EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES DE HOGAR

PRODUCTOS:
INFORME DE FINAL EN LA GESTIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
CONVENIO 712432720 DE 2024
DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

FECHA (14/10/2025)
Bogotá D.C

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD SUBSECRETARIA DE SERVICIOS DE SALUD Y ASEGURAMIENTO SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL		
	INFORME DE GESTIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		
	Controlado no codificado	Versión:	1
Elaboró: Sindy Julieth Sánchez, Diana Marcela Velandia, Diana Lucia Ulloa, Martha Liliana Tunjo, Diego Fernando Rodríguez, Eduardo Santander, Camilo Rodríguez–Referentes Técnicos Equipos Básicos Extramurales de Hogar, Myriam Paola Torres, Angie Correa Najar, Jose Rodrigo Puentes-Apoyo a la supervisión/ Revisó y aprobó: Johanna Andrea Torres Ruiz – Asesora del Despacho y Marcela Martínez Contreras - Subdirectora de Acciones Colectivas.			

Contenido

1. 1

2. 1

3. 1

4. 1

4.1 PLANEACIÓN TERRITORIAL 1

4.1.1 APROPIACIÓN TERRITORIAL 2

4.1.2 GESTIÓN TERRITORIAL 3

4.1.3 PLANEACIÓN DEL ABORDAJE 4

4.1.3.1 ACCESO 4

4.1.3.2 AGENDAMIENTO 5

4.1.3.2.1 Agendamiento de citas 5

4.1.3.2.2 Seguimiento a las citas agendadas 6

4.1.3.2.3 Gestión de la estrategia de ruteo 6

4.2 GESTIÓN FAMILIAR E INDIVIDUAL 9

4.2.1 ABORDAJE TERRITORIAL Y CARACTERIZACIÓN PARA LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS. 9

4.2.2. EJECUCIÓN DE PLAN DE CUIDADO FAMILIAR E INDIVIDUAL 10

4.2.3. ATENCIÓN DE JORNADAS Y CONTINGENCIAS 19

5. 74

5.1.1 COORDINACIÓN TECNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA 19

5.1.2. CONTRATOS ESTABLECIDOS 22

5.1.3. GESTIÓN AMBIENTAL 22

5.2. DINAMIZACIÓN DE LAS ACCIONES DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES DE HOGAR. 23

5.2.1. GERENCIA DE LA INFORMACIÓN. 23

5.2.2. GESTIÓN Y SEGUIMIENTO A COHORTES DE RIESGO 24

5.2.3 DERIVACIONES Y ACTIVACIÓN DE RUTAS SECTORIALES E INTERSECTORIALES. 25

5.3. APOYO DE LAS ACCIONES DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES DE HOGAR 28

6. 122

7. **¡Error! Marcador no definido.**

1. INTRODUCCIÓN

El presente documento da cuenta de los procesos de planeación desarrollados por el equipo de gestión y operativos de los Equipos Básicos Extramurales de Hogar, con el objetivo de garantizar la ejecución del convenio y el desarrollo de la operación, la información acá descrita da cuenta de la ejecución de acciones del 11 de diciembre al 30 de septiembre del 2025

2. OBJETO

Aunar esfuerzos entre el FFDS y la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, ara realizar actividades de gestión del riesgo individual y colectivo, y de promoción para el cuidado de la salud, en la modalidad extramural de acuerdo con las necesidades y prioridades de la población a nivel individual, familiar y territorial en el Distrito Capital, en concordancia con las normas que regulan el sistema general de seguridad social en salud, el plan territorial en salud y el modelo de atención en salud “MAS Bienestar”

3. ALCANCE

A través de este convenio se aunarán esfuerzos entre el FFDS-SDS y la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E; en cumplimiento del objeto del convenio, las partes se comprometen a aportar los recursos económicos, técnicos y administrativos, de acuerdo con los compromisos de cada entidad, para la implementación de actividades de gestión del riesgo individual y colectivo, y de promoción para el cuidado de la salud, en la modalidad extramural de acuerdo con las necesidades y prioridades de la población a nivel individual, familiar y territorial en el Distrito Capital; de acuerdo con el Plan Territorial de Salud y las metas de los proyectos de inversión, los lineamientos señalados en los Anexos Nº.5 “lineamiento operativo”; Anexo Nº 6 “ Plan Programático y Presupuestal -PPP” y Anexo Nº.7.“Insumos requeridos”; en los cuales se establecen las directrices para la ejecución de las acciones y los productos, documentos que son de obligatorio cumplimiento por parte de la Subred.

4. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS POR PROCESO

4.1 PLANEACIÓN TERRITORIAL

Comentado [1]: GEOGRAFOS

Durante el ejercicio de planeación territorial correspondiente al periodo comprendido entre el 10 de diciembre del 2024 y 30 de septiembre del 2025, se presentaron varios picos en los procesos de contratación del equipo territorial, anteriormente denominados promotores y actualmente gestores. A lo largo de la vigencia, el número de territorios apropiados alcanzó un máximo de 145 de los 200 territorios proyectados, evidenciando un comportamiento fluctuante en la capacidad operativa.

Este comportamiento respondió principalmente a la rotación constante del personal, dado que, aunque ingresaban nuevos gestores, también se registraban renuncias de manera recurrente. En consecuencia, el número de gestores activos se mantuvo variable, con un promedio máximo cercano a 150 y un mínimo aproximado de 119 durante el periodo analizado.

En la Subred Norte se cuenta con un total de 200 territorios delimitados, distribuidos de la siguiente manera: 6 en Barrios Unidos, 7 en Chapinero, 68 en Engativá, 85 en Suba, 7 en Teusaquillo y 27 en Usaquén, dando cobertura a los 407 sectores catastrales. Esta delimitación territorial responde a análisis previos de planeación que buscaron equilibrar la carga de trabajo, estableciendo que cada territorio tuviera un promedio de 5.000 hogares bajo su ámbito de acción.

Sin embargo, es importante señalar que dentro de esta delimitación existen territorios con barreras específicas, como zonas de propiedad horizontal, estratificaciones socioeconómicas altas o dificultades de accesibilidad, lo cual afecta el ritmo de abordaje territorial. Por tal motivo, en aquellos sectores donde se identificaron mayores barreras o limitaciones operativas, se implementó la asignación de gestores provisionales con el fin de mantener la cobertura y asegurar la continuidad en las acciones operativas.

De esta forma, aunque obtuvo la totalidad de 200 gestores previstos, la Subred logró mantener la operatividad y capacidad de respuesta, garantizando la atención oportuna ante la eventual aparición de eventos en salud pública y la cobertura continua de los territorios delimitados.

Tabla 1A. Delimitación territorial

LOCALIDAD	SECTORES CON DELIMITACIÓN	CANTIDAD DE TERRITORIOS POR LOCALIDAD	TOTAL DE MANZANAS DENTRO DE LOS TERRITORIOS
12-BARRIOS UNIDOS	38	6	1.218
02-CHAPINERO	56	7	1.183
10-ENGATIVÁ	81	68	4.241
11-SUBA	120	85	4.829
13-TEUSAQUILLO	33	7	1.026
01-USAQUEN	79	27	2.336
TOTAL	407	200	14.833

Fuente: Base de datos GDB

4.1.1 APROPIACIÓN TERRITORIAL

Durante el periodo comprendido del informe, se registraron cambios en el talento humano asignado en los territorios delimitados, debido a la finalización de contratos de gestores apropiados. Estas vacantes fueron cubiertas mediante la incorporación de nuevo personal o la designación de gestores provisionales, concentrándose la mayoría de novedades en las localidades de Engativá y Suba. Los ajustes se presentaron de manera aleatoria y, en su mayoría, por causas externas a la operación.

Tabla 2A. Apropiación territorial

LOCALIDAD	CON APROPIACIÓN	SIN APROPIACIÓN	%
12-BARRIOS UNIDOS	6	0	0
02-CHAPINERO	7	0	0
10-ENGATIVÁ	68	0	0
11-SUBA	85	0	0
13-TEUSAQUILLO	7	0	0
01-USAQUEN	27	0	0
TOTAL	200	0	0%

Fuente: base de datos Geográfica GDB subred Norte.

Como resultado del ejercicio de apropiación territorial por sector catastral, se logró identificar un total de 21 sectores clasificados como no abordables, tal como se presenta en la tabla 2B. Esta clasificación obedece a que el uso del suelo en dichos sectores no corresponde a fines residenciales, lo que limita la intervención directa del equipo territorial.

Estos sectores están conformados principalmente por parques metropolitanos, riberas de ríos, humedales, centros de convenciones, predios de uso estatal —como instalaciones militares— y, en algunos casos, zonas de reserva ambiental. Si bien actualmente no registran población residente, su seguimiento es fundamental dentro del componente geográfico, ya que varios de estos espacios presentan predios urbanizados no edificados, los cuales podrían experimentar transformaciones futuras.

Esta condición sugiere una alta probabilidad de cambio en la dinámica territorial, especialmente hacia procesos de densificación urbana, desarrollos en propiedad horizontal o posibles asentamientos informales, lo que hace necesario mantener un monitoreo permanente y una planificación anticipada para garantizar una respuesta oportuna ante eventuales modificaciones en el uso del suelo.

Tabla 2B. Sectores catastrales sin actividad residencial

LOCALIDAD	CÓDIGO DE SECTOR CATASTRAL	NOMBRE DE SECTOR CATASTRAL	FECHA	TOTAL, DE MANZANAS DE SECTORES CATASTRALES SIN POBLACION.
BARRIOS UNIDOS	005112	PARQUE DISTRITAL SALITRE	29/05/2025	2
	005115	PARQUE POPULAR SALITRE		
CHAPINERO	008319	EL BAGAZAL	29/05/2025	1
ENGATIVA	005662	EL CEDRO	29/05/2025	3
	005664	EL DORADO		
	106201	EL PANTANO		
	106301	ENGATIVA EL DORADO		
SUBA	009138	CASABLANCA SUBA URBANO I	29/05/2025	7
	009246	DELMONTE		
	009247	IRAGUA		
	009134	SAN JOSE V SECTOR		
	009268	SANTA CECILIA DE SUBA I		
	207801	SANTA CECILIA		
TEUSAQUILLO	005114	CAMPO EUCARISTICO	29/05/2025	10

	005109	CENTRO ADMINISTRATIVO OCC.		
	005108	CIUDAD UNIVERSITARIA		
USAQUÉN	008409	ESCUELA DE CABALLERÍA I	29/05/2025	21
	008419	ESCUELA DE CABALLERÍA II		
	008410	ESCUELA DE INFANTERÍA		
	008424	SEGUNDO CONTADOR		
	008539	TORCA I		

Fuente: Base de datos GDB Norte.

Adicionalmente, se anexa la siguiente tabla que detalla los sectores catastrales donde no se evidenció efectividad en el abordaje territorial (67 sectores catastrales), tanto durante el periodo comprendido entre diciembre y mayo, en el cual se desarrolló el proceso de abordaje por manzana según la delimitación asignada a cada gestor, como en el periodo de junio a septiembre, cuando se ejecutaron las jornadas por toma de sector catastral.

Este ejercicio tuvo como propósito principal la visibilización y fortalecimiento del modelo territorial de salud, permitiendo identificar los sectores con menor nivel de cobertura o con condiciones particulares que dificultaron la intervención, información clave para la planificación y mejora continua del proceso de gestión territorial.

Tabla 2C. Sectores catastrales sin efectividad.

LOCALIDAD	CÓDIGO SECTOR	NOMBRE SECTOR
BARRIOS UNIDOS	005115	PARQUE POPULAR SALITRE
BARRIOS UNIDOS	005112	PARQUE DISTRITAL SALITRE
CHAPINERO	008319	EL BAGAZAL
CHAPINERO	201108	EL REFUGIO II
CHAPINERO	008302	SEMINARIO
CHAPINERO	008312	ESPARTILLAL
CHAPINERO	008311	EL NOGAL
CHAPINERO	108108	PARAMO II
CHAPINERO	208110	SAN LUIS ALTOS DEL CABO
CHAPINERO	201105	EL REFUGIO I
CHAPINERO	008215	INGEMAR
CHAPINERO	101502	SIBERIA
CHAPINERO	008305	BELLAVISTA
CHAPINERO	108109	PÁRAMO I
CHAPINERO	008304	LOS ROSALES
CHAPINERO	101101	EL BAGAZAL
CHAPINERO	208104	PARAMO URBANO
CHAPINERO	101110	PARAMO I RURAL
CHAPINERO	208127	PÁRAMO RURAL V
CHAPINERO	201508	PARDO RUBIO I
CHAPINERO	208111	SAN ISIDRO
ENGATIVA	005664	EL DORADO
ENGATIVA	106301	ENGATIVA EL DORADO
ENGATIVA	106201	EL PANTANO
SUBA	009112	NIZA SUBA
SUBA	009238	SANTA TERESA DE SUBA
SUBA	009139	CASABLANCA SUBA URBANO II
SUBA	009260	ALTOS DE SUBA
SUBA	009246	DELMONTE
SUBA	009138	CASABLANCA SUBA URBANO I
SUBA	009140	NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO
SUBA	009247	IRAGUA
SUBA	009141	LA CANDELARIA
SUBA	009215	CASABLANCA SUBA

SUBA	009239	LAS MERCEDES SUBA
SUBA	009142	CONEJERA
SUBA	009261	TUNA
SUBA	009136	CASABLANCA SUBA URBANO
SUBA	107111	CASABLANCA SUBA II
SUBA	009268	SANTA CECILIA DE SUBA I
SUBA	107110	CASABLANCA SUBA I
SUBA	107102	CASABLANCA SUBA
SUBA	207801	SANTA CECILIA
TEUSAQUILLO	005107	ACEVEDO TEJADA
TEUSAQUILLO	005108	CIUDAD UNIVERSITARIA
TEUSAQUILLO	005114	CAMPO EUCARISTICO
USAQUÉN	008416	MOLINOS NORTE
USAQUÉN	008419	ESCUELA DE CABALLERÍA II
USAQUÉN	108113	BOSQUE DE PINOS III RURAL
USAQUÉN	008547	LA ESTRELLITA III
USAQUÉN	008536	BOSQUE DE PINOS I
USAQUÉN	108114	PÁRAMO III RURAL
USAQUÉN	008407	USAQUÉN
USAQUÉN	008509	LOS CEDROS ORIENTAL
USAQUÉN	008408	SANTA ANA
USAQUÉN	008424	SEGUNDO CONTADOR
USAQUÉN	108112	PARAMO II RURAL
USAQUÉN	008402	COUNTRY CLUB
USAQUÉN	208103	BARRANCAS ORIENTAL
USAQUÉN	208128	TORCA II
USAQUÉN	008426	SAN GABRIEL NORTE II
USAQUÉN	008539	TORCA I
USAQUÉN	008545	MIRADOR DEL NORTE
USAQUÉN	208129	LAS DELICIAS DEL CARMEN II SECTOR
USAQUÉN	108101	TORCA RURAL I
USAQUÉN	108102	TIBABITA RURAL
USAQUÉN	108110	TORCA RURAL II

Fuente: Archivo plano Gtaps.

