
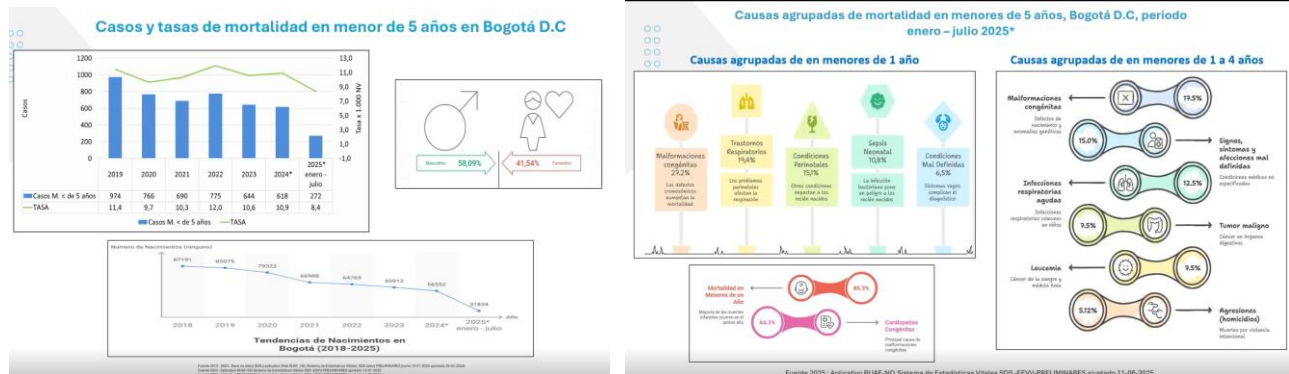
 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>				
	<p>Código:</p>	<p>SDS-DFO-FT-001</p>	<p>Versión:</p>	<p>1</p>	
<p>Elaborado por: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

niños que mueren menores de un año lo hace a causa de malformaciones congénitas, cifra que se mantiene estable en torno al 27,2% desde hace casi una década. Subrayó que más de la mitad de esas muertes (64%) se deben a cardiopatías congénitas, lo que convierte a esta patología en el principal foco de prevención y atención temprana.





En la segunda parte de la sesión, se presentó el comportamiento de la notificación de defectos congénitos mayores, es decir, aquellos que requieren tratamiento especializado y muchas veces costoso, con riesgo vital o de discapacidad severa. Se evidenció un incremento en los casos notificados, pasando de alrededor de 1.600 en 2019 a más de 3.175 en 2024, con una prevalencia superior al 5% en Bogotá, lo cual supera lo esperado a nivel mundial y plantea un reto urgente para la salud pública local. El expositor advirtió que este aumento no necesariamente corresponde a una mayor incidencia real de defectos, sino en parte a una mejoría en la notificación y a cambios sociales: hoy las mujeres que llevan su embarazo a término suelen ser mayores, con comorbilidades crónicas o pertenecientes a grupos vulnerables, lo que eleva sustancialmente los riesgos.

La detección prenatal sigue siendo insuficiente, con una cobertura de apenas 20 a 30%, pese a contar con centros de referencia de alta calidad en la ciudad. Entre los factores críticos identificados están la baja resolución de algunos equipos ecográficos y la realización de ecografías por personal no especializado, como médicos generales, lo que limita la posibilidad de identificar oportunamente malformaciones graves. En este punto, el experto hizo un llamado a las EPS y a las IPS a fortalecer la calidad técnica del diagnóstico prenatal, ya que la detección temprana mejora el pronóstico y permite preparar a las familias y al sistema para una atención integral.

Con base en los registros de Salud Data, expuso que la mortalidad por defectos congénitos en menores de un año ha sido uno de los indicadores más exitosos en términos de reducción sostenida desde 2010. Gracias al esfuerzo de múltiples actores en salud materno-infantil —que incluyen la consulta preconcepcional, la atención prenatal, las salas de parto, los servicios de pediatría y las unidades de cuidado intensivo e intermedio—, la ciudad logró un descenso significativo, con un comportamiento favorable durante la última década. Durante la pandemia se observó un descenso abrupto asociado a medidas de bioseguridad que protegieron a los niños con defectos congénitos de infecciones concomitantes, aunque en 2024 se presentó un repunte que preocupa y sobre el cual se esperan correcciones en 2025 para retomar la tendencia descendente.

