

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

Tema: SOCIALIZACION DE RESULTADOS ASISTENCIAS TECNICAS PUBLICAS JULIO 2025

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

Objetivo	Fecha: 05/08/2025		
SOCIALIZACION DE RESULTADOS ASISTENCIAS TECNICAS PUBLICAS JULIO 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 SEPTIEMBRE 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 SIVIGILA TRANSMISIBLES

subred norte: Durante el mes de julio se realizan las asistencias técnicas en 6 UPGD encontrando los siguientes hallazgos principales:

Se presento Falencias en el acta de socialización de los coves en UPGD unidad de servicios de salud bellavista, unidad de servicios de salud centro de servicios especializados y urgencias y emergencias norte, en unidad de servicios de salud bellavista no realiza envió archivo SIANIESP para los meses de mayo y junio Desde actualización de SIVIGILA cuentan con error al cargar los RIPS cuentan con correos de incidencia sin embargo sin respuesta efectiva desde la subred, y unidad de servicios de salud álamos: Se encuentra adecuada caracterización del Sivigila web, teniendo en cuenta las variables disponibles en el REPS; sin embargo en las variables de recursos adicionales para la vigilancia en salud pública, los ítems "cove" y "unidad de análisis" se encuentran deshabilitados.

Para la unidad de servicios de salud centro de servicios especializados: Durante el trimestre de la semana 14 a la 26 una de la UPGD notificó 476 eventos de los cuales un caso (0,21%) presentan hallazgos de la georreferenciación en la concordancia de las variables presento dirección sin información se ajusta en la asistencia técnica, se presentó falla en el proceso de notificación y no cuenta soporte de evento 342, 365, 800, 831 620 por lo cual se le genera plan de mejora, se evidencio notificación de 292 casos individual de periodicidad inmediata de los cuales 3 casos están notificados de manera inoportuna, presentando una inoportunidad del 1,02% en donde un caso es captado por la BAI por la cual se le baja puntaje y se generara

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>				
	<p>Código:</p>	<p>SDS-DFO-FT-001</p>	<p>Versión:</p>	<p>1</p>	
<p>Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo</p>					

plan de mejora por evento 800 inoportuno en el Subsistema de transmisible ya que no cuenta con soporte de socialización a profesional. En cuanto a los eventos semanales se notificó 184 casos de los cuales 3 casos están notificados de manera inoportuna presentando una inoportunidad del 1,63% Captados por BAI por lo cual se genera plan de mejora en el subsistema de transmisibles ya que no cuenta con soporte de retroalimentación la los profesionales y se observó 471 conforme a las definiciones de caso a excepción de 5 que no se notificación con su tipo de caso inicial correspondiente 3 eventos 215 que se debieron notificar confirmados por clínica y se notificaron desde probable pero ya estos cuentan con su ajuste 4 correspondiente, un evento 740 fue notificado como confirmado por clínica el cual cuenta con su ajuste 5 confirmado por clínica, un evento 800 que se debió de notificar como probable fue notificado confirmado por clínica cuenta con ajuste 3, indico que fue un error de digitación y un evento 354 que no cumplía con la definición de caso pero al revisar la historia clínica paciente cuenta con fiebre y tos seca y cara B ajustada, además cuenta con un evento 730 RC1098152774 que no fue notificado al revisar la historia clínica cumple con la definición de caso por lo que se baja puntaje y se genera un hallazgo de plan de mejora, este caso 730 fue reportando por los insumos de transmisibles para la asistencia técnica y no como UPGD critica mediante correo electrónico a la línea de asistencias y para los eventos pendientes por laboratorio se encuentran 6 casos de eventos 800 los cuales se revisa Sivigila web y se encuentran con ajuste y cargue de laboratorio, un evento 730 con cargue y ajuste de laboratorios del día 20/07/2025, y 3 casos de evento 720 de los cuales 2 estaban con su laboratorio y ajuste y un caso contaba con ajuste y sin cargue del laboratorio ya que este fue cargado por la subred a un evento 215 y se realizó el ajuste 6 del laboratorio al evento 215 y se cargó el laboratorio al evento 720 con permiso de la referente de transmisibles estos son los mismos paciente y se generó plan de mejora para el unidad de servicios de salud especializado para Sivigila El responsable de la UPGD no retroalimenta al personal médico de las fallas evidenciadas en el proceso de notificación y no cuenta con soportes de los eventos que se notificaron inmediatos y semanales de manera tardía sean capotado por la BAI, no notifica los eventos conforme a las definiciones de caso establecidos en los protocolos y el manual de codificación de evento ya que no notifico un evento 730 que cumple con la definición de caso de este, no realiza él envió a la Subred la información complementaria requeridos para una intervención de forma oportuna ya que de 30 casos no se envió entre fichas e historias clínicas, terminada la asistencia técnica, y transmisibles no notifico un evento 730 (sarampión) y fue reportada como UPGD critica y notifico un evento 800, un evento 620 y dos eventos 831 de manera tardía no cuenta con retroalimentación del profesional

En la UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CHAPINERO: se realiza la notificación de 183 eventos individuales de los cuales se presentan hallazgos de la georreferenciación del 0,7%. En cuanto a los eventos colectivos 995: se encuentra duplicidad de la semana 17, 20 y 21 con el respectivo ajuste D con envió de acta a la subred, el acta de la SSE 17 fue realizada y enviada a la subred el día 17/05/2025. El acta de la SE 20 fue realizada y enviada el día 17/05/2025 a la subred el día. no se cuenta con acta de la SE 21. se genera compromiso de realizar el acta y enviar a la subred a más tardar el día 17/07/2025.

subred centro oriente: Durante el mes de julio se realizan las asistencias técnicas en 9 UPGD presentando los siguientes hallazgos principales: cuentan con novedad de aumento a 10 camas UCI Intensivos neonatal por lo cual se realiza ajuste en SIVIGILA escritorio y queda pendiente correo a subred con el fin de realizar ajuste pertinente, adicionalmente se realiza ajuste a capacidad instalada a 34 en Sivigila escritorio en Sivigila WEB para UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MATERNO INFANTIL. Se presento falencias en las actas de cove y capacitaciones de dos UPGD UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BELLO HORIZONTE y UNIDAD DE SERVICIOS MATERNO INFANTIL, En cuanto a los eventos colectivos para el evento 995: se evidencia duplicidad en la SE 17 con ajuste D, no cuenta con acta para UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BELLO HORIZONTE , se genera compromiso enviar acta a la subred a más tardar 17/07/2025 en una UPGD, el otra Se encuentra duplicidad en semana 16 con el respectivo ajuste D, no realizo acta UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAN JORGE y para UYE CENTRO ORIENTE con un total de 58 eventos 901 notificados cuentan con

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>				
	<p>Código:</p>	<p>SDS-DFO-FT-001</p>	<p>Versión:</p>	<p>1</p>	
<p>Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo</p>					

duplicidad semana 23 (4 ajustes D) evento 830 y 998, y semana 22 (1 ajuste D) evento IRA se realiza ajuste D, ACTA del evento 998 del 06/06/2025 enviada a la subred, No. cuentan con Acta de los eventos IRA, acta del evento 830 del 06/06/2025 enviada a la subred, en una de las UPGD se encuentra la notificación de 259 casos de los cuales 235 caso individuales con errores de georeferenciación con hallazgos del 0,4% en otras variables, ajustado durante asistencia técnica. Cuenta con ajuste D evento 345 por error en Código de UPGD del día 03/06/2025 y evento 549 por error en Código de UPGD del 19/04/2025 con actas del día, para el evento 998: semanas positivas 14 a la 26 con triplicidad SE 18 con actas del día 05/05/2025 sin embargo uno cuenta con ajuste 6 y otro con ajuste D, refiere responsable de la notificación fue indicación de técnico Sivigila, se recuerda que las duplicidades se realizan ajuste D, se realiza durante la asistencia técnica, duplicidad SE 26 por error de digitación en fecha de notificación del con acta del día 23/06/2025,

Se realizo la notificación de 259 casos de los cuales 235 caso individuales en la UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MATERNO INFANTIL se encuentran de acuerdo a manual de codificación de eventos y protocolo, con hallazgos para evento 215 ingreso como 3 debió ingresar como 4, para evento 352 ingresa como 3 con ajuste 4, este se evalúa en subsistema IAAS, además notificó 26 casos probables correspondientes a 345 (1), 535 (1), 720 (12), 800 (10), 895(2) cuentan con ajustes oportuno, pendiente 3 casos aun dentro de los tiempos de ajuste un caso 720 y dos 895

Subred Sur Occidente: se presentaron los siguientes hallazgos

CENTRO DE SALUD BRITALIA: La UPGD cuenta con la infraestructura necesaria para dar cumplimiento a los procesos de Vigilancia en Salud Pública, cuenta con computador, impresora y escáner, permisos de administrador, sistema de dinámica, paquete office además aplicativos de sivigila escritorio y sivigila web (4.0). pero para el internet el día de la asistencia cuenta con intermitencia por lo que se baja puntos. Durante el periodo evaluado de abril, mayo y junio de 2025 a corte de la semanas 14 a 26 del 2025, la UPGD notificó 3 casos que requerían toma de muestra los cuales a un se les garantiza la concordancia entre: modulo laboratorios (agente, tipo muestra y resultado) con la clasificación final (ajuste) y el evento notificado a excepción de 2 evento entre estos un evento 750 en cual presenta en el valor de los resultados invertidos es decir en la prueba rápida 1dil y VDRL positivo por lo que se realiza el ajuste 7 de estos valores y para el caso de tuberculosis de realizo cargue de la PCR y cultivo dentro de la asistencia técnica por lo que se baja un punto y se realiza fortalecimientos de los laboratorios y del evento 813.

CENTRO DE SALUD CARVAJAL: Acta cove junio 2025 realizado el día 02/07/2025 se evidencia esta acta con asistencia de 6 participantes, se verifica que el cove fue el 20/06/2025, se indica a la institución realizar la socialización durante el mismo mes, por lo tanto, se baja puntaje. Durante el periodo evaluado la subred solicita a la UPGD realizar el ajuste D de 2 eventos 750 VEN30824506 y CC 1073170066 el día 17/06/2025, la UPGD realiza respuesta con los respectivos ajustes y acta el día 26/06/2025. Se indica dar prioridad a la respuesta de las solicitudes realizadas por la Subred y diferentes referentes.