4.1.2 GESTIÓN TERRITORIAL

Como parte fundamental del proceso de gestión territorial se debe realizar el reporte de las asignaciones realizadas y el estado de gestión de estas durante toda la vigencia del convenio.

Al reportar las asignaciones realizadas y su estado, se establece un marco de control que permite medir el cumplimiento de los objetivos en tiempo real. Esto resulta esencial para los equipos básicos extramurales, cuya labor requiere ajustarse dinámicamente a las necesidades cambiantes de la población.

La centralización de datos en la GDB proporciona información precisa para planificar mejor los recursos y ajustar las estrategias, especialmente en casos donde las necesidades en salud son apremiantes, o en donde los territorios cuentan con características, socioeconómicas que afectan o benefician las acciones de los equipos básicos de salud territorial, siendo así como la gestión territorial impacta en la planificación de las operaciones que se realizan en el territorio.

El presente informe consolida los resultados del proceso de gestión territorial y abordaje por manzana desarrollado en el marco de las acciones de planeación y gestión territorial. Se presentan los avances obtenidos entre los períodos 10 de diciembre de 2024 al 31 de mayo de 2025 y 1 de junio al 30 de septiembre de 2025, comparando los progresos alcanzados por localidad y la evolución del cubrimiento territorial.

Durante el primer periodo (diciembre 2024 – mayo 2025), se identificaron 14.833 manzanas con delimitación, de las cuales se abordaron 1.408 (9,49%), con un total de avance general del 28,99% al integrar las manzanas con barrera (19,5%). Las localidades con mayor avance relativo fueron:

- Engativá (20,89%) y Barrios Unidos (20,06%), que concentraron los mayores esfuerzos de intervención y cobertura.
- Suba (11,19%) presentó un avance moderado, mientras que Usaquén (2,05%), Teusaquillo (8,86%) y Chapinero (5,15%) mostraron coberturas iniciales más bajas, asociadas a condiciones de densidad, barreras urbanas o menor número de jornadas en el periodo.

Tabla 3.1 Gestión territorial periodo 10 diciembre 2024 - 31 mayo 2025

LOCALIDAD	MANZANAS CON DELIMITACIÓN	MANZANAS ABORDADAS	%	MANZANAS CON BARRERA	%	% Total de avance
12-BARRIOS UNIDOS	1.218	159	13.05%	114	7.01%	20.06%
02-CHAPINERO	1.183	56	4.73%	5	0,42%	5.15%
10-ENGATIVÁ	4.241	636	15%	250	5.89%	20.89%
11-SUBA	4.829	471	9.75%	70	1.44%	11.19%
13-TEUSAQUILLO	1.026	38	3.70%	9	5.16%	8.86%
01-USAQUEN	2.336	48	2.05%	0	0	2.05%
TOTAL	14.833	1408	9.49%	443	19.5%	28.99%

Fuente: Archivo control interno componente geográfico, asignación de manzanas por territorio.

En el segundo periodo se evidenció un incremento significativo en la cobertura territorial, alcanzando un 59,19% de manzanas abordadas, lo que representa un avance total del 78,69% en la gestión territorial acumulada. Los principales resultados por localidad fueron:

- Engativá alcanzó el mayor nivel de cobertura con 80,41% de manzanas abordadas, consolidándose como la zona con mayor progreso (86,3% total).
- Barrios Unidos logró un 73,07% de abordaje (80,08% total), evidenciando una mejora sustancial respecto al periodo anterior.
- Suba avanzó hasta un 64,94% de cobertura, con un progreso acumulado del 66,38%.
- Chapinero (35%), Usaquén (31,64%) y Teusaquillo (18,62%) presentan niveles intermedios de avance, aunque con tendencia positiva frente al semestre anterior.

Tabla 3.2 Gestión territorial periodo 1 junio 2025 - 30 septiembre 2025

LOCALIDAD	MANZANAS CON DELIMITACIÓN	MANZANAS ABORDADAS	%	MANZANAS CON BARRERA	%	% Total de avance
12-BARRIOS UNIDOS	1.218	890	73.07%	114	7.01%	80.08%
02-CHAPINERO	1.183	414	35%	5	0,42%	35.42%
10-ENGATIVÁ	4.241	3410	80,41%	250	5.89%	86.3%
11-SUBA	4.829	3136	64.94%	70	1.44%	66.38%
13-TEUSAQUILLO	1.026	191	18.62%	9	5.16%	23.78%
01-USAQUEN	2.336	739	31.64%	0	0	31.64%
TOTAL	14.833	8780	59.19%	443	19.5%	78.69%

Fuente: Archivo control jornadas por sector catastral.

En conclusión, entre los dos periodos se observa una expansión de la cobertura territorial de 9,49% a 59,19%, lo que representa un incremento de 49,7 puntos porcentuales en el abordaje efectivo. Este crecimiento refleja las estrategias de visibilización que se realizaron a través de las tomas por sector catastral, la importancia de realizar articulación con los diferentes entornos y oferta de servicios, como también, el reflejo positivo de la planeación territorial y los equipos de avanzada.

4.1.3 PLANEACIÓN DEL ABORDAJE

En el marco de la planeación territorial para el periodo comprendido entre diciembre de 2024 y septiembre de 2025, se implementaron dos metodologías de abordaje: el abordaje regular o casa a casa y el abordaje territorial por tomas en sectores catastrales.

La primera metodología se aplicó durante el periodo comprendido entre diciembre de 2024 y junio de 2025. Esta estrategia estuvo fundamentada en la delimitación territorial (200 territorios), con promotores adscritos a cada uno de ellos según la disponibilidad de talento humano. A través de archivos de control, se asignaron las manzanas correspondientes a cada territorio, siguiendo un recorrido en forma de zigzag o serpenteo, garantizando un abordaje completo, secuencial y organizado que permitiera llegar al 100% de los hogares.

Durante este periodo se abordaron un total de 1.408 manzanas, distribuidas de la siguiente manera: Barrios Unidos (159), Chapinero (56), Engativá (635), Suba (471), Teusaquillo (38) y Usaquén (48).

Si bien esta dinámica permitió un avance significativo en términos de cobertura territorial, las barreras socio-morfológicas, aunadas al desconocimiento del modelo por parte de la comunidad, se constituyeron en limitantes para el desarrollo del abordaje principalmente en aquellos territorios ubicados en los sectores catastrales que se relacionan a continuación:

LOCALIDAD	CÓDIGO DE SECTOR	NOMBRE DE SECTOR
ENGATIVA	005650	CIUDADELA COLSUBSIDIO
ENGATIVA	005606	NORMANDIA OCCIDENTAL
TEUSAQUILLO	007101	LA SOLEDAD
TEUSAQUILLO	006217	CIUDAD SALITRE SUR-ORIENTAL
TEUSAQUILLO	007202	SAN LUIS
SUBA	009245	PINOS DE LOMBARDIA
SUBA	009242	TUNA BAJA
SUBA	009222	ALTOS DE CHOZICA
SUBA	009135	PORTALES DEL NORTE
SUBA	009103	CANTAGALLO
SUBA	009128	EL PLAN
SUBA	009110	MAZUREN
SUBA	009106	SAN JOSE DEL PRADO
SUBA	009118	BATAN
SUBA	009111	MONACO
SUBA	009125	PASADENA
SUBA	009121	CLUB DE LOS LAGARTOS
SUBA	009248	TIBABUYES II
SUBA	009112	NIZA SUBA

SUBA	009249	VEREDA SUBA NARANJOS
SUBA	009215	CASABLANCA SUBA
SUBA	009113	SAN JOSE DE BAVARIA
USAQUEN	008519	ESTRELLA DEL NORTE
USAQUEN	008406	SAN GABRIEL NORTE
USAQUEN	008408	SANTA ANA
USAQUEN	008412	SANTA BIBIANA
USAQUEN	008418	SAN PATRICIO
USAQUEN	008417	SANTA BARBARA OCCIDENTAL
USAQUEN	008415	SANTA BARBARA CENTRAL
USAQUEN	008401	LA CALLEJA
USAQUEN	008512	CEDRITOS
USAQUEN	008515	LOS CEDROS
USAQUEN	008518	CAOBOS SALAZAR
USAQUEN	008539	TORCA I
CHAPINERO	008201	QUINTA CAMACHO
CHAPINERO	008212	MARLY
CHAPINERO	008204	GRANADA
CHAPINERO	008308	EL CHICO

4.1.3.1 ACCESO

Comentado [DB2]: ok

Durante la vigencia se llevó a cabo la gestión, seguimiento y monitoreo de las actividades relacionadas con la admisión, el acceso y el agendamiento, desarrolladas por el Grupo de Acceso en el marco de la implementación de los planes de cuidado individual.

Se fortaleció el contacto y la articulación con las EPS para la autorización de atenciones individuales, de acuerdo con las frecuencias de uso establecidas en la Resolución 3280 de 2018 y el nivel de riesgo identificado para cada usuario. Asimismo, se mantuvo coordinación permanente con el técnico encargado del proceso de admisión en el aplicativo, con el fin de brindar retroalimentación continua a los profesionales y asegurar el adecuado registro de los datos en el sistema. Durante la vigencia registraron un total de 8201 admisiones, distribuidas así por mes:

Tabla 4. Admisiones

ADMISIONES POR MES	CANTIDAD
DICIEMBRE 2024	245
ENERO	596
FEBRERO	841
MARZO	1215
ABRIL	649
MAYO	474
JUNIO	1146
JULIO	878
AGOSTO	893
SEPTIEMBRE	1264
Total	**8201**

Fuente: Aplicativo GTAPS módulo de Admisiones

Durante el periodo comprendido entre diciembre de 2024 y septiembre de 2025 se registró un total de 8.201 admisiones, con un comportamiento variable a lo largo de los meses. En diciembre de 2024 se observó el valor más bajo del periodo, con 245 admisiones, cifra que aumentó progresivamente en los primeros meses del año siguiente, alcanzando un primer pico en marzo con 1.215 admisiones.

Posteriormente, en abril y mayo se evidenció una disminución significativa, con 649 y 474 admisiones respectivamente, lo que representa el periodo de menor actividad dentro de 2025. Sin embargo, a partir de junio se presentó una recuperación importante, con 1.146 admisiones, manteniéndose cifras altas durante los meses siguientes.

Finalmente, en septiembre se alcanzó el valor más alto del periodo, con 1.264 admisiones, consolidando una tendencia de crecimiento hacia el cierre del tercer trimestre del año. En general, los datos reflejan una dinámica ascendente en el número de admisiones, con picos notables en marzo, junio y septiembre, que fueron los periodos donde más se registraron atenciones.

Las finalidades de consulta identificadas son:

Tabla 4.1 Admisiones por finalidad de consulta

Finalidad Consulta por mes	Cantidad Mes
ENERO	**596**
Consulta Psicología 1 vez	2
Crónico resolutivo	205
Detección de alteración de la vejez	351
Detección de alteraciones del adulto	13
Detección de alteraciones del crecimiento y desarrollo	22
Detección de alteraciones del embarazo	3
FEBRERO	**841**
Atención del recién nacido	1
Atención en planificación familiar	2
Consulta Psicología (2 Sesión)	19
Consulta Psicología (3 Sesión)	6
Consulta Psicología 1 vez	32
Crónico resolutivo	25
Detección de alteración de la vejez	557
Detección de alteración del joven	10
Detección de alteraciones de la adolescencia	6
Detección de alteraciones del adulto	136
Detección de alteraciones del crecimiento y desarrollo	29
Detección de alteraciones del embarazo	5
Resolutiva Enfermedad General	13
MARZO	**1215**
Atención del parto (puerperio)	2
Atención en planificación familiar	1
Consulta Psicología (2 Sesión)	36
Consulta Psicología (3 Sesión)	28
Consulta Psicología (4 Sesión)	16
Consulta Psicología (5 Sesión)	11
Consulta Psicología (6 Sesión)	6
Consulta Psicología (Sesión Final)	5
Consulta Psicología 1 vez	35
Crónico resolutivo	26
Detección de alteración de la vejez	491
Detección de alteración del joven	20

Detección de alteraciones de la adolescencia	10
Detección de alteraciones del adulto	472
Detección de alteraciones del crecimiento y desarrollo	23
Detección de alteraciones del embarazo	2
Detección de enfermedad profesional	1
Resolutiva Enfermedad General	30
ABRIL	**649**
Atención del parto (puerperio)	2
Consulta Psicología (2 Sesión)	21
Consulta Psicología (3 Sesión)	28
Consulta Psicología (4 Sesión)	19
Consulta Psicología (5 Sesión)	13
Consulta Psicología (6 Sesión)	9
Consulta Psicología (7 Sesión)	1
Consulta Psicología (Sesión Final)	29
Consulta Psicología 1 vez	15
Crónico resolutivo	40
Detección de alteración de la vejez	133
Detección de alteración del joven	234
Detección de alteraciones de la adolescencia	16
Detección de alteraciones del adulto	17
Detección de alteraciones del crecimiento y desarrollo	23
Resolutiva Enfermedad General	49
MAYO	**474**
Consulta Psicología (2 Sesión)	21
Consulta Psicología (3 Sesión)	23
Consulta Psicología (4 Sesión)	19
Consulta Psicología (5 Sesión)	7
Consulta Psicología (6 Sesión)	5
Consulta Psicología (Sesión Final)	21
Consulta Psicología 1 vez	26
Crónico resolutivo	69
Detección de alteración de la vejez	57
Detección de alteración del joven	40
Detección de alteraciones de la adolescencia	9
Detección de alteraciones del adulto	142
Detección de alteraciones del crecimiento y desarrollo	30
Detección de alteraciones del embarazo	1
Resolutiva Enfermedad General	4
JUNIO	**1146**
Atención en planificación familiar	14