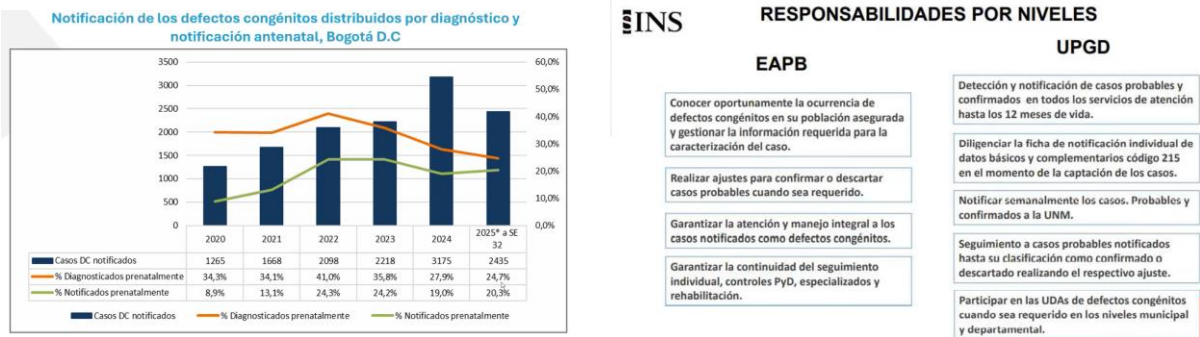
El expositor aclaró que, aunque los avances han sido notables, existen temas críticos que requieren atención prioritaria. Resaltó que la notificación de casos de defectos congénitos mayores muestra un incremento exponencial: en 2022 se registraron 2.200 casos, en 2024 la cifra ascendió a 3.175, y en el corte de 2025 se proyecta un número aún mayor. Estos casos corresponden a defectos que

 <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>					



implican tratamientos complejos y, en muchos casos, de alto costo, que ponen en riesgo la vida de los pacientes o los exponen a discapacidades graves de por vida. El impacto no es solo sanitario, sino también económico, emocional y social para las familias y el sistema de salud.

Es analizado que este fenómeno debe interpretarse bajo un marco más amplio, por un lado, existe una mejoría en los procesos de notificación y en la sensibilización del personal asistencial, lo cual hace visibles más casos que en años anteriores podían quedar ocultos. Sin embargo, también señaló que la disminución de la natalidad en Bogotá y en Colombia ha generado un efecto paradójico, al reducirse el número de nacimientos, aumenta proporcionalmente la prevalencia de defectos congénitos reportados. Esto se ve potenciado porque las mujeres que actualmente llevan sus embarazos a término pertenecen mayoritariamente a grupos con más factores de riesgo como, mujeres mayores de 35 años, con comorbilidades crónicas como diabetes, hipertensión o enfermedades autoinmunes, y mujeres en situación de vulnerabilidad socioeconómica. Mientras tanto, las mujeres jóvenes, con mayor nivel educativo y estabilidad económica, están postergando o evitando la maternidad, lo que modifica de manera estructural la composición del grupo gestante y explica el ascenso en las prevalencias.

Al presentar las cifras del Instituto Nacional de Salud (INS), se resalta que Bogotá ocupa el primer lugar en el país en prevalencia de defectos congénitos, con un 7.46%, seguida de municipios de Boyacá y Cundinamarca como Duitama, Soacha, Funza y Tunja, que también muestran valores elevados. Este patrón demuestra que se trata de un fenómeno nacional vinculado tanto a la caída de la natalidad como a factores de riesgo acumulados en la población gestante. De igual manera, al analizar la distribución por subredes en Bogotá, se identificó que la red Centro-Oriente concentra la prevalencia más alta (8.6), seguida de la red Norte (7.97), la red Sur (7.27) y la red Suroccidente (6.85). El expositor advirtió que, si bien localidades como Santa Fe o La Candelaria suelen registrar prevalencias elevadas, ello obedece al bajo número de nacimientos que hace que cada caso nuevo tenga un peso estadístico considerable.