CENTRO DE SALUD ESTACIÓN: Acta cove mayo 2025 realizado él días 21/05/2025 pero acta no cuenta con fecha de realización por lo que se baja un punto. Durante él trimestre de la semana 14 a la 26 la UPGD notificó 3 eventos individuales en la concordancia de las variables en la cara B de la ficha de un caso de evento 750 que registra diagnóstico embarazo actual 2 – reinfección, sin embargo, no cuenta con notificación previa como primera vez, se debe confirmar si corresponde a reinfección o corresponde a error en diligenciamiento esta retroalimentación es dado Por el subsistema de SSR, pero se encuentra ajustada en 1 primera vez. En él evento 998 se notificado 3 semanas sin duplicidad, sin comportamiento inusual. En la revisión del RIPS se encuentra un caso en la semana 19 entre edad 7 años el cual no se notificó, se realiza la notificación en la asistencia técnica por lo que se baja puntaje. Durante el periodo evaluado de abril, mayo y junio de 2025 a corte de las semanas 14 a 26 del 2025, la UPGD notificó un caso que requerían toma de muestra en donde

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>				
	<p>Código:</p>	<p>SDS-DFO-FT-001</p>	<p>Versión:</p>	<p>1</p>	
<p>Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo</p>					

una de las pruebas en la prueba E4 – prueba rápida debe expresarse como positivo o negativo esta se encuentra como reactiva, se realiza el ajuste en la asistencia técnica y se realiza baja de puntaje

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY: Se verifica actas de socialización de los coves correspondientes a los meses comprendidos entre abril, mayo y junio del 2025. Acta de abril fechas de listado de firmas no coinciden con acta por lo cual se afecta puntaje. Se realiza la notificación de 959 casos de los cuales 648 caso individuales cargados por la USS. se encuentran errores de georeferenciación con hallazgos del 0,15% y del 0,3% en otras variables, ajustado Durante asistencia técnica. Cuenta con ajuste D evento 345 (25028810037285) por duplicidad en documento uno notificado con CNV o y otro con RC en Evento 300 (3202510141) por error en documento y evento 549 (7215291) por duplicidad ya que había notificado por hospital de Bosa con los mismos criterios. Durante el periodo evaluado de las semanas 14 a la 26 de 2025 se evidencia notificación de 164 casos individuales de periodicidad inmediata con una inoportunidad del 10,9% inoportunidad de eventos 346 de un 100%, PRUEBAS LAS CUALES SON PROCESADAS POR LSP REFIERE LAS BASES LLEGAN LOS DIAS JUEVES, POR LO CUAL INGRESAN TARDIOS, nos encontramos con referente distrital se informa en mesa articulación se dará claridad para unidades centinela tener en cuenta fecha cuando llegan las bases a las unidades. 550 paciente notificada desde estadísticas vitales paciente quien estuvo en mayo del 2024 por lo cual cumple para el evento, cuenta con unidades de análisis institucional y municipal ya que vivía en Mosquera 535 caso inoportuno cuenta con plan de mejora y seguimiento por referentes distritales del día 19/06/2025 se valida actas y soportes. 549 3 inoportunos en la misma semana se encuentran de acuerdo a manual de codificación de eventos y protocolo, con hallazgos para los eventos relacionados 720 ingreso como 4 debió ingresar como 2, 345 no cumple con criterios clínicos solo cuenta con tos, 813 con ajuste 3, se recuerda que no es necesario realizar ajuste 3 cuando ingresa como confirmado por laboratorio, en cuanto a ajustes cuentan con ajustes oportuno, un caso 345 sin ajuste caso sin muestra con retroalimentación LSP hallazgos de calidad en prueba por lo cual no se procesó, cuenta con unidad de análisis cumple criterios queda como probable a espera de nueva indicación de SDS, inoportunidad en el ajuste de 5 eventos 345 se valida que bases si llegaron oportunas en 4 casos por lo cual se debe fortalecer su revisión y ajuste oportuno, dos eventos 535 y un 800 refieren ajustados desde VSP, un evento dengue cuenta con novedad prueba tomada el 02/06/2025 sin embargo recepción y reporte casi al mes compromiso realizar trazabilidad del caso. cuenta con notificación de los siguientes eventos captados por BAI 549, 550, 750, 155, 215, cuentan con novedad que los casos producto de la revisión BAI_SIANIESP todos los casos salen con asignación a UPGD Hospital Occidente de Kennedy por el volumen dificulta su verificación, se verifica solicitud de revisión casos SIANIESP con un total de 6271. si reciben retroalimentación desde crónicos y huérfanas para análisis de casos y adicionalmente realizan BAI a través de las descargas de los RIPS diariamente y semanalmente como autocontrol refiere epidemióloga de la unidad. Durante el periodo comprendido entre las semanas 14 a la 26 de 2025 se realizó notificación de 313 caso individuales cargados por la USS que requieren toma de muestras cuentan con un evento 345 que requirió unidad de análisis ya que reciben retroalimentación desde LSP muestra no cumple criterios de calidad

HOSPITAL DE FONTIBON: Durante el periodo evaluado se evidencia notificación de 33 eventos de periodicidad inmediata: de los cuales uno se encuentra inoportuno, 365 Caso identificado durante revisión en SIANIEPS por parte de la Subred, para el cual se solicitó notificación a la UPGD. No se cuenta con retroalimentación al médico tratante, dado que al momento de la revisión este ya no se encontraba laborando en la se evidencian notificación de 104 eventos individuales de periodicidad semanal los cuales se encuentran oportunos, a excepción de un caso del evento 155 Caso captado por BAI, con consulta previa por medicina interna del 26/04/2025 en la cual no se realizó la notificación y tuvo que realizarse hasta el 29/05/2025 en consulta de ginecología, los eventos se encuentran conforme a las definiciones de caso establecidos en los protocolos, a excepción un caso de evento 210 el cual se procesó muestra inadecuada según inicio de síntomas y un caso de evento 310 por no envió de muestras a laboratorio SDS. Sin embargo, se presentaron

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

dos situaciones que impidieron la intervención oportuna: (1) en un caso del evento 310 (fiebre amarilla), no se realizó el envío de la muestra al laboratorio del SDS por un error del laboratorio institucional; y (2) en un caso del evento 730 (sarampión), no se efectuó la notificación correspondiente, a pesar de haber sido identificado por el componente BAI. Este último caso no fue notificado debido a la imposibilidad de realizar la toma de muestra, ya que la madre se negó al procedimiento.

A raíz de este hallazgo, la UPGD fue clasificada como crítica y se reportó al equipo de Asistencia Técnica (AT) distrital para su seguimiento. La visita de seguimiento se llevó a cabo el día 22 de julio de 2025, en la cual se definió y estableció el respectivo plan de mejora.

CENTRO DE SALUD PATIOS: Durante el periodo evaluado la UPGD notifico dos eventos 813 con los siguientes hallazgos: CC: 79564152: En el módulo de laboratorio registra tipo de prueba 2- IGM, se debe ingresar tipo de prueba 55-CULTIVO, C6-BACILOSCOPIA, 4-PCR. Durante la asistencia se confirma error de digitación, se realiza descarte

UI TERMINAL TERRESTRE Y AEREO

En el PNS web se observa que la UI no realizó notificación positiva en el periodo comprendido entre la semana 1 a la 26 de 2025, al revisar la notificación realizada en la descarga solo se evidencia notificación negativa en las semanas 2 y 24 de 2025.

Se realiza descarga de base de datos básicos desde el aplicativo SIVIGILA 4.0, del periodo comprendido entre las semanas 1 a 26 de 2025 encontrando 0 casos.

PLAN DE MEJORA CENTRO DE SALUD INTERNACIONAL

Hallazgos objeto de plan de mejora para el subsistema SIVIGILA TRANSMISIBLES derivados de la asistencia técnica:

Hallazgo a: Notificación tardía 50% eventos individuales de periodicidad inmediata - superinmediata, evento en eliminación 730 - sarampión.

Hallazgo b: El responsable de la UPGD no retroalimenta al personal médico las fallas evidenciadas en el proceso de notificación, no cuenta con soportes del proceso.

Realizado el seguimiento con corte a 16/07/2025 se observa:

El Plan de Mejoramiento presenta un avance en ejecución del 100%, por lo anterior se decide dar cierre al mismo

PLAN DE MEJORA UI EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES

Hallazgos objeto de plan de mejora para el subsistema SIVIGILA, derivados de la asistencia técnica:

Hallazgo a: La UI presenta silencios epidemiológicos para eventos colectivos 995 y 998

Morbilidad por IRA: semana 49 del 2024 con 18 casos, semana 5 del 2025 con 1 caso, semana 12 del 2025 con 2 casos, semana 14 del 2025 con 1 caso, semana 17 del 2025 con 2 casos y semana 18 del 2025 con 2 caso

Morbilidad por EDA: semana 4 del 2025: Cuentan con 1 caso

Realizado el seguimiento con corte a 16/07/2025 se observa:

El Plan de Mejoramiento presenta un avance en ejecución del 100%, por lo anterior se decide realizar cierre al mismo

PLAN DE MEJORA CENTRO DE SALUD ALQUERIA

Hallazgos objeto de plan de mejora para el subsistema SIVIGILA, derivados de la asistencia técnica:

Hallazgo a: La UPGD no notifica los eventos conforme a las definiciones de caso establecidos en los

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>				
	<p>Código:</p>	<p>SDS-DFO-FT-001</p>	<p>Versión:</p>	<p>1</p>	
<p>Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo</p>					

protocolos y el manual de codificación de eventos

Hallazgo b: La UPGD no garantiza la toma de las muestras de todos los eventos que lo requieren conforme a lo establecido en los protocolos de VSP.