Consulta Psicología (2 Sesión)	45
Consulta Psicología (3 Sesión)	41
Consulta Psicología (4 Sesión)	21
Consulta Psicología (5 Sesión)	12
Consulta Psicología (6 Sesión)	6
Consulta Psicología (Sesión Final)	28
Consulta Psicología 1 vez	79
Crónico resolutivo	5
Detección de alteración de la vejez	386
Detección de alteración del joven	47
Detección de alteraciones de la adolescencia	22
Detección de alteraciones del adulto	358
Detección de alteraciones del crecimiento y desarrollo	36
Detección de alteraciones del embarazo	24
Resolutiva Enfermedad General	22
JULIO	**878**
Atención en planificación familiar	19
Atención para el cuidado preconcepcional	1
Consulta Psicología (2 Sesión)	42
Consulta Psicología (3 Sesión)	38
Consulta Psicología (4 Sesión)	33
Consulta Psicología (5 Sesión)	12
Consulta Psicología (6 Sesión)	3
Consulta Psicología (Sesión Final)	42
Consulta Psicología 1 vez	41
Crónico resolutivo	3
Detección de alteración de la vejez	126
Detección de alteración del joven	49
Detección de alteraciones de la adolescencia	6
Detección de alteraciones del adulto	142
Detección de alteraciones del crecimiento y desarrollo	87
Detección de alteraciones del embarazo	19
Inyección Penicilina	4
Resolutiva Enfermedad General	211
AGOSTO	**893**
Atención en planificación familiar	22
Consulta Psicología (2 Sesión)	32
Consulta Psicología (3 Sesión)	32
Consulta Psicología (4 Sesión)	30
Consulta Psicología (5 Sesión)	27
Consulta Psicología (6 Sesión)	6

Consulta Psicología (Sesión Final)	33
Consulta Psicología 1 vez	29
Crónico resolutivo	5
Detección de alteración de la vejez	20
Detección de alteración del joven	64
Detección de alteraciones de la adolescencia	17
Detección de alteraciones del adulto	298
Detección de alteraciones del crecimiento y desarrollo	53
Detección de alteraciones del embarazo	11
Inyección Penicilina	2
Resolutiva Enfermedad General	212
SEPTIEMBRE	**1264**
Atención del recién nacido	1
Atención en planificación familiar	24
Consulta Psicología (2 Sesión)	18
Consulta Psicología (3 Sesión)	23
Consulta Psicología (4 Sesión)	17
Consulta Psicología (5 Sesión)	20
Consulta Psicología (6 Sesión)	18
Consulta Psicología (Sesión Final)	26
Consulta Psicología 1 vez	19
Crónico resolutivo	6
Detección de alteración de la vejez	155
Detección de alteración del joven	11
Detección de alteraciones de la adolescencia	5
Detección de alteraciones del adulto	292
Detección de alteraciones del crecimiento y desarrollo	90
Detección de alteraciones del embarazo	17
Detección por enfermería profesional	22
Inyección Penicilina	12
Resolutiva Enfermedad General	488
Detección de alteración de la vejez	366
DICIEMBRE 2024	**245**
Consulta Psicología 1 vez	4
Crónico resolutivo	4
Detección de alteración de la vejez	168
Detección de alteraciones del adulto	16
Detección de alteraciones del crecimiento y desarrollo	50
Detección de alteraciones del embarazo	2
Resolutiva Enfermedad General	1
Total General	**8201**

Fuente: Aplicativo GTAPS módulo de Admisiones

Durante el periodo comprendido entre diciembre de 2024 y septiembre de 2025, se registró un total de 8.201 consultas, con una distribución variable según la finalidad de atención y el mes analizado.

En diciembre de 2024, se presentaron 245 atenciones, principalmente relacionadas con la detección de alteraciones de la vejez (168 casos) y el crecimiento y desarrollo (50 casos), lo cual sugiere un enfoque en el seguimiento de población priorizada.

A partir de enero de 2025 se observó un incremento gradual, con 596 consultas, destacándose las relacionadas con crónico resolutivo (205) y detección de alteraciones de la vejez (351). En febrero, las atenciones aumentaron a 841, con un predominio marcado en la detección de alteración de la vejez (557) y del adulto (136), complementadas por diversas sesiones de psicología.

El mes de marzo representó uno de los picos más altos del periodo, con 1.215 consultas, impulsadas por el incremento en detección de alteraciones del adulto (472) y de la vejez (491), además de un número importante de consultas psicológicas en diferentes sesiones, reflejando una intensificación en la atención integral.

En abril y mayo se evidenció una reducción de la demanda, con 649 y 474 consultas respectivamente. Sin embargo, durante estos meses se mantuvo una alta participación de las consultas psicológicas y de detección de alteraciones del joven y del adulto, lo que sugiere continuidad en los procesos de atención psicosocial y preventiva.

A partir de junio, se registró una recuperación significativa con 1.146 consultas, destacando nuevamente la detección de alteraciones del adulto (358) y de la vejez (386), junto con un número elevado de consultas psicológicas y casos de planificación familiar.

En los meses de julio (878) y agosto (893), las cifras se mantuvieron estables, con un equilibrio entre la atención psicológica, las consultas resolutivas por enfermedad general y las detecciones en salud del adulto.

Finalmente, septiembre cerró el periodo con el número más alto de consultas (1.264), impulsadas principalmente por la resolutiva en enfermedad general (488), la detección de alteraciones del adulto (292) y del crecimiento y desarrollo (90), además de una amplia variedad de finalidades en psicología, planificación familiar y detección de enfermería profesional.

Tabla 4.2 Admisiones por EAPB

Admisión por EAPB	Cantidad mes
ENERO	**596**
CAPITAL SALUD EPSS	593
FAMISANAR EPS LTDA., CAFAM - COLSUBSIDIO	2

NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	1
FEBRERO	**841**
ALIANSALUD EPS S.A.	5
CAPITAL SALUD EPSS	781
COMPENSAR E.P.S.	8
FAMISANAR EPS LTDA., CAFAM - COLSUBSIDIO	13
NO ASEGURADO	2
NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	13
OTRO	4
SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	7
SANIDAD SECCIONAL BOGOTÁ-CUNDINAMARCA POLICIA NACIONAL	2
SANITAS S.A. E.P.S.	5
SURA EPS	1
MARZO	**1215**
ALIANSALUD EPS S.A.	5
CAPITAL SALUD EPSS	945
COMPENSAR E.P.S.	48
COOSALUD	4
FAMISANAR EPS LTDA., CAFAM - COLSUBSIDIO	81
MALLAMAS EPS-(INDIGENA)	2
NO ASEGURADO	3
NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	71
SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	22
SANIDAD MILITAR	4
SANIDAD SECCIONAL BOGOTÁ-CUNDINAMARCA POLICIA NACIONAL	5
SANITAS S.A. E.P.S.	20
SURA EPS	5
ABRIL	**649**
ALIANSALUD EPS S.A.	1
CAPITAL SALUD EPSS	371
COMPENSAR E.P.S.	39
FAMISANAR EPS LTDA., CAFAM - COLSUBSIDIO	45
MALLAMAS EPS-(INDIGENA)	2
NO ASEGURADO	39
NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	53
OTRO	18
SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	41
SANIDAD SECCIONAL BOGOTÁ-CUNDINAMARCA POLICIA NACIONAL	2
SANITAS S.A. E.P.S.	33
SURA EPS	5
MAYO	**474**

ALIANSALUD EPS S.A.	4
CAPITAL SALUD EPSS	208
COMPENSAR E.P.S.	21
FAMISANAR EPS LTDA., CAFAM - COLSUBSIDIO	44
NO ASEGURADO	53
NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	58
OTRO	13
SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	15
SANIDAD SECCIONAL BOGOTÁ-CUNDINAMARCA POLICIA NACIONAL	2
SANITAS S.A. E.P.S.	56
JUNIO	**1146**
ALIANSALUD EPS S.A.	6
CAPITAL SALUD EPSS	597
COMPENSAR E.P.S.	43
COOMEVA E.P.S. S.A.	2
COOSALUD	2
FAMISANAR EPS LTDA., CAFAM - COLSUBSIDIO	59
NO ASEGURADO	204
NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	111
OTRO	27
SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	20
SANIDAD SECCIONAL BOGOTÁ-CUNDINAMARCA POLICIA NACIONAL	12
SANITAS S.A. E.P.S.	58
SURA EPS	5
JULIO	**878**
ALIANSALUD EPS S.A.	1
CAPITAL SALUD EPSS	372
COMPENSAR E.P.S.	74
COOSALUD	1
FAMISANAR EPS LTDA., CAFAM - COLSUBSIDIO	46
NO ASEGURADO	189
NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	32
OTRO	26
SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	10
SANIDAD SECCIONAL BOGOTÁ-CUNDINAMARCA POLICIA NACIONAL	6
SANITAS S.A. E.P.S.	110
SURA EPS	11
AGOSTO	**893**
CAPITAL SALUD EPSS	275
COMPENSAR E.P.S.	60
COOSALUD	6

FAMISANAR EPS LTDA., CAFAM - COLSUBSIDIO	108
NO ASEGURADO	188
NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	90
OTRO	31
SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	21
SANIDAD MILITAR	3
SANIDAD SECCIONAL BOGOTÁ-CUNDINAMARCA POLICIA NACIONAL	2
SANITAS S.A. E.P.S.	105
SURA EPS	4
SEPTIEMBRE	**1264**
ALIANSALUD EPS S.A.	4
CAPITAL SALUD EPSS	591
COMPENSAR E.P.S.	36
COOSALUD	6
FAMISANAR EPS LTDA., CAFAM - COLSUBSIDIO	46
MALLAMAS EPS-(INDIGENA)	3
NO ASEGURADO	155
NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	182
OTRO	137
SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	32
SANIDAD MILITAR	3
SANITAS S.A. E.P.S.	63
SURA EPS	6
DICIEMBRE 2024	**245**
CAPITAL SALUD EPSS	242
NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	1
SANITAS S.A. E.P.S.	2
Total General	**8201**

Fuente: Aplicativo GTAPS módulo de Admisiones

De las 8.201 admisiones registradas, se distribuyeron entre diferentes Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB). El comportamiento mensual muestra variaciones significativas, con una tendencia de incremento hacia el tercer trimestre del año.

En diciembre de 2024 se contabilizaron 245 atenciones, concentradas principalmente en Capital Salud EPS, que aportó el 99% de las admisiones.

Para enero de 2025, las admisiones ascendieron a 596, donde nuevamente Capital Salud EPS representó la mayor proporción (593 casos), evidenciando su papel predominante en la cobertura de la población atendida.

En febrero, con 841 registros, se observó una ligera diversificación: aunque Capital Salud EPS mantuvo la mayoría (781 admisiones), otras entidades como Famisanar EPS (13) y Nueva EPS (13) también presentaron participación. Este mes destaca además la atención a usuarios no asegurados y de Salud Total EPS, lo que sugiere un incremento en la atención de casos fuera de convenios regulares.

El mes de marzo presentó un aumento significativo, alcanzando 1.215 admisiones, de las cuales 945 correspondieron a Capital Salud EPS. En menor medida participaron Compensar EPS (48), Famisanar (81), Nueva EPS (71) y otras entidades, manteniéndose una alta concentración en la población afiliada a la red pública.

Durante abril (649) y mayo (474) se evidenció una reducción en las cifras, aunque Capital Salud EPS continuó liderando la atención con 371 y 208 admisiones, respectivamente. En este periodo se registró la atención de usuarios no asegurados y de Nueva EPS, reflejando continuidad en la cobertura asistencial.

A partir de junio, con 1.146 admisiones, se observó un repunte importante, siendo Capital Salud EPS nuevamente la entidad con mayor número de atenciones (597 casos), seguida por Nueva EPS (111) y Sanitas EPS (58). También se incluyó atención a población no asegurada (204), aspecto que muestra un esfuerzo institucional por garantizar acceso al servicio.

En julio (878) y agosto (893) se mantuvo una tendencia estable. En estos meses, Capital Salud EPS concentró entre el 40% y 45% de las admisiones, mientras que Nueva EPS, Compensar, Famisanar y Sanitas mantuvieron una participación constante.

Finalmente, septiembre alcanzó el número más alto del periodo con 1.264 admisiones, de las cuales 591 correspondieron a Capital Salud EPS, seguida por Nueva EPS (182), Sanitas EPS (63) y otras entidades como Salud Total EPS (32) y Sanidad Militar (3). Este comportamiento refleja una intensificación de la gestión de atenciones en el cierre del trimestre.

4.1.3.2 AGENDAMIENTO

Durante el periodo de seguimiento, el proceso de agendamiento se ha orientado al fortalecimiento del grupo de acceso, priorizando la verificación de la pertinencia del servicio de salud al que se direcciona cada usuario, de acuerdo con la identificación de riesgos realizada por los equipos territoriales y conforme a las Rutas de Promoción y Mantenimiento de la Salud. Este proceso inicia con la orientación al usuario, continúa con la solicitud de la cita y culmina con la recordación y verificación del cumplimiento, lo que permite identificar los casos de no asistencia y realizar el seguimiento correspondiente para garantizar la atención oportuna.

Gracias al modelo en salud “Más Bienestar”, se ha logrado avanzar en el acercamiento de los usuarios a los puntos de atención y en la adherencia a las rutas integrales de atención en salud, especialmente en aquellos casos en los que los usuarios no asistían a controles médicos según su

patología. Estas acciones han contribuido a disminuir riesgos en salud y promover el bienestar integral de las familias caracterizadas.

No obstante, se identificó un alto número de usuarios pendientes por agendar cita, situación asociada principalmente a la inoportunidad en la agenda. Frente a ello, el grupo de acceso gestionó la apertura de nuevos cupos, aunque persisten casos en los que los usuarios no aceptan la cita por falta de tiempo, cambio de domicilio o motivos personales.

El agendamiento se ha desarrollado conforme a la disponibilidad de la agenda de la Subred y según las necesidades identificadas por los Equipos en territorio. Esto incluye la programación de consultas de las rutas de promoción y mantenimiento, atenciones resolutivas, especialidades y procedimientos con órdenes pendientes.

A partir del 22 de abril, se implementó un cambio en la metodología de solicitud de citas para la población capitada en la subred: el proceso pasó de realizarse mediante un enlace institucional a gestionarse directamente en el aplicativo GTAPS, en los módulos de Frecuencia y Agendamiento. Para facilitar la transición, se realizaron inducciones, capacitaciones y entrega de material de apoyo, incluyendo videos y folletos explicativos. Sin embargo, se evidenciaron dificultades en la apropiación del proceso por parte de algunos gestores y profesionales, reflejadas en solicitudes erróneas o incompletas.

