencia notificación de 3 casos individuales de periodicidad semanal (850), oportunidad del 66,6%.
CENTRO DE SALUD PUERTA DE TEJA: clasificación excelente sin halazgos que generen plan de mejora
CENTRO DE SALUD CENTRO DIA: En la semana 17,18,20, 21 por duplicidad del evento 995 la cual se realizó de manera tardía hasta el mes de mayo con solicito el subsistema de transmisibles por lo que se baja un punto.
Se verifica correo de la UPGD y se observa que recibió solicitud de ajuste por parte de el subsistema de sivigila para ajuste D del evento colectivo del 995 en las semanas 17,18, 20,21 el cual se realizó hasta el día 29/05/2025 por que transmisibles lo solicito el día 28/05/2025 por lo que se le baja puntaje.

Subred sur:
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD FLORA: Se detecta eventos colectivos 995 semana 13 duplicada con acta de ajuste D del día 09/04/2025,
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD TUNAL TUNJUELITO: se encuentra que se debe realizar ajuste a caracterización SIVIGILA escritorio en capacidad instalada de acuerdo a datos REPS, debe quedar en 141 camas producto de 7 camas UCI intermedias, 36 UCI intensivas y 98 camas de hospitalización, se realiza ajuste durante asistencia queda compromiso enviar a técnico para ajuste en sSIVIGILA Web ya que la capacidad instalada está en 36, adicionalmente tienen 3 espacios con 36 camas intensivas cada una .
un caso 352 y un caso 813 inoportunos.
hallazgos para evento 340 paciente quien fue notificado por error de lectura en laboratorio ya que contaba con unos anticuerpos pero con antígeno negativo, cuentan con unidad de análisis envío el día 30/05/2025 a subsistema ssr.
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD JERUSALEN: se evidencio que no se han ajustado 3 casos a los cuales se les retroalimento errores de geo referenciación.
El evento 900 tuvo que realizar ajuste 4 ya que la clasificación inicial estaba errada (3).
BAI: Se identifica mal diligenciamiento de las variables de la bai , y el uso del formato incorrecto
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MANUELA BELTRAN: Se obtiene resultado excelente sin hallazgos sujetos a plan de mejora.

UI CONVENIO MANZANA DEL CUIDADO SUR

Para la asistencia técnica se realizó solicitud de insumos RIPS del periodo comprendido entre diciembre de2024 a mayo del 2025, las consultas realizadas en esta UI son cargadas a la unidad San Benito de la Subred Sur, programa para la mujer en salud donde la Unidad informadora manifiesta que sus principales diagnósticos
corresponden a patologías crónicas como hipertensión arterial, diabetes e hiperlipidemia. Dentro de los principales diagnóstico evidenciados Examen de Medicina General, Examen del estado de desarrollo de acuerdo con el ciclo vital. Se realizaron un total de atenciones en el periodo evaluado de: 3599 consultas. DIAGNISTICO PRINCIPAL: DE LOS CUALES CRUZARON 257 para EISP.

En cuanto a eventos colectivos se encontraron ciex10 relacionados para los eventos 995: 46 y 998: 3 los cuales no fueron notificados durante el periodo evaluado (silencio epidemiológico) Del evento del 995 se deben notificar de las siguientes semanas epidemiológicas

En semana 3, 4, 5, 6, 7. 8. 9. 10, 11, 12, 14, 18, 19, 20, 21, 22. En el evento 998 3 casos los cuales son del año 2025 Semana 8 y 9
La UI presenta puntaje de 80% calificación Aceptable, CON hallazgos que ameriten plan de mejora, sin embargo, se recomienda a la institución fortalecer el proceso de notificación de eventos colectivos 998 y 995
Se establece hallazgos sujetos a Plan de mejora: Hallazgos 1: La UI no realizo notificación de evento 995 en las semanas 3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,14,18,19,20,21 y 22 del 2025 y para el evento 998 las semanas 8, 9 del 2025 (silencio epidemiológico).
Hallazgo 2: La UI no realizo la notificación de eventos colectivos del 2024 en las semanas 51 y 52 del evento 995 las cuales no se pueden notificar a Sivigila web 4.0 por cierre de esta base en el mes de marzo del 2025.

UI UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ESTRELLA

Para la asistencia técnica se realizó solicitud de insumos RIPS del periodo comprendido entre diciembre 2024 a mayo 2025, donde la Unidad informadora manifiesta que sus principales diagnósticos corresponden a patologías en salud mental. La población atendida corresponde a población adolescente, jóvenes y adultos mujeres y hombres.
Se revisó un total de atenciones en el periodo de 5310 RIPS de consulta, discriminados por mes:
Diciembre: 986 RIPS
Enero 2025: 923 RIPS
Febrero: 659 RIPS
Marzo: 618 RIPS
Abril: 970 RIPS
Mayo: 1153 RIPS

Adicionalmente durante revisión de RIPS se encuentra que cuentan con casos que cruzan para morbilidad por IRA los cuales no se están notificando cuentan con los siguientes silencios epidemiológicos.

MORBILIDAD POR IRA:
- Semana 50 del 2024 con 1 caso.
- semana 3 con 1 caso.

Hallazgo sujeto a plan de mejora ya que no estar realizando notificación colectiva, deben notificar cuando se presentan casos que cruzan para morbilidad por IRA Y/O EDA. Se realiza fortalecimiento durante asistencia, se hace énfasis en toma de CIE 10 y cruce con RIPS de manera semanal, si cuentan con casos favor notificar, estos eventos colectivos quedaran cargados a semana epidemiológica anterior.