Realizado el seguimiento con corte a 09/07/2025 se observa:

El Plan de Mejoramiento presenta un avance en ejecución del 100%, por lo anterior se decide dar cierre al mismo

De acuerdo al hallazgo para la Subred Sur Occidente para el evento dengue dónde no cuentan con pruebas Virologicas para pacientes quienes consulten con inicio de síntomas menor a 6 días se estableció compromiso en Hospital Kennedy socializar resultados con el área de laboratorio con el fin de que gestionar hallazgo, durante socialización con la Subred nos informan que de acuerdo al hallazgo tuvieron una mesa técnica con el área del laboratorio clínico refieren cuentan con laboratorio tercerizados COLCAN y muestras no quedaron dentro de la contratación, refieren adicional que por la contratación que establecen las subredes con los tercerizados lleva un trámite lograr hacer ese tipo de ajustes, adicional refieren tendrán una nueva mesa técnica con el fin de validar gestiones y dar respuesta a requerimiento. Se aclara importancia de la misma ya que no se está cumpliendo con algoritmo diagnóstico para el evento en la Subred.

Subred Sur: se presentaron los siguientes hallazgos

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BETANIA: En la caracterización responsable de la notificación se encuentra actualizado a la persona que está en frente del proceso se realiza en ajuste de la caracterización de sivilga escritorio y se llama a técnico de la localidad quien indica que se realice envío de solicitud de ajuste de la caracterización de sivilga web y credenciales de esta a la persona que está a cargo por lo que se baja un punto. Durante el trimestre de la semana 14 a la 26 la UPGD notificó un total de 2 registros de los cuales son notificados por la UPGD no presentan hallazgos de la georreferenciación en concordancia de las variables sin embargo se presentó error de digitación en una fecha de consulta de un caso 750 se realizó revisión de historia clínica y paciente llegó a consulta el día 29/05/2025 por lo que se baja puntaje se realizó ajuste del error de digitación de esta fecha por lo que se baja puntaje, presentando una oportunidad del 100% de los eventos notificados. Durante el periodo comprendido entre las semanas 14 a la 26 de 2025 se realizó notificación de 4 casos que requirieran toma de muestras para los dos eventos 813 ya cuentan con resultados de cultivo y PCR los cuales son cargados durante asistencia técnica.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD DANUBIO: Se La UPGD cuenta con la infraestructura necesaria para dar cumplimiento a los procesos de Vigilancia en Salud Pública, cuenta con computador, escáner, Sin embargo semana 23,24,26 cuentan con contingencia con internet por robo de cable de ETB, por tanto están generando historias manuales, datos de eventos colectivos lo están haciendo manual sin embargo refiere responsable de la notificación no alcanza a revisar el 100% de las historias, refiere que dura un mes en cargar las historias, se deja compromiso debe verificar y hacer los ajustes correspondientes a los colectivos de estas semanas, adicional implementar estrategias para captar el 100% de casos con CIE 10 relacionados para IRA y EDA con el fin de garantizar notificación

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD TUNJUELITO: Se verifica actas de socializaciones y capacitaciones correspondientes a los meses comprendidos entre abril, mayo y junio del 2025. no coincide fecha acta con listado por acta del 25/05/2025 listado 26/05/2025. Durante el periodo evaluado de las semanas 14 a la 26 de 2025 se evidencia notificación de 34 casos individuales de periodicidad semanal 210 (1), 300 (29), 330 (1), 813 (2), 850 (1) con oportunidad del 97%.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LIBRADA: Durante el periodo evaluado de las semanas 14 a la 26 de 2025 se evidencia notificación de 140 caso individuales cargados por la USS correspondientes se encuentran de acuerdo con manual de codificación de eventos y protocolo, excepto un evento 210 con prueba IgM con 4 días de síntomas, se realiza fortalecimiento de protocolo en cuanto a pruebas diagnósticas y queda como compromiso socializar evento 210.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD URGENCIAS Y EMERGENCIAS SUR: Cumplimiento 97% sujeto a plan de mejora, por reincidencia en notificación tardía evento 800, durante el periodo evaluado de las semanas 14 a la 26 del 2025 se evidencia notificación de 54 eventos de periodicidad inmediata de los cuales 9 (16,6%) se encuentran inoportunos. Durante el periodo evaluado de las semanas 14 a la 26 de 2025 se encuentra notificación de 54 casos probables, los cuales se encuentran el 100% ajustados y de estos ajustes en 12 casos superaron las 4 semanas epidemiológicas, sin embargo, estos ajustes los realiza directamente el equipo transmisible de la subred.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CANDELARIA I: Se verifica que durante el periodo de las semanas 14 a la 26 de 2025 se realiza la notificación de 11 eventos individuales cargados por USS, correspondiente a los eventos: 113 (3 casos), 340 (1 caso), 342 (1 caso), 620 (1 caso), 750 (3 casos), 850 (2 casos), los cuales se encuentran conforme a las definiciones de caso establecidos en los protocolos, a excepción del caso del evento 340 Caso de hepatitis B se notificó por error de interpretación de laboratorio AgHb que realmente correspondía a anticuerpos, se aclara que esta notificación fue solicitada por profesional de cuenta de alto costo de la sub red, 3 casos del evento 750 (2 cuentan con prueba treponémica y no treponémico y uno por error se le cargo dos pruebas treponémicas cuando en realidad una de estas correspondía a una prueba no treponémica)

PLAN DE MEJORA UI MANZANAS DEL CUIDADO

Hallazgos objeto de plan de mejora para el subsistema SIVIGILA, derivados de la asistencia técnica integral: La UI no realizó 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).

La UI no realizó 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

Realizado el seguimiento con corte a 23/07/2025 se observa:

El Plan de Mejoramiento presenta un avance en ejecución del 90% para los hallazgos del subsistema de SIVIGILA por lo anterior queda cerrado, continuar garantizando búsqueda activa semanal de casos con el fin de mitigar posibles silencios epidemiológicos, en próxima asistencia técnica se validará se mantengan las acciones propuestas.

PLAN DE MEJORA UI EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES

Hallazgos objeto de plan de mejora para el subsistema SIVIGILA, derivados de la asistencia técnica:

Hallazgo a: La UI no realizo notificación de evento 995 en las semanas 2,5,6,7, 13 y 18 del 2025 y para el evento 998 las semanas 2, 5 del 2025 (silencio epidemiológico).

Hallazgo b: La UI no realizo la notificación de eventos colectivos del 2024 en las semanas 48,49,50, 51 del evento 995 y la semana 46 del evento 998 las cuales no se pueden notificar a SIVIGILA web 4.0 por cierre de esta base en el mes de marzo del 2025

Realizado el seguimiento con corte a 09/07/2025 se observa:

El Plan de Mejoramiento presenta un avance en ejecución del 100%, por lo anterior se decide realizar cierre al mismo

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Ángela Manquillo Erazo					

Se realizó evaluación de la efectividad de los hallazgos pendientes por subsanar registrados encontrando 4 acciones cumplidas.

SUBSISTEMA INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION EN SALUD

Subred Norte:

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS: Para el periodo evaluado julio 2025 obtiene una calificación global de 100%

Se realiza revisión de base de datos 354-1 (UCI adulto) y 354-2 (Hospitalización adulto) encontrando la notificación correspondiente a los meses de abril a junio del 2025

En la UPGD está establecido como fuente de información el área de farmacia, el diligenciamiento de antibióticos se realiza en gramos, se observa la inclusión de los nuevos antibióticos incluidos en el protocolo, vigencia 2022, de acuerdo con lineamientos establecidos desde el Instituto Nacional de Salud; en cuanto a las camas de CAB se indica que se debe realizar la notificación de hospitalización sobre las 45 camas de hospitalización más las 28 camas de sala de partos para un total de 73 y CAB UCI sobre las 6 camas de UCIA plenas más las 3 unidades de intermedios, para un total de 9 camas.

Se realiza revisión de base de datos 362 encontrando la notificación correspondiente a los meses de abril a junio del 2025.

Se encuentra notificación de 9 casos de los cuales el 100% se encuentra oportuno, presentando una mejora significativa en comparación con el trimestre anterior en el cual el 42% se encontraba inoportuno

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CHAPINERO: Para el periodo evaluado julio 2025 obtiene una calificación global de 100%

Se realiza verificación de la versión del aplicativo Sivigila 20182024 V 9.1.0 instalador KB00092 se realiza verificación de la caracterización, encontrando activa la notificación de CAB, por contar con servicios de hospitalización.

Se verifica concordancia entre camas reportadas en el REPS y las camas caracterizadas en el SIVIGILA 4,0: REPS (28 camas hospitalización adulto, de estas camas se debe realizar vigilancia de los pacientes que cumplan más de 72 horas de internación para el evento CAB.

No se realiza ingreso de las camas de hospitalización de la página 2 de la caracterización de la UPGD, ya que, por disposición del aplicativo web, esta página solo se activa cuando en la página 1 se indica que la UPGD notifica IAD.

No se cuenta con servicio de UCI.

Se realiza revisión de base de datos 354- 354-2 (CAB Hospitalización) encontrando la notificación correspondiente a los meses de abril a junio 2025.

No se cuenta con servicio de cirugía para notificación de casos de Infección asociada a procedimiento médico quirúrgico

Se verifica concordancia entre camas reportadas en el REPS y las camas caracterizadas en el SIVIGILA 4,0: REPS (28 camas hospitalización adulto, de estas camas se debe realizar vigilancia de los pacientes que cumplan más de 72 horas de internación para el evento CAB.

Subred Centro Oriente:

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD JORGE ELIECER GAITAN: Para el periodo evaluado julio 2025 obtiene una calificación global de 99%. No cuenta con servicios de UCI. No se presentaron evento de IAPMQ y se

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

encuentra oportunidad en la notificación del evento colectivo.

Se requiere ajuste dirección sivegila web. se verifica en correo institucional de solicitud a notisantafe@subredcentrooriente.gov.co, sin embargo, en la respuesta del técnico no se evidencia el ajuste correcto a la dirección en aplicativo sivegila web. Durante la asistencia se realiza nuevamente solicitud del ajuste a esta variable. se retroalimenta en verificación de los correos, y solicitudes hacia la subred.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MATERNO INFANTIL: Para el periodo evaluado julio 2025 obtiene una calificación global de 98%.

La UPGD realiza la notificación de CAB por la prestación de servicios de hospitalización de adultos, con 34 camas; no cuenta con servicio de urgencias; de IAD, al contar con 8 camas UCIN, durante asistencia se solicita al técnico realizar el ajuste adicionando 2 camas para un total de 10; y de IAPMQ, por disponer de sala de partos y salas de cirugía. Todo lo anterior está debidamente reportado en el REPS, en cuanto a la atención de partos en REPS registra 5 camas durante la asistencia se confirma que estas solamente se hacen uso para partos no se consume A/B, por lo tanto, no se vigila.