Entre las principales falencias identificadas se encontraron solicitudes dirigidas a población no capitada en la subred, migrantes irregulares, afiliados sin documento válido o sin afiliación activa, y solicitudes de especialidad sin orden médica. Estas situaciones afectaron la efectividad del agendamiento, ya que dichos casos no pueden gestionarse en el aplicativo, quedando como pendientes. Asimismo, se recomienda para la próxima vigencia incluir desplegables en el módulo de agendamiento y plano se servicio solicitado, ya estos fueron referidos al referente a cargo.

Se estableció un mecanismo de articulación con las profesionales de apoyo para reportar los casos inadecuados y hacer seguimiento, con el objetivo de mejorar la calidad de las solicitudes. Además, se redefinió el procedimiento de registro de la frecuencia de uso: inicialmente se realizaba antes de contactar al usuario, pero tras la reunión de claridades se acordó verificar primero la afiliación en ADRES y Comprobador de derechos, así como la existencia de órdenes médicas en el aplicativo Dinámica, evitando registrar frecuencias innecesarias y solicitudes sin criterio. Se recomendó incluir un ítem de “No cumple criterio” para cerrar adecuadamente estos casos en el sistema.

Durante los meses de agosto y septiembre, se fortaleció el trabajo conjunto entre gestores, profesionales y el grupo de acceso en torno al agendamiento de población capitada y citas tipo 4. Se llevaron a cabo inducciones y capacitaciones a gestores nuevos, profesionales y digitadores; el líder de acceso se centró en la verificación de actividades, uso de cuadros de seguimiento de metas y diligenciamiento adecuado de las bases de agendamiento. También se realizaron reuniones de retroalimentación con profesionales de apoyo orientadas al fortalecimiento del proceso.

Como parte del control operativo, se enviaron alertas a las profesionales de apoyo sobre agendamientos inadecuados, logrando identificar casos no efectivos, siendo las causas más

frecuentes la de usuarios no capitados en la subred, el rechazo del servicio y falta de orden médica, reflejando que los principales obstáculos son de tipo administrativo y de aceptación del servicio. Otros factores, como duplicidad de agenda, frecuencia no correspondiente, gestión personal del usuario o imposibilidad de ubicación, aunque menos frecuentes, también incidieron en la efectividad del proceso.

El grupo de acceso avanzó en el registro oportuno de las citas tipo 4 en el aplicativo, cumpliendo con los lineamientos establecidos, y gestionó en territorio los casos sin agendamiento, siempre que el usuario aceptará la atención. Sin embargo, se identificaron barreras persistentes, como negativa del usuario, rechazo del horario o lugar asignado, desconfianza frente al proceso, falta de afiliación activa o situación migratoria irregular.

Como estrategias de mejora, se mantuvo la retroalimentación constante a los equipos, la verificación diaria de citas, la recordación oportuna, y la revisión semanal de asistencia y frecuencias no realizadas, para detectar posibles casos de no efectividad. Asimismo, se fortaleció la articulación con el área de agendamiento de la SISS y con las EPS para la autorización de atenciones individuales de usuarios tipo 4 no asistentes. Finalmente, se dio la implementación y continuidad a la línea de WhatsApp institucional, que permitió gestionar solicitudes de citas en tiempo real cuando no hay respuesta por los canales formales de las EPS, facilitando la programación en terreno y el posterior registro en el módulo de alertas del aplicativo.

Tabla 4. 3 Agendamiento

4.1.3.2.1 Agendamiento de citas

Agendamiento / Consultas	Órdenes pendientes meses anteriores	Órdenes generadas en el mes de reporte	Citas agendadas en el período	Citas agendadas períodos posteriores	Pendientes
Agenda en unidades primarias resolutivas DIC 2024	16	310	235	0	91
Agenda en unidades primarias resolutivas ENE 2025	91	522	164	25	424
Agenda en unidades primarias resolutivas FEB 2025	424	623	418	138	491
Agenda en unidades primarias resolutivas MAR 2025	491	457	402	376	170
Agenda en unidades primarias resolutivas ABR 2025	170	183	239	76	38
Agenda en unidades primarias resolutivas MAY 2025	38	1100	740	87	311
Agenda en unidades primarias resolutivas JUN 2025	311	996	928	123	256
Agenda en unidades primarias resolutivas JUL 2025	256	1662	1500	150	268
Agenda en unidades primarias resolutivas AGT 2025	268	1756	1267	391	366

Agenda en unidades primarias resolutivas SEP 2025	366	1549	1466	257	192
TOTAL	**2431**	**9158**	**7359**	**1623**	**2607**
Agenda en unidades básicas resolutivas de usuarios **tipo 4** realizado por promotores y profesionales DIC 2024	0	46	39	7	0
Agenda en unidades básicas resolutivas de usuarios **tipo 4** realizado por promotores y profesionales ENE 2025	0	143	129	14	0
Agenda en unidades básicas resolutivas de usuarios **tipo 4** realizado por promotores y profesionales FEB 2025	0	103	85	18	0
Agenda en unidades básicas resolutivas de usuarios **tipo 4** realizado por promotores y profesionales MAR 2025	0	94	68	26	0
Agenda en unidades básicas resolutivas de usuarios **tipo 4** realizado por promotores y profesionales ABR 2025	0	51	44	7	0
Agenda en unidades básicas resolutivas de usuarios **tipo 4** realizado por promotores y profesionales MAY 2025	0	190	179	11	0
Agenda en unidades básicas resolutivas de usuarios **tipo 4** realizado por promotores y profesionales JUN 2025	0	169	156	13	0
Agenda en unidades básicas resolutivas de usuarios **tipo 4** realizado por promotores y profesionales JUL 2025	0	180	169	11	0
Agenda en unidades básicas resolutivas de usuarios **tipo 4** realizado por promotores y profesionales AGT 2025	0	232	210	22	0
Agenda en unidades básicas resolutivas de usuarios **tipo 4** realizado por promotores y profesionales SEP 2025	0	207	175	32	0
TOTAL	**0**	**1415**	**1254**	**161**	**0**
TOTALES AGENDAMIENTO TIPO 4 Y EN UNIDADES BÁSICAS RESOLUTIVAS	**2431**	**10573**	**8613**	**1784**	**2607**

Fuente: Aplicativo GTAPS módulo de agendamiento

Durante el periodo comprendido entre diciembre de 2024 y septiembre de 2025, se evidencia una tendencia de fortalecimiento progresivo en el proceso de agendamiento dentro de las unidades primarias resolutivas, reflejando la consolidación del grupo de acceso y la mejora en la gestión de citas a través del aplicativo GTAPS.

En total, se registraron 8.982 citas agendadas efectivamente (suma de 7.359 citas en el periodo y 1.623 programadas para periodos posteriores), lo que representa una efectividad del 77,5% frente al total de 11.589 gestiones realizadas. Por su parte, 2.607 gestiones (22,5%) correspondieron a casos pendientes de agendar a lo largo del periodo, aunque al cierre de septiembre el saldo pendiente se redujo a 192 casos, reflejando una mejora sustancial en la oportunidad de asignación.

Durante los primeros meses (diciembre de 2024 y enero de 2025) se observa una baja productividad, con 235 y 189 citas efectivas respectivamente, asociada al cierre de año, la limitada disponibilidad de agendas y la menor adherencia de los usuarios en temporada vacacional. A partir de febrero y marzo de 2025, el proceso muestra un aumento sostenido, alcanzando 556 y 778 citas efectivas, gracias a una mejor articulación entre los gestores territoriales y el proceso de agendamiento. Sin embargo, en abril (315 citas efectivas) se registra una disminución temporal, relacionada con la transición hacia el uso del aplicativo GTAPS, periodo en el cual se realizaron ajustes y capacitaciones al personal.

Desde mayo en adelante, se evidencia una recuperación significativa y consolidación del proceso, con cifras de 827 citas efectivas en mayo, 1.051 en junio, 1.650 en julio, 1.658 en agosto y 1.723 en septiembre, siendo estos tres últimos meses los de mayor productividad y eficiencia en la gestión de citas.

Este comportamiento positivo se relaciona con el fortalecimiento del grupo de acceso, la implementación de estrategias de seguimiento y recordación, la retroalimentación constante a los equipos territoriales y la articulación con las unidades asistenciales para la apertura oportuna de agendas. En cuanto a los pendientes de agendar, los mayores acumulados se presentan en los primeros meses del año (enero con 424 y febrero con 491 casos), propios de la fase inicial del proceso y de la adaptación al sistema. A medida que avanza el año, se evidencia una reducción progresiva, alcanzando en abril 38 casos pendientes y cerrando el periodo con 192 pendientes en septiembre, lo cual demuestra una mejora en la efectividad y oportunidad del agendamiento.

Para el proceso de agendamiento de usuarios tipo 4 evidenció una gestión sostenida y progresiva por parte de los gestores y profesionales en territorio. De acuerdo con el registro consolidado, se lograron 1.415 citas efectivas (1.254 agendadas dentro del periodo y 161 programadas para periodos posteriores), representando una efectividad global del 100% sobre la totalidad de las citas gestionadas dentro de los registros del proceso.

El comportamiento mensual refleja una tendencia de crecimiento constante en la programación de citas tipo 4, pasando de 46 agendamientos efectivos en diciembre de 2024 a 207 en septiembre de 2025, lo que evidencia una mejora sostenida del 350% en la capacidad operativa del proceso durante el periodo analizado.

Los meses con mayor productividad fueron agosto (232 citas efectivas) y septiembre (207 citas efectivas), consolidando el fortalecimiento del proceso de agendamiento y el acompañamiento de los equipos de campo. Por otro lado, los meses de diciembre de 2024 (46) y abril de 2025 (51) registraron los valores más bajos, relacionados principalmente con cierres de calendario operativo y ajustes administrativos, se implementó plan de mejora ya descrito anteriormente. El avance del proceso demuestra una mejor articulación entre los gestores, profesionales y unidades básicas resolutivas, permitiendo optimizar la cobertura y garantizar la atención oportuna de la población priorizada tipo 4. Asimismo, la inclusión de las citas programadas para periodos posteriores permite reconocer la continuidad del seguimiento y la sostenibilidad del proceso de acceso al servicio.

4.1.3.2.2 Seguimiento a las citas agendadas

Durante el periodo el proceso de agendamiento ha mostrado un avance significativo en cobertura, efectividad y articulación operativa, reflejando el fortalecimiento de los equipos territoriales y del grupo de acceso.
Se evidenció una mejora sostenida tanto en la gestión de citas como en la oportunidad de atención de los usuarios priorizados, alcanzando un total de 1.415 citas TIPO 4 efectivas durante el periodo analizado, lo que representa un incremento superior al 300% respecto al inicio del seguimiento.

Este resultado es producto de una mayor capacidad resolutiva en la programación, acompañada de acciones de mejora orientadas a garantizar la continuidad y oportunidad de la atención.

Entre las estrategias implementadas destaca la recordación y verificación diaria de citas en el aplicativo, lo que ha permitido optimizar la asistencia de los usuarios y reducir los casos de inasistencia por olvido o desconocimiento de la hora y lugar de atención. Asimismo, se fortaleció el proceso de comunicación mediante la creación de una línea de WhatsApp institucional, utilizada en los casos donde los canales convencionales no brindan respuesta oportuna. Esta herramienta ha facilitado la gestión inmediata de las solicitudes de agendamiento tipo 4, permitiendo una respuesta en tiempo real desde territorio y mejorando la trazabilidad en el módulo de alertas.

De igual manera, se ha reforzado la capacitación de los digitadores y gestores en el registro oportuno y completo de la información, enfatizando la importancia de la recordación detallada de cada cita —hora, lugar y fecha— para disminuir los motivos de inasistencia.
Se mantiene un proceso de retroalimentación continua entre el equipo de acceso y los gestores territoriales, con revisión periódica del plano de citas, seguimiento al cumplimiento de recordación y acciones correctivas cuando se detectan inconsistencias o demoras en el cargue.

En cuanto a la distribución de las citas tipo 4, se observa una mayor concentración en medicina general, que representa aproximadamente el 75% de las atenciones, reflejando la efectividad del primer nivel de atención en la resolución de los casos priorizados. Le siguen las consultas de alteraciones del embarazo y pacientes crónicos resolutivos, que en conjunto representan alrededor del 15% del total, evidenciando la atención oportuna a gestantes y personas con condiciones de salud que requieren seguimiento. En menor proporción se ubican las atenciones de medicina interna, medicina familiar, nutrición y alteraciones del menor en primera infancia, que aunque menos frecuentes, mantienen una cobertura constante y adecuada a la demanda identificada.

Los motivos de inasistencia más recurrentes continúan siendo viaje, enfermedad general, conflictos laborales o motivos personales. No obstante, el seguimiento activo y la recordación personalizada han permitido disminuir progresivamente estos casos, garantizando una mayor efectividad del proceso. En comparación con periodos anteriores, se evidencia una mejor organización del flujo operativo, mayor cumplimiento en los tiempos de registro, y una reducción en las citas pendientes o rechazadas por las EPS, especialmente gracias a la articulación directa del grupo de acceso con los digitadores y gestores.

En síntesis, el proceso de agendamiento se encuentra en una fase de consolidación y fortalecimiento sostenido, con resultados que demuestran mejoras notables en la efectividad, oportunidad y capacidad de respuesta. La implementación de estrategias tecnológicas, la optimización del seguimiento y la articulación entre equipos han permitido garantizar la continuidad de las atenciones, priorizando a la población más vulnerable y cumpliendo con los lineamientos de atención integral en salud.