Durante la siguiente parte de la asistencia técnica, se enfocó en uno de los temas más críticos de la vigilancia: la detección prenatal de los defectos congénitos. Explicó que el diagnóstico temprano no solo mejora de manera significativa el pronóstico de los niños, sino que constituye un eje estratégico para reducir la mortalidad y la morbilidad asociada a estas condiciones. Recordó que la vigilancia intensificada en Bogotá se concentra en cinco grupos de defectos congénitos y que la trazabilidad inicia desde la etapa prenatal. En este punto, cuando un médico notifica un caso en etapa prenatal, el equipo distrital inicia de inmediato un proceso de seguimiento telefónico a la gestante con el fin de reducir los riesgos derivados de barreras de acceso, factores contextuales o problemas médicos que puedan comprometer la continuidad del cuidado.

 <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>					

Sin embargo, a pesar de los avances logrados en años anteriores, la situación actual es preocupante. En la exposición se mostró cómo la cobertura de diagnóstico prenatal que había venido en ascenso ahora se encuentra estancada en valores muy bajos, con apenas un 30% de mujeres que recibieron diagnóstico prenatal confirmado y cerca de un 20% de casos notificados, lo que refleja un subregistro importante. Este panorama fue calificado como “muy triste” por el expositor, dado el esfuerzo sostenido que se ha hecho en las IPS de diagnóstico prenatal y la existencia de centros de excelencia en la ciudad. Las causas identificadas de esta baja cobertura incluyen la deficiencia en equipos de ecografía, particularmente aquellos de baja resolución, y la carencia de formación en parte del personal: se estimó que alrededor de un 7% de las ecografías provienen de médicos generales que no cuentan con la preparación necesaria para detectar adecuadamente malformaciones, especialmente en la ecografía más relevante, que es la de las semanas 18 a 24 de gestación. Ante esta situación. Se resalta el llamado contundente a mejorar la calidad del diagnóstico prenatal y, sobre todo, la oportunidad en la notificación.



Se insistió en que la responsabilidad de notificar no recae únicamente en el sistema, sino en la persona que realiza la ecografía. Todo médico que identifique la sospecha de un defecto congénito tiene la obligación inmediata de notificarlo en la ficha 215, y la IPS donde labora debe respaldar este proceso. La omisión en este nivel genera fallas críticas en la vigilancia, pues impide el seguimiento oportuno de los casos. A partir de los reportes de este año, el expositor mostró que las mayores notificaciones provienen de la Clínica Infantil de Colsubsidio, seguida por el Hospital de Meissen, la Clínica de Santa Bárbara, el Hospital Universitario Infantil de San José, Palermo y Kennedy, entre otros. Este panorama demuestra la importancia de contar con flujos de información claros y sostenidos entre IPS y EPS.

Se reforzó aquí la corresponsabilidad del asegurador, explica que mientras la IPS es responsable de la notificación inicial y del seguimiento dentro de su ámbito, la EPS en este caso Compensar debe garantizar los ajustes de la información y la continuidad del cuidado cuando el niño sale del alcance de la institución donde nació o fue inicialmente atendido. Relató cómo en el Hospital San Ignacio, por ejemplo, los niños nacidos allí frecuentemente continuaban su atención en otras IPS, quedando fuera del radar del hospital; en tales situaciones, es la EPS la encargada de informar, ajustar la ficha y garantizar que el caso no se pierda en el sistema. Este proceso es fundamental para que la información fluya, se mantenga actualizada y se asegure el manejo integral del niño hasta la resolución o desenlace del defecto congénito.