Se realiza revisión de base de datos 359-2 (UCI neonatal) con el reporte de 8 camas, encontrando la notificación correspondiente a los meses de abril a junio de 2025.

Se realiza revisión de base de datos 362 (IAPMQ) encontrando la notificación correspondiente a los meses de abril a junio 2025.

Subred Sur Occidente:

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY: Para el periodo evaluado julio 2025 obtiene una calificación global de 89%.

Con hallazgos de calidad en 2 casos porcentaje del 12,7% uno relacionado con variable en blanco profilaxis antibiótica la cual si contaba pero refieren no les había permitido cargar durante asistencia si permitió y un caso con fecha de inicio de síntomas previo a procedimiento quirúrgico se ajusta durante asistencia en cuanto a la oportunidad el trimestre anterior contaba con un 13% aumentaron a un 37,5% se recalca deben fortalecer medidas para evitar altos porcentajes de inoportunidad de este evento si persiste elevados porcentajes podrán quedar sujetos a plan de mejora en siguiente asistencia técnica.

CENTRO DE SALUD FONTIBON: Para el periodo evaluado julio 2025 obtiene una calificación global de 100%.

La UPGD cuenta con talento humano Responsable para la Vigilancia en Salud Pública de Eventos de Interés en Salud Pública capacitado en el proceso de Vigilancia en Salud Pública y Notificación de Eventos de Interés en Salud Pública. Se verifica caracterización Revisión Sivegila 20182024 V 9.1.0 instalador KB00092. La UPGD realiza la notificación de CAB por la prestación de servicios de hospitalización de adultos, con 57 camas; de observación adulto, con 11 camas (las cuales también deben ser incluidas en la vigilancia del evento 354 si los pacientes permanecen allí internados por más de 72 horas); de IAD, al contar con 5 camas UCI y una cama de cuidados intermedios que comparten espacio; y de IAPMQ, por disponer de sala de partos y salas de cirugía. Todo lo anterior está debidamente reportado en el REPS.

Teniendo en cuenta que según indicación de equipo IAAS de SDS se realiza ajuste de la variable total camas, en la cual debe ir la sumatoria de las camas en las cuales se cumple con definición de caso para notificación de CAB, que para este caso serían las 57 camas hospitalización, 5 camas de UCI y una cama de intermedios, para un total de 63; este ajuste se realizó previo a la asistencia técnica.

Subred Sur:

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD TUNJUELITO: Para el periodo evaluado julio 2025 obtiene una

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>				
	<p>Código:</p>	<p>SDS-DFO-FT-001</p>	<p>Versión:</p>	<p>1</p>	
<p>Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo</p>					

calificación global de 100%. No cuenta con servicios de UCI. Cuenta con 37 camas de hospitalización habilitadas según datos REPS.

Se verifica la oportunidad del evento CAB en servicio de hospitalización adultos en el periodo de abril a julio 2025. No cuenta con salas de cirugía ni partos.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LIBRADA: Para el periodo evaluado julio 2025 obtiene una calificación global de 100%.

No cuenta con servicios de UCI. Cuenta con 12 camas de hospitalización habilitadas según datos REPS.

Se verifica la oportunidad del evento CAB en servicio de hospitalización adultos en el periodo de abril a julio 2025. No cuenta con salas de cirugía ni partos.

SALUD MENTAL

Se realiza socialización de las asistencias técnicas efectuadas durante el mes de julio de 2025, las cuales se encuentran distribuidas en UPGD a nivel distrital, con un total de 80 asistencias técnicas en 30 UPGD.

DISTRIBUCIÓN POR SUBSISTEMAS Y SUBREDES

SUBSISTEMA SIVIM

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

Se tienen en cuenta generalidades para el cumplimiento de los criterios de notificación de eventos, afianzando directrices y protocolos para el subsistema SIVIM y aspectos de calidad del dato en el diligenciamiento de la ficha de notificación. Se hace referencia a lo establecido en la Resolución 309/2025, afianzando lo relacionado con las rutas de violencia y manejo respecto a los casos de método de anticoncepción en menores de 14 años.

subred norte: Se efectuaron 4 asistencias técnicas en las localidades de Engativá, Suba y Barrios Unidos, en las UPGD: Unidad De Servicios De Salud Bellavista, Unidad De Servicios De Salud Álamos, Unidad De Servicios De Salud Centro De Servicios Especializados y Unidad De Servicios De Salud Chapinero.

En las Unidades reportadas a continuación se identifican hallazgos relevantes frente a concordancia entre base de SIVIGILA D.C y casos reportados por la UPGD, criterios de oportunidad y criterios de calidad del dato:

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ALAMOS: Al momento de la asistencia técnica se identifica que para el periodo evaluado la UPGD no contó con casos para reportar al SIVIM; sin embargo, en el cruce de información registra caso con ID 1723967 (1141122926) con el nombre de UPGD como entidad notificadora. Durante la asistencia se informó a la referente local del evento, en donde verifican error en cargue del caso, por parte de la Subred.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS: La UPGD reportó 291 casos al SIVIM, contando con el 91% de oportunidad en la notificación, ya que se hallan 26 casos con reporte tardío, correspondiente al 9%. Se generan observaciones de calidad relacionada con error en variables nivel educativo y estado civil y error en digitación de fecha de consulta en 5 casos (1713484, 1713629, 1713687, 1713736, 1713757), ya que la información consignada corresponde a la fecha del hecho.

subred centro oriente: Se efectuaron 8 asistencias técnicas en las localidades de Santa Fe, San Cristóbal y

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>				
	<p>Código:</p>	<p>SDS-DFO-FT-001</p>	<p>Versión:</p>	<p>1</p>	
<p>Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Ángela Manquillo Erazo</p>					

Rafael Uribe Uribe, a las UPGD Unidad De Servicios De Salud Las Cruces, Unidad De Servicios De Salud Jorge Eliecer Gaitán, Unidad De Servicios De Salud Cárcel Distrital, Unidad De Servicios De Salud Bello Horizonte, Unidad De Servicios De Salud Materno Infantil Unidad De Servicios De Salud Olaya Y Unidad De Servicios De Salud San Jorge. No se generó plan de mejora para el subsistema de SIVIM en las UPGD de la Subred Centro Oriente.

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

El Centro de Salud Pablo VI Bosa, Centro de Salud Carvajal, Centro de Salud Bomberos, Hospital de Salud Mental Floralia y Centro de Salud Trinidad Galán, cumplieron los compromisos establecidos en la visita anterior y presentaron reporte de casos al SIVIM con calidad y oportunidad, obteniendo puntaje de 100.

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

En la Unidad d Servicios de Salud Candelaria presentaron reporte de 6 eventos, de los cuales 1 caso contó con inoportunidad de 5 días, lo cual es revisado con el área de Psicología por parte de la líder de la unidad. También presentan observaciones frente a calidad. Se genera compromiso de seguimiento y fortalecimiento con área de Psicología.

SUBSISTEMA SISVECOS

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

subred norte: Se efectuaron 4 asistencias técnicas en las UPGD: Unidad De Servicios De Salud Bellavista, Unidad De Servicios De Salud Álamos, Unidad De Servicios De Salud Centro De Servicios Especializados y Unidad De Servicios De Salud Chapinero.

En la UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS reportaron 48 casos de conducta suicida, de los cuales se halla caso (ID 1684604) correspondiente a suicidio consumado y 3 casos de intento de suicidio (ID 1677197, ID 1705032, ID 1726989) con reporte tardío, por lo cual se genera plan de mejora.

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

Obtienen un puntaje de 100 en la Unidad de Servicios de Salud Olaya y Unidad de Servicios de Salud Alpes al contar con reportes al SISVECOS con oportunidad, calidad y contar con fortalecimientos y cumplimientos de

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>				
	<p>Código:</p>	<p>SDS-DFO-FT-001</p>	<p>Versión:</p>	<p>1</p>	
<p>Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo</p>					

compromisos establecidos en la anterior asistencia.

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

Se identifican hallazgos relevantes frente a concordancia entre base de SIVIGILA D.C y casos reportados por la UPGD, criterios de oportunidad, por lo cual se genera plan de mejora a la UPGD Hospital Occidente de Kennedy, ya que la Unidad presentó en el trimestre evaluado 171 casos de conducta suicida reportados, de los cuales se identifican 4 casos con criterios de notificación inmediata y superinmediata, reportados de manera tardía. Se genera plan de mejora por incumplimiento de protocolo 356 y directriz distrital.

Durante el periodo evaluado el Centro de Salud Trinidad Galán, Hospital de Fontibón, Centro de Salud Bomberos y Centro de Salud Pablo VI presentaron reporte de los casos de conducta suicida de acuerdo con los criterios de oportunidad y calidad, obteniendo un puntaje de 100.

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

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

Se generan hallazgos sujetos a plan de mejora para la Unidad de Servicios de Salud Tunjuelito, al identificar reporte de 8 casos de los cuales se presenta inoportunidad en caso con ID 1741051, de intento de suicidio con intentos previos reportado a las 72 horas, incumpliendo lo establecido en el protocolo del evento 356 y las directrices distritales

SUBSISTEMA SIVELCE

Se efectuaron 20 asistencias técnicas para las 4 subredes del distrito, las cuales se encontraron distribuidas de la siguiente manera, según programación: Subred norte con un total de 4 asistencias técnicas, Subred Centro Oriente 2 asistencias técnicas, Subred Sur Occidente con 6 asistencias técnicas y Subred Sur un total de 8 asistencias durante el mes de julio de 2025.

Durante cada asistencia realizada para el subsistema SIVELCE, se efectúa fortalecimiento relacionado con el evento 453 y se solicita efectuar fortalecimiento para las unidades con servicio de consulta externa y de servicios de urgencias,

subred norte: Se efectuó asistencia técnica en las UPGD: Unidad De Servicios De Salud Bellavista, Unidad De Servicios De Salud Álamos, Unidad De Servicios De Salud Centro De Servicios Especializados y Unidad De Servicios De Salud Chapinero.