Tabla 5. Seguimiento a agendamiento

Agendamiento / Consultas	Citas agendadas por el promotor	Citas con estado cumplido	Citas con estado inasistentes	Citas pendientes por seguimiento	Citas agendadas periodos posteriores	Total
Órdenes agendadas por el grupo de acceso de usuarios que capitán con la SISS Dic 2024	235	198	37	0	0	235
Órdenes agendadas por el grupo de acceso de usuarios que capitán con la SISS Ene 2025	189	133	31	0	25	189
Órdenes agendadas por el grupo de acceso de usuarios que capitán con la SISS Feb 2025	556	390	28	0	138	556
Órdenes agendadas por el grupo de acceso de usuarios que capitán con la SISS Mar 2025	778	402	0	0	376	778
Órdenes agendadas por el grupo de acceso de usuarios que capitán con la SISS Abr 2025	315	193	43	3	76	315
Órdenes agendadas por el grupo de acceso de usuarios que capitán con la SISS May 2025	827	611	183	32	1	827
Órdenes agendadas por el grupo de acceso de usuarios que capitán con la SISS Jun 2025	1051	903	114	33	1	1051

Órdenes agendadas por el grupo de acceso de usuarios que capitán con la SISS Jul 2025	1650	1247	279	50	74	1650
Ordenes agendadas por el grupo de acceso de usuarios que capitán con la SISS Agt 2025	1658	1047	246	21	344	1658
Órdenes agendadas por el grupo de acceso de usuarios que capitán con la SISS Sep 2025	1723	1092	384	24	223	1723
TOTAL	**8982**	**6216**	**1345**	**163**	**1258**	**8982**
Órdenes Agendadas por el promotor o profesional Tipo 4 Dic 2024	46	34	5	0	7	46
Órdenes Agendadas por el promotor o profesional Tipo 4 Ene 2025	143	110	19	0	14	143
Órdenes Agendadas por el promotor o profesional Tipo 4 Feb 2025	103	79	6	0	18	103
Órdenes Agendadas por el promotor o profesional Tipo 4 Mar 2025	94	52	16	0	26	94
Órdenes Agendadas por el promotor o profesional Tipo 4 Abr 2025	51	29	14	1	7	51
Órdenes Agendadas por el promotor o profesional Tipo 4 May 2025	190	155	20	4	11	190
Órdenes Agendadas por el promotor o profesional Tipo 4 Jun 2025	169	141	23	5	0	169

Órdenes Agendadas por el promotor o profesional Tipo 4 Jul 2025	180	138	25	7	10	180
Órdenes Agendadas por el promotor o profesional Tipo 4 Agt 2025	232	184	25	5	18	232
Órdenes Agendadas por el promotor o profesional Tipo 4 sep 2025	207	152	25	0	30	207
TOTAL	**1415**	**1074**	**178**	**22**	**141**	**1415**
TOTAL SEGUIMIENTO A AGENDAMIENTO	**8982**	**6216**	**1345**	**163**	**1258**	**8982**

Fuente: Aplicativo GTAPS módulo de agendamiento

Durante el periodo comprendido entre diciembre de 2024 y septiembre de 2025, el grupo de acceso gestionó un total de 8.982 órdenes de agendamiento, de las cuales 6.216 (69,2%) correspondieron a citas cumplidas, 1.345 (15%) fueron inasistencias, 163 (1,8%) estuvieron pendientes por seguimiento en cada mes reportado pero después se culminó el proceso correspondiente y 1.258 (14%) fueron agendadas para periodos posteriores, lo cual también se considera como agendamiento efectivo, al garantizar la programación dentro de los tiempos definidos por las EPS o según disponibilidad institucional.

Estos resultados reflejan una efectividad global del 83,2%, considerando las citas cumplidas y las agendadas para fechas posteriores, lo que evidencia una gestión oportuna y resolutiva por parte del equipo de acceso y enlace.

Comportamiento por mes citas población capitada:

- Diciembre 2024: Se gestionaron 235 citas, con 198 cumplidas (84,2%) y 37 inasistencias (15,8%).
- Enero 2025: 189 citas, con 133 cumplidas (70,4%) y 25 programadas para periodos posteriores (13,2%).
- Febrero 2025: 556 citas, de las cuales 390 se cumplieron (70,1%) y 138 se reagendaron para fechas siguientes (24,8%).
- Marzo 2025: 778 citas, con 402 cumplidas (51,7%) y 376 programadas para otros periodos (48,3%), reflejando una etapa de ajuste en la gestión y coordinación con EPS.

- Abril 2025: 315 citas, 193 cumplidas (61,2%) y 76 agendadas para posteriores (24,1%), evidenciando recuperación en la efectividad.

- Mayo 2025: 827 citas, 611 cumplidas (73,9%) y 32 pendientes de seguimiento (3,9%), manteniendo una tendencia positiva.

- Junio 2025: 1.051 citas, 903 cumplidas (85,9%), 114 inasistencias (10,8%), y solo 33 pendientes (3,1%), lo que muestra un fortalecimiento notable del proceso.

- Julio 2025: 1.650 citas, 1.247 cumplidas (75,6%) y 279 inasistencias (16,9%), con aumento del volumen total de gestión.

- Agosto 2025: 1.658 citas, 1.047 cumplidas (63,1%) y 344 programadas para periodos posteriores (20,7%), mostrando continuidad operativa y respuesta progresiva.

- Septiembre 2025: 1.723 citas, 1.092 cumplidas (63,4%) y 223 agendadas para periodos posteriores (12,9%), con leve incremento de inasistencias (22,3%) asociado a factores externos de los usuarios.

En cuanto al agendamiento TIPO 4 se gestionaron un total de 1.415, de estas, 1.074 correspondieron a citas cumplidas, 178 a inasistencias, 22 estuvieron pendientes por seguimiento en cada mes reportado pero después se culminó el proceso correspondiente y 141 fueron agendadas para periodos posteriores, las cuales también se consideran efectivas, dado que garantizan la continuidad del proceso asistencial. En conjunto, el resultado refleja una efectividad total del 85,9%, evidenciando una mejora sostenida en la gestión del agendamiento y en la articulación con las EPS y unidades resolutivas.

Durante los primeros meses del año se presentaron variaciones relacionadas con ajustes operativos y disponibilidad de agenda, alcanzando porcentajes de cumplimiento entre el 55% y el 76%. Sin embargo, a partir de mayo de 2025 se observa una tendencia ascendente y estable, con niveles de cumplimiento superiores al 80%, lo cual demuestra el fortalecimiento del trabajo en equipo entre promotores, profesionales y el grupo de acceso

Interpretación general

El análisis muestra una tendencia de fortalecimiento sostenido del proceso de agendamiento a lo largo del periodo evaluado. Si bien durante los primeros meses del 2025 se observan variaciones en los porcentajes de cumplimiento, hacia el segundo semestre se consolida una mayor estabilidad en la gestión, gracias a la implementación de estrategias como:

- Seguimiento diario de citas y recordación a usuarios, reforzando la asistencia y reduciendo inasistencias.

- Comunicación directa con EPS mediante canal de WhatsApp, que ha permitido agilizar respuestas y confirmaciones de citas tipo 4.
- Cargue oportuno en el aplicativo y revisión del plano de citas, garantizando trazabilidad y monitoreo continuo.
- Retroalimentación al equipo territorial y digitadores, para fortalecer la precisión del registro y la comunicación con los usuarios.

El volumen creciente de citas agendadas demuestra una ampliación en la cobertura y capacidad operativa del grupo de acceso, alcanzando su punto más alto en los meses de julio a septiembre. La inclusión de las citas programadas para periodos posteriores dentro de la efectividad refleja una gestión integral, que asegura que las órdenes no queden rezagadas y se mantenga la continuidad en la atención.

Tabla 5. 1 Seguimiento a Autorizaciones

SOLICITUD DE AUTORIZACIONES POR EPS	TOTAL
Capital Salud	**1308**
Aprobada	1181
Esperar Cambio De IPS Primaria De Atención	126
Rechazada	1
Comfachoco	**10**
Pendiente	10
Compensar	**36**
Aprobada	28
Rechazada	8
Coosalud	**20**
Aprobada	1
Pendiente	19
Famisanar	**87**
Pendiente	87
Nueva EPS	**197**
Aprobada Falta Cambio CUPS	180
Pendiente	6
Rechazada	11
Pijaos Salud	**100**
Pendiente	100
Salud Total	**50**

Aprobada	47
Rechazada	3
Sanitas	**281**
Aprobada	268
Pendiente	8
Rechazada	5
Savia Salud	**4**
Rechazada	4
Sura	**9**
Aprobada Falta Cambio CUPS	5
Rechazada	4
Total	**2102**

Fuente: Base Autorizaciones SDS

Durante el periodo evaluado se gestionaron 2.102 solicitudes de autorización ante diferentes Entidades Promotoras de Salud (EPS), de las cuales Capital Salud concentró la mayor proporción, con 1.308 trámites equivalentes al 62,2% del total. De estas, el 90,3% (1.181) fueron aprobadas, reflejando una gestión altamente efectiva; 9,6% (126) quedaron en espera por cambio de IPS primaria de atención y solo 0,1% (1) resultó rechazada.

En segundo lugar, Sanitas registró 281 solicitudes (13,4%), con una tasa de 95,3% aprobadas (268), 2,8% pendientes (8) y 1,9% rechazadas (5), lo que evidencia una gestión fluida y respuesta oportuna por parte de esta EPS.

Nueva EPS ocupó el tercer lugar con 197 solicitudes (9,4%), de las cuales 91,4% (180) fueron aprobadas, 3% (6) continúan pendientes y 5,6% (11) fueron rechazadas, mostrando un comportamiento estable y con tendencia favorable en los procesos de autorización.

Por su parte, Compensar presentó 36 solicitudes (1,7%), con un 77,8% aprobadas (28) y 22,2% rechazadas (8), mientras que Salud Total tramitó 50 solicitudes (2,4%), logrando una aprobación del 94% (47) y solo 6% de rechazo (3).

Famisanar concentró 87 solicitudes (4,1%), todas en estado pendiente, debido a procesos en revisión o espera de respuesta por parte de la EPS. Situación similar se observó en Pijaos Salud y Comfachocó, con 100 y 10 solicitudes respectivamente, ambas con el 100% en estado pendiente, reflejando tiempos de respuesta más prolongados.

Finalmente, Sura reportó 9 solicitudes (0,4%), con 55,5% aprobadas (5) y 44,5% rechazadas (4); Coosalud gestionó 20 **solicitudes** (1%), con 95% pendientes (19) y 5% aprobada (1); y Savia Salud presentó 4 solicitudes, todas rechazadas, representando el 0,2% del total general.

El análisis refleja una alta efectividad global del 82,1% en autorizaciones aprobadas, con un nivel mínimo de rechazo y una proporción de solicitudes pendientes asociadas principalmente a trámites

administrativos o cambios de IPS. La tendencia muestra una mejoría sostenida en la gestión de autorizaciones, especialmente con Capital Salud, Sanitas y Nueva EPS, que en conjunto representan más del 85% de las aprobaciones del periodo.

4.1.3.2.3 Gestión de la estrategia de ruteo

Tabla 6. Casos Estrategia Ruteo diciembre 2024 - marzo 2025

Comentado [DB3]: Se sugiere presentar la información correspondiente al periodo completo comprendido entre el 9 de diciembre y el 30 de septiembre, evitando su fragmentación en subperiodos (diciembre a marzo y abril a septiembre).

CONSOLIDADO RUTEO DIC 2024-MARZO 2025			
Estado	**Casos plan de cuidado familiar**	**Casos plan de cuidado individual**	**Total**
Fuera de Bogotá	60	41	101
No requiere visita con gestión efectiva	29	0	29
Otra Subred	27	24	51
Rechazado	80	104	184
Fallecido	13	1	14
Programado Contactado	996	835	1831
Programado no contactado	1225	197	1422
Total	**2430**	**1202**	**3632**

Fuente: Módulo ruteo aplicativo GTAPS y bases de gestión ruteo

Durante el primer periodo comprendido entre diciembre 2024 a marzo 2025, el proceso de RUTEO mostró avances significativos orientados al fortalecimiento del grupo de acceso, la depuración de bases de datos y la optimización del contacto con los usuarios, garantizando la gestión oportuna y efectiva de las atenciones individuales y familiares.

En diciembre de 2024 se realizó el cruce de bases de datos pertinentes, tomando los casos que requerían atenciones colectivas e individuales. Posteriormente, se depuró la información con el fin de identificar los usuarios que no requerían atención, avanzando en la verificación de datos personales, de ubicación y de contacto. Una vez validada la información, se procedió al agendamiento según los criterios programados. Los resultados de la gestión fueron: 123 atenciones individuales (6 casos de gestantes sin CNP, 64 de niños y niñas de 0 a 59 meses con clasificación de riesgo de desnutrición aguda y 53 usuarios con patología crónica no adherentes o egresos hospitalarios por lesiones en piel secundarias) y 922 atenciones familiares, para un total de 1.045 casos identificados. Asimismo, se evidenciaron 27 usuarios afiliados fuera de Bogotá, 24 que no requerían visita con gestión efectiva, 17 de otra subred y 14 con rechazo de atención.

En enero se continuó con el fortalecimiento del grupo de acceso para alcanzar las metas establecidas en bases de EPS y Ruteo. Durante este mes se realizó una capacitación al equipo con el propósito de unificar criterios frente a los estados de gestión (programado contactado, programado no contactado, rechazado, fuera de Bogotá, otra subred, fallecido y no requiere visita con gestión efectiva), asegurando coherencia con las observaciones y atenciones registradas por los equipos de salud. En este periodo se logró el cruce y depuración de bases, realizando contacto, verificación y agendamiento de casos según los criterios establecidos. Los resultados evidenciaron 598 atenciones (291 planes de cuidado individual y 307 familiares), destacándose la gestión de 3 gestantes sin CNP, 23 niños con riesgo de desnutrición aguda y 265 usuarios con patologías crónicas o lesiones en piel secundarias.

En febrero, el grupo de acceso fortaleció su proceso logrando alcanzar un total de 3.186 usuarios gestionados y 152 casos pendientes (109 para inhabilitar, 24 de otra subred y 19 para actualización de datos). El plan de contingencia implementado por la Subred permitió optimizar la estrategia de ruteo, organizando las atenciones por territorio y perfil profesional. Para los casos de programados no contactados se reportaron 479 fallidos y 746 pendientes de acercamiento. Además, se actualizaron los estados de usuarios rechazados, fuera de Bogotá o de otra subred. La depuración de información y el agendamiento continuaron ajustándose a los criterios programados, fortaleciendo la efectividad de la gestión.

En marzo se consolidó el proceso de mejora continua del grupo de acceso, priorizando las bases de las EPS Sanitas y Nueva EPS para garantizar el primer contacto con los usuarios y la oportuna asignación de atenciones. Se logró la gestión de 1.478 usuarios provenientes de dichas EPS, mientras que la base de Capital presentó 152 casos pendientes (109 para inhabilitar, 24 de otra subred y 19 para actualización de datos), de los cuales se actualizaron 6 y se dejaron 13 pendientes de validación ante la SDS. Para el cierre del mes se reportó una gestión total de 3.186 casos, distribuidos en 1.635 programados contactados, 157 rechazados, 14 fallecidos, 125 fuera de Bogotá, 57 de otra subred, 40 no requieren visita con gestión efectiva y 1.158 programados no contactados.