La referente Sandra Mancera hace referencia a que las UI no están obligadas a realizar notificación del evento 995 si no tienen atenciones por IRA específicamente, es para tener en cuenta que las UPGD si está obligada pero la UI no.

Yeimi Rativa solicita envío del anterior plan de mejora de la Unidad de Servicios de Salud San Luis dado que es reiterativo los hallazgos dejado en esta unidad y se invite al seguimiento de el plan de mejora de esta unidad.

Dina Guerrero refiere que recomienda que el acta de esta reunión sea más corta y más suscita, dado que se

está registrando la misma información que se registra en el informe mensual y se está encontrando la información dos veces.

SUBSISTEMA INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION EN SALUD

Subred Norte:

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ENGATIVA: En el mes de junio del 2025 obtuvieron una calificación global del 90%. Con generación de hallazgos de plan de mejora para el evento 352 por presenta una inoportunidad del 100%

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EMAUS: En el mes de junio 2025 obtuvieron una calificación global del 100% Se realiza revisión de base de datos 354-2 (CAB Hospitalización) encontrando la notificación correspondiente a los meses de marzo, abril y mayo con oportunidad de la notificación del segundo lunes de cada mes. No cuenta con servicios de cirugía ni UCI.

Subred Centro Oriente:

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAMPER MENDOZA: En el mes de junio 2025 obtuvieron una calificación global del 100%. Se realiza revisión de base de datos 354-2 (CAB Hospitalización) encontrando la notificación correspondiente a los meses de marzo a mayo con oportunidad realizando la notificación el segundo lunes de cada mes. No se cuenta con servicio de cirugía ni UCI.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAN BLAS: En el mes de junio 2025 obtuvieron una calificación global del 90%. Con hallazgo sujeto a plan de mejora por evento 352 el cual presenta una inoportunidad del 100% por un solo caso notificado en el periodo evaluado. Se realiza revisión de base de datos 354-2 (CAB Hospitalización)en donde se Encuentro que las camas no están acorde a las camas con la que cuenta la UPGD con 52 camas de hospitalización, UN caso intermedia adulto 6 camas, en marzo y abril se digito 72 camas y para mayo 64 se realizó revisión de fichas las cuales no están acorde a lo reportado en camas esto se debió a un error de diligenciamiento por la auxiliar de Sivigila que digita las fichas a Sivigila web, se realizó en ajuste en la asistencia técnica por lo que se baja puntaje se le indica que debe garantizar que las fichas tengan un adecuado diligenciamiento al cargue a la web

Subred Sur Occidente:

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOSA: En el mes de junio 2025 obtuvieron una calificación global del 100% No se presentó notificación de casos IAD durante el periodo evaluado. En cuanto a cumplimiento y oportunidad se la notificación colectiva CAB mensual, No cuenta con servicios de hospitalización ni de UCI adultos solo pediátrica. Para el Cumplimiento de la notificación colectiva Infección sitio quirúrgico asociada a procedimiento médico quirúrgico.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PEDIATRICO TINTAL: En el mes de junio 2025 obtuvieron una calificación global del 97%. En cuanto a cumplimiento y oportunidad se la notificación colectiva CAB mensual no cuenta con servicios de hospitalización ni de UCI adultos solo pediátrica. Para el Cumplimiento de la notificación colectiva Infección sitio quirúrgico asociada a procedimiento médico quirúrgico En el mes de marzo variable colecistectomía en blanco, se verifica ficha de notificación enviada desde IAAS con valor de 1 error de digitación, se realiza ajuste 7 durante asistencia técnica.

Subred Sur:

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD TUNAL: En el mes de junio 2025 obtuvieron una calificación global del 91%, Se verifica que se presenta concordancia entre los eventos 359 y 357 para el periodo de los meses de marzo, abril y mayo del 2025, ya que el evento diagnosticado en el mes de mayo se consolido de manera adecuada. Sin embargo se evidencia que en la variable serv_vig (número de espacios UCI vigilados) solo registran ""1"", cuando en realidad hay 3; adicionalmente en la variable dias_paciente (días cama ocupada) que

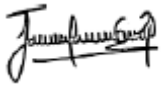
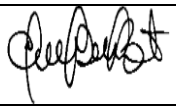
corresponde al consolidado mensual de los días pacientes que se recolecto a través de la vigilancia activa y daría, se está registrando el valor de días cama disponible (que se obtiene multiplicando los días del mes vigilado con el número de camas), quedando todos los meses con una aparente ocupación del 100%.

Se da por terminada la reunión sin otro particular

COMPROMISOS*

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA
Envío de número de proceso en secop de la compra de equipos antropométricos de la Subred Centro Oriente a la referente del Subsistema de Sisvan	Líder Equipo de Fortalecimiento	Inmediato
Envío de plan de mejora de la Unidad de Servicios de Salud San Luis del mes de Marzo a la referente de Sivigila Yeimi Rativa	Líder Equipo de Fortalecimiento	14/07/2025

REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO	TELÉFONO	DIRECCIÓN/ OFICINA/ ENTIDAD	FIRMA
1	INGRID VIVIANA LEAL GOMEZ	redsivigila@saludcapital.gov.co	3142933943	SISSCO/SDS	
2	JOHANA LICETH CORTES ROMERO	jlcortes@saludcapital.gov.co	3649090 ext. 9523	SVSP / SIVECOS /SIVELCE	
3	Claudia Patricia Beltran Beltrán	cpbeltran@saludcapital.gov.co	316787305	SDS SVSP Transmisibles	
4					
5					
6					
7					
8					
9					

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 ( )**	N/A

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