No contaron con casos de Evento 453 en las UPGD: Unidad De Servicios De Salud Bellavista y Unidad De Servicios De Salud Álamos, en donde es de carácter informativo, haciendo énfasis en el proceso de notificación de estos eventos identificados por consulta externa. Se deja durante asistencia protocolo actualizado del evento 453.

Frente a concordancia entre base de SIVIGILA D.C y casos reportados por la UPGD, criterios de oportunidad y

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

criterios de calidad del dato, se tienen los siguientes hallazgos:

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS: Se reporte de 123 casos de Lesión de Causa Externa, los cuales se encuentran con una oportunidad del 97%, ya que se presentan 4 casos no priorizados (ID 1668060, ID 1665743, ID 1672182, ID 1726955) notificados fuera de los tiempos establecidos.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CHAPINERO: Se encuentran 36 eventos notificados con oportunidad, se tiene en cuenta el reporte de calidad según la revisión de la Subred y ajustes en el aplicativo

Subred centro oriente: Se efectuaron 2 asistencias técnicas en las localidades de Santa Fe y Rafael Uribe Uribe, a las UPGD Unidad De Servicios De Salud Jorge Eliecer Gaitán y Unidad De Servicios De Salud Olaya, las cuales obtuvieron un puntaje de 100% al presentar reporte de eventos de Lesión de Causa Externa con oportunidad y calidad.

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

En las UPGD: Centro de Salud Pablo VI Bosa, Centro de Salud Estación, y Centro de Salud Patios no contaron con casos para reportar del evento 453.

Centro de Salud Trinidad Galán presentó reporte de 87 notificaciones de Lesión de Causa Externa, de las cuales el 2% (2 casos) se encuentran con reporte fuera de la semana epidemiológica, siendo 1 caso (ID 1665813) hallando por BAI y 1 caso (ID 1697079) hallado en el cruce interno de la unidad, siendo reportado con 8 días de diferencia entre fecha de consulta y fecha de cargue al aplicativo

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

Se abre asistencia técnica para el evento 453 en las UPGD: Unidad De Servicios De Salud Marichuela, Unidad De Servicios De Salud Betania, Unidad De Servicios De Salud Danubio, Unidad De Servicios De Salud Reforma, Unidad De Servicios De Salud El Carmen

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LIBRADA: La UPGD no cumple la totalidad de los compromisos que se establecieron durante la anterior asistencia técnica. Se encuentran 28 eventos notificados con oportunidad. Frente a calidad se tienen en cuenta observaciones realizadas por parte de la Subred. Se realiza fortalecimiento durante la asistencia técnica.

SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORA SUBSISTEMAS SALUD MENTAL

SIVIM – SUBRED SUR OCCIDENTE

CENTRO DE SALUD CATALINA

Hallazgos objeto a plan de mejora:

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>				
	<p>Código:</p>	<p>SDS-DFO-FT-001</p>	<p>Versión:</p>	<p>1</p>	
<p>Elaborado por: Nury Leguizamon Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo</p>					

1. En el cruce de información se identifican 2 casos reportados de manera tardía con 5 y 7 días respectivamente

- Seguimiento realizado **11/07/2025**. La UPGD planteó 3 acciones de mejora para subsanar hallazgo de inoportunidad. Al momento del seguimiento se halla cumplimiento parcial, ya que contaron con 1 acción completa y dos acciones no desarrolladas El plan de Mejoramiento presenta un avance en ejecución del 40%, por lo anterior queda abierto con programación de segundo seguimiento.

CENTRO DE SALUD INTERNACIONAL

Hallazgo objeto a plan de mejora:

1. Se encuentra evento de violencia sexual con documento 1065380053, el cual es notificado con 22 días de inoportunidad, por lo cual se genera plan de mejora.

- Seguimiento realizado el **16/07/2025**. Queda plan de mejora cerrado con un 100% de cumplimiento, teniendo en cuenta que logra dar respuesta al hallazgo con las acciones planteadas.

SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORA SISVECOS – SUBRED NORTE

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ENGATIVÁ CALLE 80

Hallazgos objeto a plan de mejora:

1. Se establece plan de mejora por inoportunidad de notificación de eventos de criterio inmediato: 1018486196 (Lara Villalba)) y 1193098965 (Camila Fitzgerald) con reporte tardío, incumpliendo así protocolos nacionales del evento 356 de evento inmediato e incumplimiento a evento priorizado a nivel distrital.

- Seguimiento realizado **24/07/2025**. El Plan de Mejoramiento presenta un avance en ejecución del 100%, por lo anterior se decide dar cierre al mismo.

SUBSISTEMA SISVAN

Resultados Asistencias Técnicas del Subsistema SISVAN:

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

Subred norte: en el mes de julio se realizó asistencia técnica en 5 UPGD, 3 de ellas presentaron puntaje mayor respecto al periodo de abril, 1 bajo de puntaje, 1 se mantiene en igual porcentaje, para esta subred el hallazgo que se evidencio para las unidades donde se estableció plan de mejora es que aún no han ajustado los infantómetros.

Subred centro oriente: en el mes de julio, se realizaron 7 asistencias técnicas, 2 de ellas disminuyeron su porcentaje, respecto a las asistencias de abril y 5 mantuvieron el porcentaje respecto a las asistencias de abril.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>				
	<p>Código:</p>	<p>SDS-DFO-FT-001</p>	<p>Versión:</p>	<p>1</p>	
<p>Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo</p>					

Los hallazgos más frecuentes encontrados en esta subred fueron equipos antropométricos faltantes.

Subred sur occidente: en el mes de julio se realizó un total de 9 UPGD, 5 se mantiene igual respecto a las asistencias de abril, subieron 4 el porcentaje en comparación del mes de abril. El hallazgo que se encontró fue no adherencia al protocolo evento 113.

Subred sur: en el mes de julio se realizó un total de 8 UPGD, de ellas 2 bajaron su puntaje respecto a las asistencias de abril, 3 subieron su puntaje, 3 se mantuvieron igual. Los hallazgos que se encuentran de manera general ajustes a estadiómetros inoportunidad en la notificación evento 113.

Planes de mejoramiento SISVAN

Los seguimientos planes de mejora que se realizaron durante el mes de julio se desarrollaron con base a las asistencias técnicas realizadas en el mes de junio 2025, se llevaron a cabo seguimientos a planes de mejora donde se abordó subsistema SISVAN, se realizaron en las 4 subredes distribuidas de la siguiente manera:

Subred norte: se realizaron en el mes de julio los siguientes planes de mejora: el 25% (n=3) correspondiente a la localidad de Engativá y chapinero.

Subred centro oriente: se realizaron en el mes de julio el siguiente plan de mejora: el 33,3% (n=4) correspondiente a la localidad de San Cristóbal, Antonio Nariño, La Candelaria. Para la Subred Sur occidente se realizaron en el mes de julio el siguiente plan de mejora: el 12,5% (n=2) correspondiente a la localidad de Bosa y Fontibón.

Para la Subred Sur se realizaron en el mes de julio el 25% (n=3) correspondiente a la localidad de Tunjuelito, ciudad bolívar.

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

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ENGATIVA CALLE 80: Esta unidad presenta plan de mejora referente a:

a. No cuentan con calidad de los datos para los grupos poblacional gestantes durante los meses de febrero, Abril by adulto para el mes de febrero. **Gestantes Febrero:** Reportaron 3 registros como volumen total de notificación mensual, se evidencia error en la variable, Fecha de consulta (n=3), se eliminaron 3 registros por calidad del dato, se aprobaron 0 registros con un porcentaje de error de la UPGD del 5,56%. (SE ELIMINAN 3 REGISTROS POR ERROR EN FECHA DE CONSULTA). **Abril:** Reportaron 5 registros como volumen total de notificación mensual, se evidencian errores en las variables, fecha de consulta (n=3), duplicidad (n=1), se eliminaron 3 registros por calidad del dato y 1 por duplicidad, se aprobaron 2 registros con un porcentaje de error de la UPGD del 4,17%. Teniendo en cuenta que el porcentaje de error permitido es hasta el 2%. **Adultos Febrero:** Reportaron 18 registros como volumen total de notificación mensual, se evidencian errores en las variables, fecha de consulta (n=7), dirección de residencia (n=1), peso (n=1), se eliminaron 9 registro por calidad del dato, se aprobaron 9 registros con un porcentaje de error de la UPGD del 2,50%.

2. La UPGD no cuenta con calibración vigente en sala de partos para los equipos antropométricos como; pesas bebés con series terminadas en 66421,88535, urgencias pediátricas para pesa persona con serie terminada en 82572, pesa bebe con serie terminada en 12951.

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 90% de cumplimiento para el subsistema SISVAN quedando Cerrado.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAN LUIS: Esta unidad presenta plan de mejora referente a: a. se evidencia silencio epidemiológico en semana 6, 7, 8 y 9 para el mes de febrero y silencio epidemiológico en semana 10, 11, 12, 13 para el grupo poblacional menores, silencio epidemiológico en semana 6, 7, 8 y 9 así mismo se evidencia silencio epidemiológico en semana 10, 11, 12, 13 para el grupo poblacional gestantes. 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 90% de cumplimiento para el subsistema SISVAN quedando Cerrado.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EMAUS: Esta unidad presenta plan de mejora referente a:

a. No cuentan con calidad de los datos para el grupo poblacional gestante para el mes de ABRIL evidenciando que reportaron 7 registros como volumen total de notificación mensual, se encuentran errores en las variables, FUM (n=3), duplicidad (n=1), se eliminaron 3 registros por calidad del dato, se aprobaron 4 registros con un porcentaje de error de la UPGD del 2,38%. Teniendo en cuenta que el porcentaje de error permitido es hasta el 2%.

b. Los equipos antropométricos de consulta externa y urgencias (6 infantómetros) no cumplen con lo establecido en la normatividad, así mismo no cuentan con cintas métricas para el consultorio 1 de urgencias. 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, lo cual queda Cerrado.

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

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD LACHES: Esta unidad presenta plan de mejora referente a: a. La UPGD no cuenta con los equipos antropométricos adecuados según lo normado en la resolución 2465/2016 como los son las basculas pesa personas.

b. La UPGD no cuenta con calibración vigente para los equipos antropométricos (pesa bebe, balanzas pesa persona).