Estos resultados reflejan un avance sostenido en la organización, depuración y ejecución del proceso, consolidando una mejora continua en los indicadores de contacto, programación y seguimiento de usuarios, en coherencia con los lineamientos establecidos para la atención integral y oportuna.

Tabla 6.1 Casos Asignados. Estrategia Ruteo.

Grupo de Riesgo	Número de casos cargados desde SDS	Total de Casos para el abordaje (Abril - Mayo)	Total de Casos para el abordaje (Junio-Julio)	Total de Casos para el abordaje (Agost - Sep)
CCVM (CÁNCER)	74815	74815	109.065	109072
DISCAPACIDAD	6580	6580	6.580	6580
MATERNO PERINATAL	61	61	1093	1190
INFANCIA	0	0	452	1206
SALUD MENTAL	12390	12390	12.390	12393
TOTAL	**93846**	**93846**	**129580**	**130441**

Fuente: Módulo ruteo aplicativo GTAPS

Durante el seguimiento al proceso de abordaje por cohortes de riesgo en el marco del Modelo MÁS Bienestar, se evidencia una ampliación progresiva en el número de casos priorizados desde la Secretaría Distrital de Salud (SDS) hacia la Subred Norte, con un crecimiento acumulado de 36.595 casos entre abril y septiembre de 2025, pasando de 93.846 a 130.441 registros en el aplicativo GTAPS. Este incremento refleja la necesidad de fortalecer las estrategias de monitoreo, identificación y asignación de riesgos individuales y familiares, así como el proceso de gestión territorial desarrollado por los Equipos Básicos Extramurales (EBEH). Dicho comportamiento reafirma el compromiso institucional con la vigilancia en salud pública y la gestión oportuna de los determinantes que inciden en el bienestar de las familias, especialmente aquellas en condición de vulnerabilidad o con patologías crónicas de difícil control.

En el mes de abril, las cohortes de Cáncer (CCVM) y Salud Mental representaron el mayor volumen de registros, con 74.815 (79,7%) y 12.390 (13,2%) respectivamente. En la cohorte CCVM Cáncer, predominan los usuarios con resultado de tamizaje Framingham mayor al 20%, patologías crónicas no controladas (como cifras tensionales superiores a 180/110 mmHg o hemoglobina glicosilada mayor a 10%) y seguimiento por medicina; condiciones que demandan vigilancia estrecha por parte del equipo de enfermería y medicina familiar. En la cohorte de Salud Mental se identifican como prioridad los riesgos de feminicidio, así como usuarios con diagnósticos de ansiedad o depresión reportados por las fuentes asistenciales. Por su parte, la cohorte de Discapacidad concentró 6.580

registros (7,0%), mientras los grupos Materno Perinatal (61 usuarias, 0,06%), con prioridad por egreso hospitalario relacionado con Morbilidad Materna Extrema (MME), e Infancia (0 casos), mostraban menor representación en esta fase inicial del seguimiento.

Para el mes de septiembre, la cohorte de Cáncer (CCVM) mantuvo su predominio con 109.072 casos (83,6%) del total registrado, mientras que Salud Mental permaneció estable con 12.393 casos (9,5%), manteniendo las mismas prioridades clínicas y psicosociales. La cohorte de Discapacidad conservó su peso relativo (6.580; 5%), mientras que los grupos Materno Perinatal (1.190; 0,9%) e Infancia (1.206; 0,9%) mostraron un crecimiento sustancial, vinculado al fortalecimiento de la vigilancia de eventos materno perinatales y del seguimiento a niños y niñas menores de cinco años. En estos grupos se destacan criterios de prioridad como gestantes con malnutrición (bajo peso u obesidad) de estratos 1 y 2, MME post egreso hospitalario, niños menores de 18 meses, menores de 5 años con desnutrición aguda severa o moderada, obesidad infantil y recién nacidos pretérmino con bajo peso al nacer. Este aumento refleja el compromiso de los equipos de enfermería en la detección, acompañamiento y seguimiento continuo de las familias con factores de riesgo críticos, garantizando la integralidad del cuidado y la respuesta articulada entre los niveles asistenciales y comunitarios.

Tabla 6.2 Total Casos Gestionados. Estrategia Ruteo.

Grupo de Riesgo	**Número de casos cargados desde SDS**	**Número de casos asignados desde la Subred**	**Total de Casos para el abordaje** **(Suma de las dos columnas anteriores)**	**Total de Casos Gestionados**
CCVM (CÁNCER)	109072	0	109072	4708
DISCAPACIDAD	6580	0	6580	156
INFANCIA	1206	0	1206	195
MATERNO PERINATAL	1190	0	1190	468
SALUD MENTAL	12393	0	12393	699
TOTAL	**130441**	**0**	**130441**	**6226**

Fuente: Módulo ruteo aplicativo GTAPS

Durante la vigencia comprendida entre abril y septiembre de 2025, los Equipos Básicos Extramurales de Hogar (EBEH) de la Subred Norte desarrollaron acciones de seguimiento y gestión del riesgo en el marco del Modelo MAS Bienestar, abordando un total de 130.441 casos priorizados por la Secretaría Distrital de Salud (SDS) en las diferentes cohortes de riesgo. De este total, se lograron gestionar 6.226 casos (4,8%)**,** reflejando el esfuerzo operativo y técnico de los equipos en la ejecución territorial de las estrategias de promoción y prevención.

Al analizar por cohortes, la mayor carga de casos corresponde al grupo de Cáncer (CCVM), con 109.072 registros, de los cuales se gestionaron 4.708 (75,6% del total de gestiones realizadas)**.** Este comportamiento evidencia la magnitud y priorización de esta cohorte, que concentra un volumen importante de usuarios en seguimiento debido a la complejidad de su condición y la necesidad de acompañamiento continuo.

En la cohorte Materno Perinatal, se identificaron 1.190 casos, con 468 gestiones efectivas (7,5% del total de gestiones)**,** lo cual demuestra el compromiso del talento humano de enfermería en el seguimiento de gestantes y puérperas, garantizando la detección oportuna de riesgos y la continuidad en los controles prenatales y del recién nacido. Por su parte, la cohorte de Infancia alcanzó 195 gestiones (3,1%), contribuyendo a la identificación de riesgos nutricionales, de desarrollo y cuidado infantil.

En cuanto a Salud Mental, de 12.393 casos cargados, se gestionaron 699 (11,2%)**,** evidenciando el fortalecimiento de las acciones comunitarias y familiares en el acompañamiento de personas con trastornos mentales o en situación de vulnerabilidad emocional. Finalmente, la cohorte de Discapacidad, con 6.580 casos, presenta 156 gestiones (2,5%)**,** lo que refleja un desafío para la articulación intersectorial y la atención domiciliaria especializada.

En conclusión, los resultados obtenidos dan cuenta del avance progresivo en la cobertura y efectividad de la gestión territorial. No obstante, se identifican oportunidades de mejora relacionadas con la optimización del ruteo, el fortalecimiento del recurso humano en campo, la asignación oportuna de casos que a la fecha no contaban con colaborador asignado, la verificación con otras fuentes de información de los datos de los usuarios registrados en la base de ruteo, la articulación con redes integradas de servicios y la consolidación de los registros en GTAPS para alcanzar mayores niveles de gestión y cierre efectivo de casos en todas las cohortes de riesgo.

Tabla 6.3 Total Casos Gestionados por mes. Estrategia Ruteo.

Grupo de Riesgo	Número de casos cargados desde SDS	Número de casos asignados desde la Subred	Total de Casos para el abordaje	Total de Casos Gestionados Abril	Total de Casos Gestionados Mayo	Total de Casos Gestionados Junio	Total de Casos Gestionados Julio	Total de Casos Gestionados Agosto	Total de Casos Gestionados Sep	Total Gestionados
CCVM (CÁNCER)	109072	0	109072	1471	2861	179	46	58	93	4708
DISCAPACIDAD	6580	0	6580	26	72	28	22	8	0	156
INFANCIA	1206	0	1206	0	0	0	79	64	52	195
MATERNO PERINATAL	1190	0	1190	11	38	11	303	46	59	468
SALUD MENTAL	12393	0	12393	20	364	203	15	42	55	699
TOTAL	**130441**	**0**	**130441**	**1528**	**3335**	**421**	**465**	**218**	**259**	**6226**

Fuente: Módulo ruteo aplicativo GTAPS

Durante el periodo analizado, los Equipos Básicos Extramurales de Hogar (EBEH) de la Subred Norte realizaron un total de 6.226 gestiones, correspondientes a la ejecución de acciones de seguimiento y contacto a familias y usuarios priorizados por cohorte de riesgo. El comportamiento mensual muestra una variación significativa en el volumen de gestiones, asociada a factores como la carga operativa, disponibilidad de talento humano, priorización de cohortes críticas y ajustes en los procesos del aplicativo GTAPS.

En la cohorte CCVM (Cáncer), que concentra la mayor carga de casos (109.072), se observa una tendencia descendente: abril registra 1.471 gestiones (31,2%) y mayo 2.861 (60,7%), mientras que entre junio y septiembre los valores descienden marcadamente hasta 93 gestiones (1,9%). Esta caída en la respuesta a las gestiones corresponde en gran medida a las acciones de los gestores a acciones en las tomas territoriales que se realizaron desde el mes de junio hasta septiembre de 2025, Este descenso refleja la necesidad de fortalecer la continuidad del seguimiento y la redistribución de cargas operativas para evitar rezagos en la atención de pacientes con enfermedades crónicas.

Para la cohorte de Discapacidad, con 6.580 casos, se evidencian 72 gestiones en mayo (46,1%) y un descenso progresivo hasta llegar a 0 en septiembre, representando una ejecución global de apenas 156 casos (2,5%). Esta baja productividad plantea la oportunidad de reforzar la articulación intersectorial y la actualización de la información censal, a fin de mejorar la trazabilidad y el contacto con la población objetivo.

La cohorte Materno Perinatal refleja un incremento sostenido de la gestión en el segundo semestre, destacando el mes de julio con 303 gestiones (64,7%), lo que evidencia la priorización institucional hacia gestantes y puérperas, especialmente en la verificación de riesgos obstétricos y seguimiento del recién nacido. No obstante, los meses iniciales muestran baja cobertura, lo cual sugiere la necesidad de mantener la intensidad operativa de manera constante para evitar brechas en el cuidado prenatal y posparto.

La cohorte Infancia, que inicia sin gestión en los tres primeros meses, presenta un repunte desde julio (79 casos, 40,5%) hasta septiembre (52 casos, 26,7%), acumulando 195 gestiones. Este comportamiento refleja un proceso de ajuste en la identificación y asignación de casos, pero también plantea el reto de fortalecer la intervención temprana de niños y niñas con riesgos nutricionales y de desarrollo.

Por su parte, la cohorte de Salud Mental evidencia un comportamiento irregular, con un pico en mayo (364 gestiones, 52,1%) y junio (203, 29%), seguido de una disminución en los meses posteriores. Este patrón resalta la necesidad de consolidar estrategias sostenibles de seguimiento a usuarios con necesidades en salud mental, garantizando continuidad y articulación con redes comunitarias.

Tabla 6.4 Gestión ruteo-Gestión Telefónica (Se solicita tomar los datos de usuarios únicos y el último seguimiento registrado)

Análisis de los datos frente al contacto telefónico, acciones implementadas de acuerdo con los resultados obtenidos.

GESTIÓN TELEFÓNICA			
Estado de Gestión	**Casos plan de cuidado familiar**	**Casos plan de cuidado individual**	**Total**
Contactado	6204	0	6204
Información Errada	276	0	276
No contactado 1	3599	0	3599
No contactado 2	1207	0	1207
No contactado 3	1187	0	1187
Visita en campo	1892	0	1892
TOTAL	**14365**	**0**	**14365**

Fuente: Módulo ruteo aplicativo GTAPS

Durante el periodo comprendido entre los meses de abril y septiembre, se registró un total de 14.365 casos con gestión telefónica, correspondientes al componente de gestión telefónica. De este total, 6.204 casos (43,2%) lograron establecer contacto con las personas y familias, lo que permitió desarrollar la fase inicial del proceso, garantizando la comunicación directa con los usuarios y la orientación sobre las acciones de promoción y prevención según su cohorte de riesgo. Este resultado evidencia una respuesta positiva frente a la implementación de la estrategia y refleja un avance sostenido en el proceso de acompañamiento remoto.

Por otra parte, se identificaron 276 casos (1,9%) con información errada, principalmente por inconsistencias en los datos de contacto registrados en las bases suministradas por el nivel central, lo que generó limitaciones en la continuidad del proceso. Así mismo, se reportaron 3.599 casos (25%) en el estado No contactado 1, 1.207 casos (8,4%) en No contactado 2 y 1.187 casos (8,3%) en No contactado 3, lo que indica que, pese a los esfuerzos de comunicación en distintos momentos y horarios, un 41,7% del total aún no ha podido ser abordado por esta vía. Estos casos se priorizaron para seguimiento mediante otras estrategias, principalmente la visita en campo.

En cuanto a la gestión territorial complementaria, se efectuaron 1.892 visitas domiciliarias (13,2%), dirigidas a los casos que no fue posible contactar telefónicamente o que requerían un seguimiento

presencial para fortalecer la adherencia a los planes de cuidado. Esta acción permitió validar información, promover la continuidad del cuidado y reforzar el vínculo entre los equipos básicos extramurales y la comunidad.

En términos generales, la implementación de la estrategia evidenció resultados positivos en la respuesta de los casos gestionados, destacándose la articulación entre la gestión telefónica y el abordaje en campo, lo que favoreció la cobertura y la oportunidad de las intervenciones. Los principales logros incluyen el fortalecimiento del seguimiento a las cohortes de riesgo, la depuración progresiva de las bases de datos y la consolidación de mecanismos de búsqueda activa que garantizan la atención integral y el acompañamiento continuo a la población.

Tabla 7. Gestión ruteo- casos contactados

Análisis de los datos frente a la distribución de los datos por estado de gestión, incluir análisis frente a los motivos de rechazo, acciones implementadas de acuerdo con los resultados obtenidos.