Recomendaciones y Acciones Para Implementar

En esta parte de la asistencia también se abordaron las definiciones de caso utilizadas en el protocolo nacional. Se recordó que los defectos congénitos no se limitan a las malformaciones visibles, sino que incluyen defectos metabólicos y sensoriales. De esta manera, un caso probable corresponde a la sospecha clínica o prenatal de una malformación, mientras que los confirmados pueden establecerse por clínica en defectos externos fácilmente observables como labio y paladar hendido, polidactilia o ausencia de miembros, o bien por estudios clínicos y de laboratorio en los casos internos y metabólicos. El expositor hizo énfasis en que los defectos menores listados en el anexo del protocolo, así como aquellos asociados a prematuridad, no deben notificarse, evitando así sobrecargar el sistema con reportes que no corresponden a la vigilancia intensificada.

Es socializada la importancia de los ajustes en la notificación de casos. Señaló que, si bien la sospecha inicial es fundamental para activar la vigilancia, es indispensable que los equipos de salud logren llegar al desenlace de cada caso, confirmándolo o descartándolo. Advirtió que el aumento en

 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					



las cifras de defectos congénitos puede estar relacionado no solo con una mayor incidencia o mejoría en la notificación, sino también con la falta de descartes documentados en el sistema. En este sentido, enfatizó que todo caso que no se confirme debe ser registrado en el ajuste 6 (descartado), ya que omitir este procedimiento perpetúa un volumen elevado de casos sospechosos que nunca se resuelven, alterando la interpretación de los datos epidemiológicos.

El país cuenta actualmente con cuatro tamizajes obligatorios: el metabólico-endocrino (para hipotiroidismo congénito), el déficit auditivo, el déficit visual y la detección de cardiopatía congénita crítica a las 24 horas de vida. Sin embargo, reconoció las dificultades persistentes para asegurar la cobertura y el registro uniforme de estos tamizajes. Explicó que cada IPS mantiene una dinámica distinta: algunas anotan los resultados en bases de excel, otras en libros, otras en notas de enfermería o en las evoluciones de la madre. Esta dispersión, lejos de ser un detalle administrativo, constituye una barrera real para la consolidación de datos confiables y comparables. Por ello, recomendó que cada institución establezca un proceso estandarizado para el registro y seguimiento de los tamizajes, de modo que los resultados positivos y sus confirmaciones posteriores puedan integrarse de manera clara al sistema de vigilancia.

Posteriormente, el doctor Zarante insistió en la necesidad de mantener presente el protocolo de vigilancia de Zika y sus complicaciones en el sistema nervioso central, como responsable de un aumento notable en los casos de microcefalia y otros defectos y que Bogotá, aunque no es una zona de transmisión activa, recibe población viajera y está en contacto con territorios donde el vector es endémico



Durante el espacio, los participantes de Compensar tuvieron una activa participación con preguntas e inquietudes que enriquecieron la discusión. Jenny Úsuga planteó la dificultad frente a los casos de interrupción voluntaria del embarazo (IVE), que suelen quedar registrados únicamente como sospechosos al no existir confirmación patológica, lo que genera vacíos en la consolidación de la vigilancia. El doctor Zarante explicó que el lineamiento del INS establece que todo caso sospechoso debe notificarse, independientemente del desenlace, aunque reconoció la complejidad ética y emocional que implica obtener confirmaciones en estos escenarios. Claudia Yamile Quintero preguntó sobre casos de microcefalia sospechada en ecografía que luego parecen descartarse en controles posteriores; al respecto, el genetista indicó que no debe hacerse un descarte definitivo en etapa prenatal, ya que se han documentado fluctuaciones y desapariciones transitorias en hallazgos de neuroimagen, recomendando esperar al nacimiento para la confirmación clínica con medición de perímetro cefálico y estudios neurológicos.

 <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>					

Otras inquietudes se orientaron hacia la notificación simultánea de casos en los eventos 215 y 895 cuando existe sospecha de relación con Zika, aspecto sobre el cual el doctor Zarante y la referente distrital, Adriana Guaca, fueron enfáticos: ante la presencia de diagnósticos del sistema nervioso central compatibles, se debe activar el protocolo de Zika y enviar las muestras pertinentes dentro de las primeras 48 horas, sin que sea necesario demostrar nexo epidemiológico materno. Asimismo, Nelly Rivera consultó sobre el procedimiento de registro en la ficha de notificación, concluyéndose que debe consignarse como “hijo de” con el número de documento de la madre y el dígito correspondiente a la gestación, siguiendo las orientaciones del INS.