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 queda Cerrado.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD LIBERTADORES: Esta unidad presenta plan de mejora referente a: La UPGD no cuenta con los equipos antropométricos (Tallímetros) para la atención de menores de 5 años. 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 queda Cerrado.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ANTONIO NARIÑO: Esta unidad presenta plan de mejora referente a: a. La UPGD no cuenta con los equipos antropométricos adecuados según lo normado como los son (5 tallímetros) ubicados en los consultorios para la atención de menores de 5 años; ya que se encuentran incorporados en la balanza de pie. 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 queda Cerrado.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD LA CANDELARIA: Esta unidad presenta plan de mejora referente a: La UPGD no cuenta con los equipos antropométricos como lo son; 3 infantómetros, 4 cintas métricas, 3

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>				
	<p>Código:</p>	<p>SDS-DFO-FT-001</p>	<p>Versión:</p>	<p>1</p>	
<p>Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo</p>					

tallímetros, 3 basculas de pie digital. 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 queda Cerrado.

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

CENTRO DE SALUD DE SERVICIOS DE SALUD JOSÉ MARÍA CARBONELL: a. no cuentan con calidad de los datos para el grupo poblacional adultos durante el mes de marzo: reportaron 2181 registros como volumen total de notificación mensual, se evidencian errores en las variables, dirección de residencia (n=1261), edad (n=4), se eliminaron 1265 registro por calidad del dato, se aprobaron 916 registros con un porcentaje de error de la UPGD del 2,90%. se corrigen 31 datos por la variable nombre, 26 datos por la variable apellidos, 270 datos por la variable cie 10, 916 datos por la variable tipo de afiliación, 916 datos por la variable entidad 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.

CENTRO DE SALUD DE SERVICIOS DE SALUD INTERNACIONAL: 1. Inadecuado manejo del protocolo de evento 113.2. No adherencia a la resolución 2465/2016 y resolución 2350/2020 en el caso notificado el 20/05/2025 e identificado con RC 1020010727 menor con criterio de notificación con Zscore de P/T -2,24 DS, a quien no le aplicaron prueba de apetito y se le dio manejo ambulatorio. 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 TUNAL: Esta unidad presenta plan de mejora referente a: a. No cuentan con calidad de los datos para el grupo poblacional menores durante el mes de febrero: Reportaron 464 registros como volumen total de notificación mensual, se evidencian errores en las variables, primer nombre (n=11), primer apellido (n= 13),dirección de residencia (n=2), teléfono (n=9), sexo (n=8), talla (n=3), lactancia materna exclusiva (n=38), lactancia materna complementaria (n=151), duplicidad (n=5), se eliminaron 5 registros por calidad y 5 por duplicidad, 230 errores, se aprueban 454 registros con una error de la UPGD del 2,33%, 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 por lo cual 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: a. No cuentan con calidad de los datos para el grupo poblacional Menores para el mes de febrero evidenciando un porcentaje de error del 2,32%, 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 por lo cual 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 MANUELA BELTRAN: Esta unidad presenta plan de mejora referente a: 1. No cuentan con calidad de los datos para el grupo poblacional menores durante el mes de febrero: Reportaron 173 registros como volumen total de notificación mensual, se evidencian errores en las variables,

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Nury Leguizamon Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

primer nombre(n=22), primer apellido(n=29), dirección de residencia(n=4), teléfono(n=21), sexo(n=17), peso(n=1), talla(n=5), lactancia materna complementaria(n=221), duplicidad (n=2), con porcentaje de error de 2,05%, teniendo en cuenta que el porcentaje de error permitido es hasta el 2%.

b. La UPGD no cuenta con (9 tallímetros) para la atención de los consultorios donde se atiende menores de 5 años y mayores de 2 años, no dan cumplimiento a la resolución 2465/2016. La UPGD ha dado cumplimiento a estas acciones planteadas en el plan de mejora por lo cual presenta un avance en ejecución del 100% para el subsistema de SISVAN por lo anterior se decide dar (Cierre) al mismo.

SUBSISTEMA SISVESO

Durante el trimestre evaluado Abril – junio 2025 en las Unidades de Servicios de Salud del Distrito, se encontró que en algunas unidades como USS Bachué y Centro de Salud Bomberos lograron calificación excelente (100%), sin hallazgos.

Se evidencia compromiso en el envío de fichas de manera semanal, excepto en la subred Sur en las que se evidencio en la USS Betania y en la subred Centro Oriente en la USS Cruces que acumulan las fichas y son enviadas de manera tardía.

Cumplimiento parcial de la meta de notificación semanal de manera generalizada en las 4 subredes.

Errores recurrentes en el diligenciamiento de fichas, como variables en blanco, no se está encontrando concordancia entre el hallazgo clínico, el diagnóstico y el tratamiento, errores en el diligenciamiento de la variable de barniz de flúor específicamente en la USS Candelaria la Nueva de la Subred Sur y también se evidencio errores en direcciones, no acorde al manual de nomenclatura.

Se presento no concordancia entre ficha e historia clínica, en las UPGD: USS San Jorge de la Subred Centro Oriente y la USS Candelaria la Nueva de la Subred Sur

Algunas fichas no fueron validadas por deficiencias en escaneo o calidad de los datos.

Implementar validadores automáticos, como diligenciamiento previo de variables que no van a ser modificadas.

SUBSISTEMA SIVISTRA

Durante el trimestre evaluado Abril – junio 2025 en las Unidades de Servicios de Salud del Distrito, se presentan los hallazgos del trimestre sobre el desempeño en la notificación de eventos de interés en salud pública:

Calificaciones del 100% sin hallazgos en la mayoría de las unidades, en la Subred Norte en la USS Bellavista, en la USS Centro Especializados en Salud Suba y en la USS Chapinero.

En la Subred Centro Oriente en la USS Cruces, en la USS Jorge Eliecer Gaitán, en la USS Los Alpes, en la USS Olaya, en la USS San Jorge.

En la Subred Sur Occidente en el Centro de Salud Pablo VI Bosa, en el Centro de Salud Bomberos, en el Hospital Occidente de Kennedy y en el Hospital Fontibón.

En la Subred Sur en la USS Marichuela, USS Santa Librada.

Algunas unidades han implementado procesos de socialización y formación interna.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>				
	<p>Código:</p>	<p>SDS-DFO-FT-001</p>	<p>Versión:</p>	<p>1</p>	
<p>Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo</p>					

No se evidencian notificaciones en unidades como USS Betania (8 meses sin casos).

Persisten errores en el diligenciamiento de fichas: uso de formatos desactualizados, omisión de variables clave.

Falta de búsqueda activa de casos en fuentes alternas por ejemplo la realización de la BAI.

Se evidencian dentro del diligenciamiento de las fichas y su calidad incongruencias en afiliación y variables de régimen, las fichas enviadas por la USS Candelaria se encontraban desactualizadas y sin precrítica.

Durante la asistencia técnica se fortalece el proceso de búsqueda activa y rastreo en otras fuentes para lograr la identificación de los casos.

SUBSISTEMA CRONICOS

Subred Norte:

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS: Para el periodo evaluado julio 2025 obtiene una calificación global de 95%

Según revisión de base de datos del evento 115 del periodo evaluado comprendido entre las semanas 14 a la 26 del 2025 se encuentra notificado un caso el cual se encuentra oportuno.

Se realiza revisión de historia clínica donde se encuentra reporte de frotis de sangre periférica del 12/05/2025 "células inmaduras con citoplasma basófilo, núcleo grande, con núcleos visibles y cromatina laxa", sugestivo de leucemia linfoblástica aguda; paciente que es remitida por urgencia vital al INC el día 15/05/2025.

Se soporta solicitud de información para el respectivo ajuste al correo gestioncronicos2022@gmail.com (gestión información crónicos) del día 19/06/2025, se obtuvo respuesta hasta el 01/07/2025, mediante correo con las indicaciones para realizar dicho ajuste.

Se socializa que estos ajustes deben garantizarse antes de las 4 semanas posteriores a la notificación y las gestiones con el subsistema deben realizarse con anterioridad, con el fin de garantizar la oportunidad del mismo.

El caso cuenta con condición final fallecido del 31/05/2025, con fecha de primer diagnóstico del 14/05/2025 a pesar de no contar con segunda neoplasia o recaída, se establece comunicación con apoyo a la gestión de información de crónicos Diana Marcela Rodríguez, quien indica que por particularidad del aplicativo siviliga, se debe ingresar la fecha de diagnóstico inicial a pesar de no tener segunda neoplasia o recaída, por lo cual no se realiza ajuste.

Subred Centro Oriente:

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD JORGE ELIECER GAITAN: Para el periodo evaluado julio 2025 obtiene una calificación global de 100%

De acuerdo a la revisión de las bases de notificación de la subred centro oriente y de institución no se realizó notificación de eventos 115 y 155 durante el periodo evaluado.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLAYA: Para el periodo evaluado julio 2025 obtiene una calificación global de 95%.

Al revisar la base de datos la UPGD realizó notificación semanal de 1 caso confirmados nuevos de Cáncer de cuello uterino con oportunidad de 272 días desde el resultado de la biopsia y notificación, paciente proveniente de EPS famisanar biopsia de unidad Cafam 51, caso extrainstitucional por tanto no se afecta puntaje a unidad, se requiere ajuste de fecha de inicio de síntomas ya que contaba con misma fecha de consulta, se realiza

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>				
	<p>Código:</p>	<p>SDS-DFO-FT-001</p>	<p>Versión:</p>	<p>1</p>	
<p>Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo</p>					

fortalecimiento relacionado con las fechas de inicio de síntomas.

La UPGD cuenta con fechas extremas para evento 155 cáncer de cuello uterino notificado según su capacidad instalada realiza seguimiento o establece acciones correctivas a casos notificados con fechas extremas entre (fecha de consulta y notificación y/o fecha de resultado de biopsia y fecha de consulta y/o fecha de inicio de tratamiento y fecha de resultado de la biopsia).

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAN JORGE: Para el periodo evaluado julio 2025 obtiene una calificación global de 100%.

Al revisar la base de datos se encuentra que la UPGD no realizó notificación de casos confirmados nuevos de Cáncer de mama y cuello uterino,

Según insumos enviado por la líder crónicos de la subred se evidencia que no se encuentran casos pendientes de revisión producto de la notificación SIANIEPS.

Subred Sur Occidente:

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY Para el periodo evaluado julio 2025 obtiene una calificación global de 100%.