ESTADO DE LA GESTIÓN PARA LOS CASOS CONTACTADOS		
Estado de Gestión	**Número de Casos Cargados desde SDS**	**Número de Casos Asignados desde la Subred**
PROGRAMA ATENCIÓN (DEL ESTADO CONTACTADO)	3318	0
FALLECIDO	34	0
NO REQUIERE VISITA GESTIÓN EFECTIVA	427	0
FUERA DE LA CIUDAD	183	0
RECHAZADO	947	0
ACTUALIZAR DIRECCIÓN MISMA SUBRED	193	0
OTRA SUBRED	64	0
CAMBIO DE PRIORIDAD	17	0
NO CUMPLE CRITERIO	39	0
INFORMACIÓN ERRADA	989	0
FALLIDOS	2	0
RECHAZADO - ACEPTA EDUCACIÓN	13	0
TOTAL	**6226**	**0**

Fuente: Módulo ruteo aplicativo GTAPS

Durante el periodo comprendido entre abril y septiembre, se registró un total de 6.226 casos contactados de los cuales todos fueron cargados desde la Secretaría Distrital de Salud. La información evidencia que el mayor número de registros corresponde al estado “Programa Atención”, con 3.318 casos (53,3%), lo que indica que más de la mitad de las personas contactadas fueron canalizadas hacia la continuidad de su atención en los programas correspondientes, según la cohorte

de riesgo identificada. Este comportamiento refleja una gestión efectiva en la orientación y articulación de las rutas de atención, favoreciendo la adherencia de la población a los procesos de promoción, prevención y control.

Por otro lado, se reportaron 989 casos (15,9%) clasificados como información errada, lo que representa una limitación significativa en la trazabilidad y seguimiento, pues obstaculiza la validación del estado real del usuario. Esta situación se asocia principalmente con inconsistencias en los datos de contacto o direcciones desactualizadas, por lo que se implementaron acciones correctivas, tales como la depuración de bases, la validación cruzada de información con otras fuentes institucionales y la articulación con los Equipos Básicos Extramurales de Hogar (EBEH) para la búsqueda activa en campo.

En cuanto a los casos con rechazo a la intervención, se identificaron 947 registros (15,2%), donde los usuarios o sus familias manifestaron no desear continuar con el acompañamiento. Frente a esta situación, se promovió la implementación de estrategias de educación en salud y sensibilización comunitaria, orientadas a fortalecer la confianza en los servicios, mejorar la percepción sobre la utilidad del seguimiento y ofrecer una atención más adaptada a las necesidades y expectativas de cada hogar. Adicionalmente, se reportaron 13 casos (0,2%) bajo la categoría “Rechazado – Acepta Educación”, lo que demuestra la efectividad parcial de las estrategias de reconducción, al lograr mantener el vínculo informativo aun cuando no se concretó la intervención completa.

Otros estados con menor frecuencia, pero relevantes en la caracterización, incluyen 427 casos (6,9%) clasificados como “No requiere visita – gestión efectiva”, lo que indica que la acción telefónica fue suficiente para resolver la situación identificada; 193 casos (3,1%) que requirieron actualización de dirección dentro de la misma Subred, y 183 casos (2,9%) reportados fuera de la ciudad, que fueron remitidos al nivel central o clasificados como imposibilitados de seguimiento territorial. Asimismo, 64 casos (1%) fueron derivados a otras Subredes, 39 casos (0,6%) no cumplían los criterios de inclusión, y 34 casos (0,5%) correspondieron a personas fallecidas, situación que se verificó mediante los mecanismos de validación interinstitucional.

En síntesis, la distribución de los estados de gestión evidencia una respuesta positiva en la ejecución de la estrategia, destacándose que más de la mitad de los casos fueron efectivamente vinculados a los programas de atención y seguimiento. Sin embargo, los hallazgos asociados a información errada y rechazo al acompañamiento continúan siendo los principales retos operativos. Como acciones implementadas se fortaleció el trabajo articulado con los equipos territoriales, la depuración y actualización de bases, la validación de datos en visitas domiciliarias y la implementación de mensajes educativos que promuevan la participación activa de la población en los procesos de cuidado. Estas medidas han permitido mejorar progresivamente la efectividad de la gestión y garantizar la continuidad del cuidado en las cohortes priorizadas.

Tabla 8. Gestión ruteo- Estado final - Programa Atención (Corresponde a los casos cargados desde la SDS).

ESTADO FINAL DEL CASO	
ESTADO	**TOTAL**
PROGRAMA ATENCIÓN (DEL ESTADO CONTACTADO)	3318
PROGRAMA ATENCIÓN (DEL ESTADO VISITA EN CAMPO)	1892
TOTAL	**5210**

Fuente: Módulo ruteo aplicativo GTAPS

Tabla 8.1 Gestión ruteo- Estado final (Corresponde a los casos cargados desde la SDS).

Durante el periodo de mayo a septiembre de 2025 , la estrategia de ruteo registró un total de 5.210 casos gestionados, distribuidos entre 3.318 casos con estado *"Programa atención (contactado)"* y 1.892 casos con estado *"Programa atención (visita en campo)"*. Esta distribución refleja la dinámica operativa del proceso, donde más de la mitad de los casos fueron resueltos mediante contacto telefónico o remoto, optimizando los tiempos de gestión y priorizando la atención a la población de manera oportuna. El 36,3% restante requirió intervención en territorio, lo que demuestra la continuidad del componente presencial y la importancia de mantener la cobertura de campo en zonas con limitaciones de conectividad o donde el contacto directo resulta determinante para garantizar la atención efectiva.

Desde el análisis técnico, se evidencia que el mayor número de gestiones finalizadas en estado de *"programa atención (contactado)"* da cuenta de un adecuado desempeño del equipo operativo frente a la resolución de casos por medios no presenciales. Este enfoque, además de optimizar recursos, contribuye a la trazabilidad inmediata de los casos reportados por la SDS. En contraste, el grupo de *"visita en campo"* se asocia a usuarios con direcciones que requieren verificación presencial o con datos de contacto incompletos, lo que exige una logística más compleja y una articulación territorial continua entre gestores y profesionales para garantizar el cierre efectivo del proceso.

El volumen de visitas en campo reportado (1.892 casos) se considera técnicamente favorable, ya que refleja la capacidad del equipo para responder de manera equilibrada a las necesidades operativas del territorio. Sin embargo, esta cifra también permite identificar oportunidades de mejora relacionadas con la actualización de la información base, ya que gran parte de las visitas en campo derivan de inconsistencias en los datos de contacto. Es por ello que la revisión permanente de las bases y la validación cruzada con otras fuentes institucionales resultan esenciales para optimizar la planificación de las rutas y evitar desplazamientos innecesarios.

En función de los resultados observados, se implementaron acciones de fortalecimiento centradas en la mejora de la calidad de los datos y la optimización de la programación territorial. Se promovió el uso de filtros técnicos previos a la asignación de visitas, el cruce de direcciones con registros complementarios y la consolidación de estrategias de coordinación entre los componentes de Sistemas de Información y Talento Humano. Además, se reforzó el acompañamiento del equipo de Seguimiento Técnico para orientar la lectura de resultados y retroalimentar la planeación mensual, asegurando que la gestión en campo mantuviera coherencia con los lineamientos definidos por la SDS y los objetivos de cobertura de la estrategia de ruteo..

ESTADO FINAL DEL CASO	
ESTADO DE CIERRE	**# CASOS**
SI ES EL USUARIO ÍNDICE	1550
NO ES EL USUARIO ÍNDICE	421
PREDIO PROPIEDAD HORIZONTAL	84
FALLIDO	406
RECHAZADO	35
TOTAL CON GESTIÓN FINAL	**2496**

Fuente: Módulo ruteo aplicativo GTAPS

Del periodo de ejecucion de mayo a septiembre de 2025 se muestra un total de 2.496 casos con gestión final, distribuidos en las siguientes categorías: 1.550 casos pertenecientes a “usuarios índice”, 421 casos identificados como “no usuario índice”, 84 casos ubicados en predios de propiedad horizontal, 406 casos clasificados como fallidos y 35 casos registrados como rechazados. Esta distribución refleja que el 62,1% de los casos cerrados correspondió efectivamente a la población priorizada, lo que evidencia una adecuada focalización de los esfuerzos operativos y una gestión coherente con los criterios técnicos de cada cohorte. La diferencia restante responde a situaciones derivadas de verificación territorial, limitaciones de acceso o inconsistencias en la información base.

En el análisis detallado, los casos no usuario índice (16,8%) evidencian la depuración natural del proceso, producto de la verificación de campo o del contacto directo con el usuario, donde se identificó que el registro no cumplía con las condiciones establecidas para su seguimiento. Este resultado, lejos de representar una pérdida operativa, refleja el correcto funcionamiento del mecanismo de control y validación implementado por los equipos técnicos. Los 84 casos ubicados en propiedad horizontal resaltan las dificultades logísticas que se presentan en contextos

residenciales cerrados, donde el acceso físico al domicilio del usuario depende de autorizaciones externas o normativas internas del conjunto residencial.

Por otra parte, los casos fallidos (406) y rechazados (35) constituyen un 17,7% del total con gestión final, siendo una de las categorías de mayor interés para el análisis operativo. Entre los principales motivos identificados se encuentran domicilios errados, usuarios que ya no residen en el lugar, falta de respuesta tras varios intentos de contacto y negativas expresas por parte del usuario o su entorno familiar. Estas situaciones fueron abordadas mediante un plan de acciones correctivas orientado a reducir su reincidencia. En especial, se reforzó la verificación de direcciones y números telefónicos, y se implementaron mecanismos de georreferenciación territorial para validar la ubicación de los casos antes de la visita presencial.

Frente a estos resultados, el equipo de Sistemas de Información y Talento Humano adelantó un proceso de ajuste y mejora continua que permitió retroalimentar la gestión operativa. Se fortaleció la coordinación entre gestores y profesionales, priorizando el contacto previo para confirmar disponibilidad del usuario y minimizar visitas fallidas. Desde el Seguimiento Técnico, se promovió la lectura comparativa de los indicadores frente a periodos anteriores, identificando una disminución progresiva en el porcentaje de casos sin cierre efectivo. En conjunto, estos avances consolidan la capacidad del módulo de ruteo para articular la planeación, ejecución y evaluación técnica de los procesos, garantizando mayor precisión en los cierres y optimización de los recursos institucionales.

4.2 GESTIÓN FAMILIAR E INDIVIDUAL

4.2.1 ABORDAJE TERRITORIAL Y CARACTERIZACIÓN PARA LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS.

Comentado [4]: JUAN

A partir del proceso de apropiación territorial, se debe reportar resultado final en el proceso de abordaje territorial, el acercamiento a las familias, para su caracterización y posteriores acciones de promoción de la salud y gestión integral del riesgo. Para ello, diligenciar la tabla y adelantar una breve descripción y análisis de los resultados obtenidos:

Tabla 7. Abordaje Territorial – Estrategia Barrido Casa a Casa y Ruteo.

LOCALIDAD	TOTAL PREDIOS GESTIONADOS	TOTAL DE PREDIOS CON GESTIÓN EFECTIVA	TOTAL DE PREDIOS CON GESTIÓN FALLIDA	TOTAL DE PREDIOS CON GESTIÓN EN ESTADO RECHAZADOS	TOTAL DE PREDIOS CON GESTIÓN EN ESTADO NO RESIDENCIAL	TOTAL DE PREDIOS CON GESTIÓN EN AUSENTES
1- Usaquén	5356	5278	41	15	11	11

2-Chapinero	2037	1975	5	8	18	31
10-Engativá	28705	28080	91	146	97	291
11-Suba	26451	25690	76	64	82	539
12-Barrios Unidos	5619	4281	9	67	611	651
13-Teusaquillo	1403	1374	1	1	1	26
Total	69571	66678	223	301	820	1549

Fuente:

En el marco del proceso de apropiación territorial desarrollado durante todo el convenio, se evidencia una gestión sólida y sostenida en las localidades priorizadas, con un total de 69.571 predios gestionados. De este total, 66.678 predios alcanzaron una gestión efectiva, lo que equivale a una efectividad global del 95,8%, reflejando la consistencia y capacidad operativa del equipo en el territorio.

El análisis detallado muestra que 223 predios registraron gestión fallida, 301 fueron clasificados en estado rechazado, y 820 corresponden a predios no residenciales, lo cual evidencia la necesidad de continuar fortaleciendo la validación previa de los listados y los cruces interinstitucionales. Además, 1.549 predios fueron identificados con gestión en ausentes, lo que sugiere oportunidades para mejorar la programación y seguimiento de las visitas en terreno.

En conjunto, estos resultados confirman un proceso de barrido territorial con altos niveles de cobertura y efectividad, donde la mayoría de los predios fueron abordados exitosamente. No obstante, la presencia de casos fallidos, rechazados o ausentes resalta la importancia de seguir optimizando la planeación operativa, la articulación comunitaria y las estrategias de contacto, de manera que se fortalezca aún más la eficiencia y la calidad de la gestión en futuras etapas del programa.

Tabla 8. Prioridades identificadas

A partir de los abordajes desarrollados y el resultado de la caracterización o actualización familiar, adelantar descripción y análisis de las prioridades y clasificación familiar.

LOCALIDAD	TOTAL DE FAMILIAS CARACTERIZADAS	TOTAL FAMILIAS CON ACTUALIZACIÓN	TOTAL DE INDIVIDUOS CARACTERIZADOS Y ACTUALIZADOS	TOTAL DE FAMILIAS CLASIFICADAS EN PRIORIDAD ALTA	TOTAL DE FAMILIAS CLASIFICADAS EN PRIORIDAD MEDIA	TOTAL DE FAMILIAS CLASIFICADAS EN PRIORIDAD BAJA
1-Usaquén	4051	353	5307	1325	41	2685
2-Chapinero	1435	53	1885	338	18	1079
10-Engativá	22075	1885	28066	6701	207	15167
11-Suba	20860	1872	27883	6519	216	14125
12-Barrios Unidos	3287	118	4179	951	66	2270
13-Teusaquillo	1449	20	1551	198	3	1248
Total	53157	4301	68871	16032	551	36574

Fuente:

Como resultado de los abordajes desarrollados en las diferentes localidades, se logró la caracterización de un total de 53.157 familias, de las cuales 4.301 corresponden a procesos de actualización de información. Esta labor ha permitido identificar condiciones de vulnerabilidad y establecer criterios de priorización que facilitan la clasificación de las familias en niveles de alta, media y baja prioridad, fortaleciendo la planeación y focalización de las acciones en el territorio.

Las localidades con mayor número de familias caracterizadas son Engativá, con 22.075 familias, y Suba, con 20.860 familias, que en conjunto concentran cerca del 81% del total de familias caracterizadas. Este comportamiento evidencia una focalización estratégica hacia territorios con alta densidad poblacional y una mayor demanda de acompañamiento social y comunitario.