El doctor Zarante enfatizó también en la corresponsabilidad institucional. Recordó que las IPS tienen la obligación de detectar, notificar y hacer seguimiento a los casos hasta su confirmación o descarte, mientras que la EPS, en este caso Compensar, debe asumir la responsabilidad de los ajustes en las fichas y de la continuidad del manejo integral cuando los niños salen del ámbito de la IPS inicial. Esta articulación entre aseguradores, prestadores y el ente territorial es la única forma de garantizar la integralidad de la atención y de mantener la vigilancia intensificada con calidad.



Durante la socialización fue subrayado, que el reto no es únicamente clínico o epidemiológico, sino también social y estructural: Bogotá y el país enfrentan una transición demográfica que obliga a replantear estrategias de vigilancia, prevención y atención. El llamado fue a que EPS como Compensar fortalezcan sus procesos internos de notificación, garanticen un seguimiento efectivo a los niños afectados y desarrollen acciones preventivas dirigidas a mujeres en edad fértil, especialmente aquellas con mayor riesgo por edad avanzada o enfermedades crónicas.

Se transmitió a los asistentes, la urgencia de mejorar la calidad y la oportunidad del diagnóstico prenatal y de asumir con claridad las responsabilidades que competen a cada nivel del sistema.

Xiomara Fernández explicó que la notificación cobra mayor impacto cuando se articula con el seguimiento nominal de casos, construido a partir del evento 215. Este seguimiento, compartido con las EPS, permite identificar usuarios, garantizar acompañamiento familiar y superar barreras de acceso mediante el trabajo de los profesionales de enfermería. Diana Gracia reforzó que los seguimientos no son solo un requisito administrativo, sino un proceso esencial para la salud de los niños y familias. Informó la ampliación del plazo de reporte hasta el 22 de septiembre y recalcó la importancia de dar continuidad al contacto en casos de IVE y fallecimientos, asegurando planificación anticonceptiva y atención integral.

En el cierre de la sesión, Marisa Catalina Torres, gestora de riesgo de Compensar, solicitó aclaración respecto a la notificación simultánea de microcefalia en los eventos 215 y 895, planteando dudas sobre la exigencia de sintomatología materna en el protocolo de Zika y sobre el procedimiento para la toma de muestras. Ante esta inquietud, Adriana Guaca, referente distrital para defectos congénitos, precisó que el protocolo del INS establece que cuando se detecta un diagnóstico prenatal asociado a defectos del sistema nervioso central, el protocolo debe activarse al nacer, independientemente de la existencia o no de síntomas maternos o nexos epidemiológicos. Explicó que se deben tomar muestras de la madre y del recién nacido (PCR, cordón, placenta), enviarlas a la Secretaría Distrital de Salud en las primeras 48 horas y realizar la notificación al evento 895 como sospechoso, con su respectiva historia clínica y ficha de notificación.


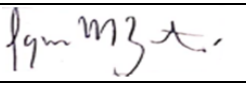
En este espacio, otros participantes, como Nelly Andrea Ríos, expresaron dudas sobre el diligenciamiento de la ficha de notificación, particularmente en casos de mortinatos. Referente Guaca aclaró que en la cara A deben registrarse los datos completos de la madre (nombre, documento y



 <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 Angela Manquillo Erazo</p>					

número de gestación), mientras que la condición del recién nacido se consigna en la cara B, evitando errores frecuentes como asignar fechas de nacimiento ficticias a bebés no nacidos vivos. Finalmente, ante la consulta de Catalina Torres, se recalcó que la activación del protocolo procede siempre que se identifique uno de los diagnósticos asociados, aunque no exista antecedente de infección o sintomatología materna, siguiendo la directriz nacional de vigilancia.