Se realiza revisión de base de datos del evento 155 del periodo comprendido entre la semana 14 a la 26 de 2025, encontrando un total de 15 casos los cuales se ingresaron con clasificación inicial confirmado por laboratorio, con 7 casos (46,6%) de inoportunidad en la notificación (fecha de resultado de la biopsia frente a la fecha de notificación).

CA mama caso VEN4970309: con resultado del 07/03/2025 y fecha de consulta 04/04/2025. paciente asiste a consulta el 31/03/2025 en donde se le realiza la lectura de exámenes y no es notificado. (epidemióloga refiere que para los casos de marzo. no se contaba con patólogo, por lo tanto, la asignación de cita es tardía.)

caso 41355508: con resultado del 26/05/2025 y fecha de consulta 09/06/2025. asignación de cita tardía

caso 41348029: con resultado del 27/05/2025 y fecha de consulta 09/06/2025. asignación de cita tardía

CA cuello uterino caso VEN5927439: con resultado del 07/04/2025 y fecha de consulta 02/05/2025. caso detectado por BAI

caso VEN6519114: con resultado del 12/06/2024 y fecha de consulta 05/04/2025. gestante desde el subsistema solicita realizar la notificación

caso 35521696: con resultado del 03/04/2025 y fecha de consulta 07/05/2025. asignación de cita tardía por parte de la ruta.

caso 28550851: con resultado del 29/11/2024 y fecha de consulta 04/06/2025. caso fue captado por bai en el mes de febrero solicitado por el subsistema, a la usuaria se le asigna la cita y la usuaria las cancelaba, sin embargo, la usuaria no ha asistido a cita médica con la subred sin embargo desde el subsistema solicitan realizar la notificación. teniendo en cuenta que el caso consulta en diciembre y enero.

Se realiza revisión de base de datos del evento 155 del periodo comprendido entre la semana 14 a la 26 de 2025 encontrando un total de 15 casos; ninguno cuenta con fecha de inicio de tratamiento. La epidemióloga institucional es quien realiza los seguimientos de manera telefónica, hay usuarias que no contestan o número es equivocado, durante la asistencia se realiza el envío de la base al INC quien verifica e indica respuesta del tratamiento de cada usuario, se recomienda apoyarse con el profesional de ruta, revisar seguimientos probables en historia clínica.

HOSPITAL FONTIBÓN: Para el periodo evaluado julio 2025 obtiene una calificación global de 75%, con hallazgos sujetos a plan de mejora.

Al revisar la base de datos, se identificó la notificación de un caso confirmado por laboratorio del evento 155 (cáncer de cuello uterino) durante el periodo evaluado. Se evidencia que la UPGD no garantiza la oportunidad

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>				
	<p>Código:</p>	<p>SDS-DFO-FT-001</p>	<p>Versión:</p>	<p>1</p>	
<p>Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo</p>					

adecuada entre la toma de la muestra y la entrega de resultados, presentando una oportunidad baja (mayor a 15 días). Esta demora se debe al tiempo de procesamiento de las muestras de patología, las cuales son remitidas al Hospital de Occidente de Kennedy, institución encargada del procesamiento para toda la subred. Al revisar la base de datos se ha presentado notificación de un caso confirmado por laboratorio del evento 155 es un CA cuello uterino para el periodo evaluado este aún no cuenta con la fecha de inicio de tratamiento, pero en seguimiento telefónico del día 22/07/2025 indico que el día 24/07/2025 iba tenía programada histerectomía. Según insumos enviado por la líder crónicos de la subred se evidencia que no se encuentran casos pendientes de revisión producto de la notificación SIANIEPS.

Subred Sur:

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MARICHUELA: Para el periodo evaluado julio 2025 obtiene una calificación global de 100%.

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

Según insumos enviado por la líder crónicos de la subred se evidencia que no se encuentran casos pendientes de revisión producto de la notificación SIANIEPS

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD DANUBIO AZUL: Para el periodo evaluado julio 2025 obtiene una calificación global de 100%.

Se verifica la base del evento 155 y no se encuentra notificación para el periodo de las semanas 14 a la 26 de 2025 se indica que en caso tal de presentar notificación de casos confirmados nuevos de Cáncer de mama y cuello uterino se deben enviar de manera oportuna (8 Días) y con calidad.

Del periodo evaluado semanas 14 a la 26 del 2025 no se evidencian casos notificados para los eventos 115 ni 155, así como tampoco revisión de casos encontrados por SIANIEPS

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LIBRADA: Para el periodo evaluado julio 2025 obtiene una calificación global de 100%.

Se verifica la base del evento 155 y 115 no se encuentra notificación para el periodo de la semana 14 a la 26 de 2025 se indica que en caso tal de presentar notificación de casos confirmados nuevos de Cáncer de mama y cuello uterino se deben enviar de manera oportuna (8 Días) y con calidad.

Del periodo evaluado semanas 14 a la 26 del 2025 no se evidencian casos notificados para los eventos 115 ni 155, así como tampoco revisión de casos encontrados por SIANIEPS

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CARMEN: Para el periodo evaluado julio 2025 obtiene una calificación global de 100%.

Se verifica la base del evento 155 y 115 no se encuentra notificación para el periodo de la semana 14 a la 26 de 2025 se indica que en caso tal de presentar notificación de casos confirmados nuevos de Cáncer de mama y cuello uterino se deben enviar de manera oportuna (8 Días) y con calidad.

Del periodo evaluado semanas 14 a la 26 del 2025 no se evidencian casos notificados para los eventos 115 ni 155, así como tampoco revisión de casos encontrados por SIANIEPS.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CANDELARIA LA NUEVA: Para el periodo evaluado julio 2025 obtiene una calificación global de 100%.

Se verifica la base del evento 155 y 115 no se encuentra notificación para el periodo de la semana 14 a la 26 de 2025 se indica que en caso tal de presentar notificación de casos confirmados nuevos de Cáncer de mama y cuello uterino se deben enviar de manera oportuna (8 Días) y con calidad.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>				
	<p>Código:</p>	<p>SDS-DFO-FT-001</p>	<p>Versión:</p>	<p>1</p>	
<p>Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo</p>					

Del periodo evaluado semanas 14 a la 26 del 2025 no se evidencian casos notificados para los eventos 115 ni 155, así como tampoco revisión de casos encontrados por SIANIEPS.

SUBSISTEMA HUÉRFANAS - RARAS

Subred Centro Oriente:

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MATERNO INFANTIL: Para el periodo evaluado julio 2025 obtiene una calificación global de 100%.

La UPGD notificó un total de 25 casos del evento 342 de acuerdo a base evento 342 enviado por el referente de la subred, evidenciando notificación positiva desde la semana 2, 3, 5, 6, 9, 10, 11, 12 con reporte vía correo electrónico de notificación negativa en la semana 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26. se verifican mediante tablero de control enviado por la subred.

No reporta notificación silenciosa. Se recuerda en caso de notificación negativa enviar reporte al correo de epidemiologia@subredcentrooriente.gov.co

Según revisión de bases para el periodo evaluado la UPGD realiza la notificación de 25 casos nuevos confirmados por clínica de enfermedades huérfanas de manera adecuada según criterios del protocolo del INS, los códigos de la enfermedad rara corresponden a lo establecido en el "anexo protocolo enfermedades raras" correspondiente a microtia y displasia broncopulmonar, atresia biliar, estenosis pulmonar valvular, Gastrosquisis, de la misma manera con su fecha de diagnóstico. Se verifica contra historia clínica varios casos la fecha del diagnóstico y diagnóstico.

En revisión de bases para el periodo evaluado la UPGD registra la condición de discapacidad no se evidencian hallazgos La UPGD solo tienen valoración de niños hasta los 29 días de nacido en hospitalización.

Para el periodo evaluado se evidenció 3 solicitudes de ajustes, las cuales se realizaron.

- La UPGD no presento requerimientos evidenciados en la base de los cruces de los RIPS SIANIESP para realizar formato BAI - en el trimestre evaluado:

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OLAYA: Para el periodo evaluado julio 2025 obtiene una calificación global de 100%.

Para el periodo evaluado la UPGD no se presentó notificación de evento 342 enfermedades huérfanas – raras en caso de presentarse un evento deben registrar la variable poblacional de discapacidad.

Para el periodo evaluado la UPGD se presentó notificación de cuatro (4) casos de eventos de notificación de 215 defecto congénito los cuales no cumplen para notificación de evento de evento 342, los que corresponden a diagnósticos de otras deformidades congénitas de la cadera.

Para el periodo evaluado abril, mayo, junio del 2025 la UPGD no presenta casos encontrados por BAI pendientes de notificación según correo electrónico de la USS, el subsistema de enfermedades huérfanas – raras de la Subred Centro Oriente envía insumos para evaluación de este ítem, refiere sin solicitudes pendientes.

Subred Sur Occidente:

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY: Para el periodo evaluado julio 2025 obtiene una calificación global de 100%.

La UPGD no presenta notificación silenciosa para el periodo evaluado ya cuenta con notificación positiva de ocho (8) casos del evento 342 en la semana 14, 19, 21, 23, 24 y 25 y realizó envío de notificación negativa enfermedades huérfanas – raras en el periodo evaluado de las SE 14 a la 26 de 2025.

Cuenta con registro de variable discapacidad en la base, se verifica el caso 79111879 que registra con

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

discapacidad, pero no se registra el tipo de discapacidad, durante asistencia se verifica la historia clínica en donde se confirma discapacidad visual.

Para el periodo evaluado la UPGD presentó 33 casos de eventos de notificación de 215 defecto congénito de los cuales dos (2) casos cruzaron para notificación de evento 342.

Subred Sur:

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MARICHUELA: Para el periodo evaluado julio 2025 obtiene una calificación global de 100%.

En el trimestre evaluado, la subred no presentó notificación del evento 342, así mismo no presentó casos encontrados por BAI pendientes de notificación, no presentan silencio epidemiológico, realizan envío de notificación negativa.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BETANIA: Para el periodo evaluado julio 2025 obtiene una calificación global de 100%.

En el trimestre evaluado, la subred no presentó notificación del evento 342, así mismo no presentó casos encontrados por BAI pendientes de notificación, no presentan silencio epidemiológico, realizan envío de notificación negativa.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD DANUBIO AZUL: Para el periodo evaluado julio 2025 obtiene una calificación global de 100%.

En el trimestre evaluado, la subred no presentó notificación del evento 342, así mismo no presentó casos encontrados por BAI pendientes de notificación, no presentan silencio epidemiológico, realizan envío de notificación negativa.

Para el periodo evaluado la UPGD no presentó casos de eventos de notificación de 215 defecto congénito, en caso de presentar se debe verificar si cumple para notificar de evento 342 ya que puede cruzar para los dos eventos.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LIBRADA: Para el periodo evaluado julio 2025 obtiene una calificación global de 100%.

En el trimestre evaluado, la subred no presentó notificación del evento 342, así mismo no presentó casos encontrados por BAI pendientes de notificación, no presentan silencio epidemiológico, realizan envío de notificación negativa.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL CARMEN: Para el periodo evaluado julio 2025 obtiene una calificación global de 97%.

La UPGD Cumple con el 75% de los compromisos establecidos en la visita anterior:

1. Realizar la notificación del evento 342, enfermedades huérfanas con oportunidad de 24 horas a la fecha de confirmación del diagnóstico, con calidad e incluir la condición de discapacidad y la información de notificación negativa semanal al correo de la subred correo: vspehrsubredsur@gmail.com CUMPLE
2. Tener concordancia entre la notificación del evento 342 enfermedades huérfanas y 215 defecto congénito CUMPLE.

3. Realizar socialización de Síndrome de Lennox Gastaut. NO CUMPLE

Para el periodo evaluado la UPGD no se presentó notificación de casos del evento 342 en caso de presentarse deben realizar la notificación inmediata oportuna dentro de las primeras 24 horas a la fecha de confirmación del diagnóstico de la enfermedad huérfana – rara.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>				
	<p>Código:</p>	<p>SDS-DFO-FT-001</p>	<p>Versión:</p>	<p>1</p>	
<p>Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo</p>					

Para el periodo evaluado la UPG no se presentó casos de eventos de notificación de 215 defecto congénito, en caso de presentar se debe verificar si cumple para notificar de evento 342 ya que puede cruzar para los dos eventos, no se identificaron casos captados por la BAI no tiene casos nuevos pendientes por notificar.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD TUNJUELITO: Para el periodo evaluado julio 2025 obtiene una calificación global de 100%.

En el trimestre evaluado, la subred no presento notificación del evento 342, así mismo no presentó casos encontrados por BAI pendientes de notificación, no presentan silencio epidemiológico, realizan envío de notificación negativa.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CANDELARIA LA NUEVA: Para el periodo evaluado julio 2025 obtiene una calificación global de 99%.

Se verifican acciones del plan de mejora

* Realizar notificación semanal de evento 342, incluyendo notificación negativa: Se verifica notificación negativa en las 12 semanas + una semana positiva.

* Generar respuesta oportuna vía correo electrónico de los casos solicitados producto de la revisión SIANIEPS: No se encuentran casos pendientes de respuesta.

* Establecer programación de capacitación a los profesionales para socialización de los temas: síndrome Lennox-Gastaut, enfermedad pulmonar idiopática: Acta socialización 09/05/2025.

* Realizar capacitación a los profesionales por parte del referente de enfermedades huérfanas: Acta socialización 09/05/2025.

Asistencia de los profesionales a la capacitación mediante acta: Acta socialización 09/05/2025.

* Validación de apropiación de conocimientos mediante el uso de pre y pos-test: No se presenta soporte.

Según revisión de bases para el periodo evaluado la UPGD realiza la notificación de un caso nuevo confirmados por clínica de enfermedades huérfanas de manera adecuada según criterios del protocolo del INS. La UPG no presentó eventos de notificación de 215 defecto congénito, no cumple con criterio para notificar como 342.

SUBSISTEMA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

subred norte:

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO: Para el periodo evaluado julio 2025 obtiene una calificación global de 100%.

No es posible verificar plataforma SVEMMBW para verificar notificación negativa con corte a semana 14 a la 26, ya que aplicativo no se encuentra disponible, lo realizan por sivigila web y envían correo electrónico de los pantallazos al subsistema.

Se realiza ronda diaria en el servicio de ginecología por parte auxiliar de enfermería y profesionales de disponibilidad cumple.

No se evidencia casos de MME que terminen en muerte materna. Se encuentra 51 casos notificados de los cuales ninguno se encuentra tardío.

Se encuentra ajuste 7 de variables hospitalización, fecha egreso y tipo de egreso, tiempo de remisión, al 100% de los casos, sin embargo, según insumos enviados desde el subsistema de la subred hay 5 casos con ajustes de variables pendientes (se socializan en asistencia técnica y se verifica que fueron realizados previo a la misma.

Para UPGD públicas se ingresan usuarias notificadas en el evento 549 con criterios de inclusión para la estrategia Ángeles Guardianes a pacientes de capital salud y no aseguradas.

Se verifica un total de 11 casos de evento 215 en el periodo evaluado con el 100% notificados oportunos 8 con

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

clasificación confirmado por clínica y 3 como probables, los cuales se ajustaron como 4.

El proceso de capacitación es por profesional epidemióloga institucional de manera trimestral en el periodo evaluado se realizó 09/04/2025.

Se presenta notificación de 5 eventos 560 tienen una oportunidad de notificación del 100%, todos cuentan con certificado de defunción.

La institución cuenta con espacios para capacitar y actualizar permanentemente a los profesionales de la salud en el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y vigilancia de los defectos congénitos. el día 09/04/2025

Para el periodo evaluado se evidencia notificación de los siguientes eventos 750 (14), en evento 740: (2) 340: (0) se encuentran notificados oportunamente.

Se realiza revisión de HC y ficha de notificación, del evento 750 encontrando antecedentes maternos, fechas y resultados de laboratorio (pruebas treponémicas y no treponémicas), las fechas de aplicación de tratamiento y el tratamiento de los contactos; no se encontraron casos que hayan manifestado historial de reacción alérgica grave

Se encuentra 3 casos de evento 850, con ingreso de pruebas según protocolo No hay casos en gestantes cuenta con pruebas adecuadas. Se realiza la capacitación el día 09/04/2025 con la participación de 22 personas.

subred centro oriente:

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MATERNO INFANTIL: Para el periodo evaluado julio 2025 obtiene una calificación global de 100%.

Presentó 61 eventos 549 con oportunidad del 100%. No tiene caso de morbilidad materna extrema que hayan terminado en muerte. Se verifica notificación eventos 215 se presentó 24 casos en el periodo evaluado notificado de manera oportuna. 100%. Se presenta notificación de 9 casos para el evento 560 con oportunidad en la notificación del 100%.

Eventos 750 (20) y 740 (4); todos los casos notificados con una oportunidad el 100%.

No Se encuentra notificación de caso correspondiente a evento 340.

Para los casos 750 Se evidenciar en historia clínica toma de prueba treponémica rápida a gestante o puerpera el mismo día de la consulta. Así mismo, la realización de prueba no treponémica (VDRL, RPR) a todas las pruebas treponémica rápida con resultado positivo y carga de laboratorios SIVIGILA. No se evidencia notificación de casos 850-VIH.

subred sur occidente:

HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY: Para el periodo evaluado julio 2025 obtiene una calificación global de 100%.

La UPGD notificó 2 caso del evento 550 en el trimestre.

casos: 1031122864 inoportunidad de 5 días, la upgd recibe correo de realizar notificación de este caso sin embargo en historia clínica se registra parto extrahospitalario

caso VEN25836486 inoportunidad de 9 días, se realiza el ajuste por error en fecha de consulta.

Eventos MME - Ajuste 7. fecha hospitalización, fecha egreso y tipo de egreso, tiempo de remisión. Se verifica 11 casos sin tipo de egreso: se realizan ajustes durante la asistencia.

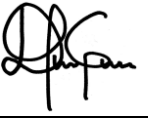
Evento 215: de la semana 14 a la 26 se notificó 33 casos, de los cuales 1 caso inoportuno. caso notificado un día sábado no quedo cargado la notificación, se envió el correo a la subred de la notificación el 13/04/2025 y la upgd recibe retroalimentación por parte de vsp se realiza notificación Inter local (negativa) del 06/05/2025, con esta fecha notificación.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
<p>Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo</p>					

HOSPITAL FONTIBON: Para el periodo evaluado julio 2025 obtiene una calificación global de 100%.
No tiene caso de morbilidad materna extrema que hayan terminado en muerte.
Se encuentra 100% de oportunidad en la notificación de 11 casos (MME), presentan ajustes del 100% en la variable hospitalización, fecha egreso y tipo de egreso, tiempo de remisión
Para el periodo de evaluación de SE 14 a SE 26 de 2025 no se presenta notificación casos para el evento 560. Eventos 750 (8) y 740 (0); todos los casos notificados con una oportunidad el 100%
No Se encuentra notificación de caso correspondiente a evento 340. Cuenta con notificación de 3 casos de VIH con 100% de oportunidad y estos casos no corresponde a mujer en gestación.

Para finalizar se presenta el cronograma de las asistencias técnicas que se realizarán en el mes de agosto por cada subred, se dejan dos compromisos envío de planes de mejora de transmisibles y crónicos, se da por finalizada la socialización.

COMPROMISOS*					
ACCIÓN	RESPONSABLE			FECHA	
Envío de plan de mejora del subsistema de Crónicos Hospital Fontibón	Líder Equipo de Fortalecimiento			13/08/2025	
Envío de plan de mejora del subsistema de Transmisibles CES Suba	Líder Equipo de Fortalecimiento			13/08/2025	

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	
2	Adriana P. Ulloa Virgüez	apulloa@saludcapital.gov.co	3143485135	SVSP - EHR	
3	Diana Guerrero	daguerrero@saludcapital.gov.co	3157390981	SVSP-Sivigila	
4	Dary Giselle Ruiz Rojas	dgruiz@saludcapital.gov.co	3005547086	SVSP-SISVAN	
5	Johanna Liceth Cortes Romero	jlrcortes@saludcapital.gov.co	9523	SVSP-SISVECOS - SIVELCE	
6	Claudia P Beltrán B	cpbeltran@saludcapital.gov.co	3167873305	SVSP transmisibles	
7					
8					

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Nury Leguizamon Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

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.