Finalmente, la Secretaría Distrital de Salud reiteró que continuará brindando asistencia técnica, acompañamiento en casos complejos y escalamiento de las dificultades operativas al INS. Se insistió en la necesidad de fortalecer la asesoría preconcepcional, en especial para mujeres con comorbilidades crónicas, y en asegurar la continuidad de los seguimientos postnatales, incluso en casos de IVE o fallecimientos, mediante orientación a las madres sobre planificación y riesgos reproductivos futuros.

COMPROMISOS*		
ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA
Fortalecer la notificación oportuna de casos sospechosos de defectos congénitos en ficha 215, asegurando que cada sospecha sea reportada sin demora, así como la realización de ajustes 6 cuando se requiera	IPS adscritas a Compensar.	Inmediato, en cada caso identificado.
Verificar si el sistema SIVIGILA permite ingresar casos sin sintomatología materna para el evento 815 y, de no ser posible, enviar consulta formal vía correo electrónico a los referentes distritales de Zika y defectos congénitos para su gestión ante el INS.	Gestora de riesgo de Compensar	Septiembre 22 al 26 de 2025

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO	TELÉFONO	DIRECCIÓN/ OFICINA/	FIRMA
1	Adriana Guaca	amguaca@saludcapital.gov.co	3505962278	VSP-SDS	
2	Ignacio Zarante	izarante@gmail.com	3104763051	SSO-VSP	
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

 <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>					

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)
<p>Si (X)</p> <p>No ()</p>	

Columna1	Columna4	Columna5	Columna6	Columna7
Nombre	Duración de la reunión	Correo electrónico	Id. de participante (UPN)	Rol
Adriana Maritza, Guaca Ruiz	1 h 30 min 15 s	AMGuaca@saludcapital.gov.co	AMGuaca@saludcapital.gov.co	Organizador
Diana Gracia Meza	1 h 30 min 55 s	saludmaternoinfantil@saludcapital.gov.co	saludmaternoinfantil@saludcapital.gov.co	Moderador
Ignacio Manuel Zarante Montoya (Externo)	1 h 13 min 28 s	izarante@javeriana.edu.co	izarante@javeriana.edu.co	Moderador
JENNYPATRICIA USUGAPENA	1 h 29 min 45 s	J.PUSUGAP@compensarsalud.com	J.PUSUGAP@compensarsalud.com	Moderador
MARTZA CATALINA TORRES MUNEVAR	1 h 24 min 8 s	MCTORRESM@consorciosalud.onmicrosoft.com	MCTORRESM@compensarsalud.com	Moderador
Xiomara Fernandez	1 h 28 min 57 s			Moderador
read.ai meeting notes (No comprobado)	1 h 42 min 36 s			Moderador
Santiago Andrade Villamil (Externo)	1 h 27 min 52 s	sa.andrade@javeriana.edu.co	sa.andrade@javeriana.edu.co	Moderador
NELLY ANDREA RIVERA FAJARDO	1 h 26 min 49 s	NARIVERAF@compensarsalud.com	NARIVERAF@compensarsalud.com	Moderador
NIDIA YUTHID ROBAYO GARZON	1 h 26 min 20 s	NYROBAYO@compensarsalud.com	NYROBAYO@compensarsalud.com	Moderador
CLAUDIA YAMILE QUINTERO ROJAS	1 h 25 min 57 s	CYQUINTEROR@compensarsalud.com	CYQUINTEROR@compensarsalud.com	Moderador
Ivonne D. (Idime s.a.) (No comprobado)	1 h 25 min 38 s			Moderador
YESIKA TATIANA HERNANDEZ SANDOVAL	1 h 33 min 58 s	YHERNANDEZS@compensarsalud.com	YHERNANDEZS@compensarsalud.com	Moderador
ANDRES ALAGUNA (No comprobado)	1 h 1 min 20 s			Moderador
MARYELY CASTILLO QUINTERO	1 h 11 min 45 s	MCASTILLOQ@compensarsalud.com	MCASTILLOQ@compensarsalud.com	Moderador