En cuanto a la clasificación por niveles de prioridad, 16.032 familias fueron identificadas en prioridad alta, 551 en prioridad media y 36.574 en prioridad baja. Estos resultados orientan la intervención institucional hacia la atención prioritaria de los núcleos familiares en situación de mayor vulnerabilidad, consolidando un enfoque diferencial y territorial que permite optimizar los recursos disponibles y fortalecer la efectividad de las acciones desarrolladas a lo largo del convenio.

Tabla 9. Acciones de seguimiento familiar acorde a prioridad:

Tipo de seguimiento / Prioridad	Alta	Media	Baja
Presenciales	3790	149	7309
Telefónicos	2	0	12
Total	3792	149	7321

Describir el proceso de seguimiento familiar adelantado acorde a la prioridad establecida para cada familia, acorde a su clasificación. Realizar análisis de lo reportado:
Conforme a los datos reportados en la tabla, se identifican un total de 11.248 seguimientos familiares realizados, la mayoría en modalidad presencial y 14 telefónico. El seguimiento se distribuyó según la prioridad asignada a las familias durante el proceso de caracterización.

4.2.2. EJECUCIÓN DE PLAN DE CUIDADO FAMILIAR E INDIVIDUAL

Tabla 9. Atenciones perfil de medicina

Comentado [5]: ANGELICA

LOCALIDAD	TOTAL, ATENCIONES INDIVIDUALES	TOTAL DE ACCIONES EDUCATIVAS INDIVIDUALES	TOTAL DE GRUPOS DE FAMILIAS	TOTAL DE ACCIONES GUARDIANES DE GESTANTES
1-USAQUÉN	306	306	605	0
2-CHAPINERO	95	95	54	0
10-ENGATIVÁ	1788	1788	126	1
11-SUBA	1522	1522	51	0
12-BARRIOS UNIDOS	98	98	28	0
13-TEUSAQUILLO	213	213	30	0
TOTAL	4022	4022	894	1

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS.

Establecer análisis de los resultados generados teniendo en cuenta cada uno de los grupos de riesgo identificados y atendidos con los resultados obtenidos. Por ejemplo, cuántas atenciones individuales se realizaron, cuáles eran los cursos de vida de la población atendida, cuales son los diagnósticos más prevalentes en estas atenciones, cuantos se derivaron a las rutas integrales de atención. Describa cómo se realizó esta derivación con cada una de las rutas y como es operativamente este proceso.

Comentado [DN6]: esto hace parte del informe ???

Durante la vigencia se realizaron un total de 4.022 atenciones individuales en el perfil de medicina, distribuidas en seis localidades. Las localidades con mayor volumen de atenciones fueron Engativá con 1.788 atenciones, 44,4% y Suba con 1.522 atenciones, 37,8%, concentrando conjuntamente más del 80% del total de las acciones médicas individuales.

En contraste, las localidades con menor participación fueron Chapinero con 95 atenciones y Barrios Unidos con 98 atenciones. Además, se realizaron 894 grupos de familias, principalmente en la localidad de Usaquén con 605 grupos, lo que refleja un trabajo significativo en acciones comunitarias y educativas. Las acciones de guardianes de gestantes fueron mínimas (1 reporte en Engativá), lo cual puede interpretarse como un área de oportunidad para fortalecer el acompañamiento en salud materna.

El 100% de los registros corresponde a personas en etapa de adultez (29-59 años), lo que sugiere un enfoque asistencial centrado en la población económicamente activa y en procesos de detección y control de enfermedades crónicas. Para la finalidad de las consultas se evidenció un porcentaje

discriminado de la siguiente manera: Detección de alteración de la vejez (33,3%), Detección de alteraciones del adulto (27,2%), Resolutiva por enfermedad general (14%), Detección de alteración del joven (8,3%), estas cifras reflejan un equilibrio entre la atención resolutiva y las acciones de promoción y prevención, con énfasis en adultos y adultos mayores. La “Detección de alteraciones del embarazo” (1,7%) agrupa intervenciones orientadas a la identificación temprana de riesgos obstétricos y al acompañamiento de gestantes, contribuyendo al fortalecimiento de la Ruta Materno Perinatal.

Las consultas por Atención en planificación familiar (0,5%) evidencian la participación médica en la orientación anticonceptiva y el seguimiento de métodos, integrando acciones de promoción y prevención en salud sexual y reproductiva.

Los códigos Z000 (examen médico general, 70,6%) y R688 (síntomas generales, 9,9%) predominan, evidenciando que la mayoría de las atenciones corresponden a controles de salud y tamizajes. Se identificaron también diagnósticos de hipertensión esencial (1,0%) y supervisión de embarazo normal (0,7%), que aportan información sobre condiciones crónicas y maternas.

Comentado [DN7]: por favor revisar la salida de informacion el periodo entre el 9 de diciembre y el 30 de septiembre, evitando su fragmentación en subperiodos (diciembre a marzo y abril a septiembre).

Para el proceso de derivaciones y rutas integrales se contó con un porcentaje de respuesta relacionado de la siguiente manera Ruteo registrado 63,7%, con Orden a psicología 3,9%, Casos con DX de embarazo: 2,1% y Aplicó relevo: 0,5%. El proceso de derivación se registra principalmente a través del campo Estrategia RUTEO, lo que indica continuidad de la atención en otras rutas como ECNT, Salud Mental y Ruta Materno Perinatal. Las principales estrategias reportadas son RUTEO (63,7%) y CONGLOMERADO (36,3%).

La participación en la estrategia “Guardianes de las Gestantes” durante la presente vigencia fue mínima, registrándose únicamente una intervención en la localidad de Suba. Este resultado refleja dificultades en la implementación operativa del componente, principalmente asociadas a la baja vinculación de padrinos y a limitaciones logísticas en la convocatoria y articulación comunitaria.

A pesar de que se logró realizar una sesión educativa dirigida a la gestante participante, en la cual se abordaron temas relevantes como signos de alarma, autocuidado prenatal y preparación para la maternidad, no se alcanzó el objetivo principal de la estrategia, que consiste en fomentar el acompañamiento activo entre padrinos y gestantes.

Por lo anterior, se recomienda revisar el modelo de ejecución, fortalecer los mecanismos de convocatoria y seguimiento, y replantear las acciones metodológicas y comunicativas que favorezcan una mayor participación y sostenibilidad del componente en las próximas vigencias.

Tabla 10. Atenciones perfil de enfermería

Comentado [8]: SINDY

LOCALIDAD	TOTAL, DE FAMILIAS INTERVENIDAS POR	TOTAL, ATENCIONES	TOTAL, DE ACCIONES EDUCATIVAS INDIVIDUALES	TOTAL, DE GRUPOS DE FAMILIAS

	ACCIONES COLECTIVAS	INDIVIDUALES		
1-USAQUÉN	1217	15	15	0
2-CHAPINERO	594	0	0	0
10-ENGATIVÁ	4883	165	165	0
11-SUBA	4808	74	74	0
12-BARRIOS UNIDOS	387	19	19	0
13-TEUSAQUILLO	222	4	4	0
TOTAL	12111	277	277	0

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Para el periodo comprendido entre el 11 de diciembre de 2024 y el 30 de septiembre de 2025, el perfil de enfermería ejecutó un total de 12111 intervenciones por acciones colectivas efectivas en las 6 localidades de la subred Norte, enmarcados en el Modelo de Atención Más Bienestar en tu hogar. Estas intervenciones permitieron asegurar la atención integral de los individuos, orientándose hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Las acciones desarrolladas por el perfil facilitaron la evaluación de los determinantes sociales que pudieran afectar su bienestar, la identificación de riesgos en el entorno familiar, la adherencia a los servicios de salud, la adopción de hábitos de vida saludable. Se implementaron estrategias para mitigar factores de riesgo a través de un plan de cuidados y de esta manera fortalecer las prácticas protectoras en el individuo y su familia. Estos esfuerzos contribuyeron significativamente a mejorar el acceso a los servicios de salud y a reducir la exposición a situaciones de riesgo, bajo un enfoque articulado que consideró tanto la dimensión individual como la colectiva del cuidado.

Se realizó el abordaje a las familias que contaban con eventos tales como; bajo peso al nacer pretérmino, bajo peso gestacional, cáncer infantil, condiciones crónicas, menores con alteración nutricional, enfermedad respiratoria aguda, familias con gestantes, familias con menores de 5 años, maternas adolescentes, morbilidad materna extrema, obesidad gestacional, otros casos priorizados, sífilis congénita, sífilis gestacional, VIH gestacional, menores con exceso de peso.

La localidad con mayor cobertura fue Engativá con un 40.3% de las intervenciones totales, seguida por Suba con un 39.6% de intervenciones registradas en el periodo reportado.

En contraste, las localidades con menor número de atenciones fueron barrios unidos con 3.1% y teusaquillo con 1.8%. Esta baja cobertura se atribuye a las características de los territorios, como la predominancia de zonas comerciales, propiedades en régimen de propiedad horizontal y una alta estratificación socioeconómica. Adicionalmente, se identificó una considerable proporción de población flotante, asociada principalmente a estudiantes residentes en la zona debido a la presencia de instituciones universitarias, lo cual ha dificultado el acceso efectivo a la población objetivo y generado un número significativo de visitas inefectivas. En cuanto al abordaje del perfil, los eventos con mayor índice de casos fueron: usuarios con condiciones crónicas, mujeres con diagnóstico de Morbilidad Materna Extrema siendo la principal causa los trastorno hipertensivos, seguidos por las familias con menores de cinco años y otros casos priorizados.

En cuanto a las atenciones individuales, para el periodo comprendido entre el 11 de diciembre de 2024 y el 30 de septiembre de 2025, se ejecutaron 277 acciones de abordaje individual desde el perfil de enfermería, en cuanto a distribución por localidad se evidencia que se presentó mayor número de atenciones individuales en engativá con el 59.5% del total de las atenciones, debido a acciones de apoyo con la población embera seguido de suba con el 5% de atenciones.

Tabla 11. Atenciones perfil de nutrición

Comentado [9]: VICKY

LOCALIDAD	TOTAL, DE FAMILIAS INTERVENIDAS POR ACCIONES COLECTIVAS	TOTAL, ATENCIONES INDIVIDUALES	TOTAL, DE ACCIONES EDUCATIVAS INDIVIDUALES	TOTAL, DE GRUPOS DE FAMILIAS
01-Usaquen	0	0	0	0
02- Chapinero	0	0	0	0
10-Engativá	0	0	0	0
11-Suba	0	0	0	0
12- Barrios Unidos	0	0	0	0
13-Teusaquillo	0	0	0	0

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Para el periodo comprendido entre el 11 de diciembre de 2024 y el 30 de septiembre de 2025,, la Subred Norte no contó con el perfil profesional en nutrición dentro de su equipo interdisciplinario, motivo por el cual no se registraron intervenciones individuales, grupales ni colectivas directamente lideradas por este profesional. A pesar de haber gestionado oportunamente la solicitud ante el área de Talento Humano para la inclusión del nutricionista como parte esencial en la atención integral de usuarios con alteraciones nutricionales, el proceso ha presentado dificultades, principalmente por la limitada disponibilidad de talento humano calificado para cubrir la vacante.

Frente a esta situación, se han mantenido activas estrategias de búsqueda y difusión de la convocatoria con el fin de lograr la vinculación del perfil requerido.

Durante este periodo se realizaron un total de 534 planes de cuidado familiar brindados por el perfil de enfermería, enfocadas en el fortalecimiento de acciones orientadas a la recuperación nutricional y el control durante la gestación y la niñez. Se evidencia una mayor concentración de casos en la localidad de Engativá (196 atenciones) y Suba (242 atenciones), lo que indica una intensificación del trabajo en esos periodos. Las principales problemáticas abordadas fueron la desnutrición aguda, moderada o severa (236 casos) y los menores con exceso de peso (182 casos), reflejando la doble carga de malnutrición en la población atendida. Asimismo, se registraron 90 casos de bajo peso al nacer a término o pretérmino, y 17 de obesidad gestacional, lo que subraya la importancia de la vigilancia nutricional y el seguimiento a gestantes con factores de riesgo. En conjunto, los resultados evidencian el compromiso del personal de enfermería en la detección temprana, intervención y acompañamiento nutricional, contribuyendo significativamente a la salud materno-infantil y a la prevención de complicaciones derivadas de la malnutrición.

La identificación de casos se ha realizado a través de los gestores en salud, quienes registran y remiten los riesgos nutricionales a los profesionales del Plan de Cuidado Familiar mediante el módulo de alertas del aplicativo institucional. Posteriormente, se canaliza a la Ruta 4, de acuerdo con la EPS correspondiente. Adicionalmente, los profesionales han identificado casos a partir de bases de datos facilitadas, contactando directamente a las familias para iniciar la atención dentro del plan de cuidado familiar, realizar las valoraciones pertinentes, derivar a otros profesionales cuando se requiere un abordaje complementario y gestionar la canalización correspondiente según las necesidades detectadas.

Tabla 12. Grupo de riesgo diferencial

LOCALIDAD	TOTAL, DE FAMILIAS INTERVENIDAS POR LA ESTRATEGIA REHABILITACIÓN BASADA EN	TOTAL, INTERVENCIONES COLECTIVAS POR PROFESIONAL DE TERAPIAS		TOTAL, INTERVENCIONES COLECTIVAS POR AGENTE DE CAMBIO		TOTAL, INTERVENCIONES POR AUXILIAR DE CUIDADO	TOTAL, ATENCIO INDIVIDUAL PROFESIONAL PSICOLOGÍA	
		SESIONES PRESENCIALES	SESIONES TELEFÓNICAS	SESIONES PRESENCIALES	SESIONES TELEFÓNICAS		SESIONES PRESENCIALES	SESION TELEF CAS

Comentado [10]: ALEJANDRA

Comentado [DP11]: Se agradece el reporte de las actividades desarrolladas y se solicita la verificación de los siguientes puntos:
* Se sugiere vincular un párrafo que permita la introducción a las actividades desarrolladas.
* Revisar el dato de sesiones reportadas, no coincide con la salida radicada.
* No se logra identificar el ítem de Conclusiones y logros de abordaje por perfil de psicología, se establecen unas conclusiones a lugar para el proceso en general pero no las especificas para esta solicitud.

	COMUNIDAD							
Engativá	2155	1379	0	139	0	374	263	0
Barrios unidos	513	264	0	54	0	120	75	0
Suba	2416	1346	0	313	0	663	94	0
Usaquén	334	160	0	66	0	108	0	0
Teusaquillo	20	1	0	0	0	13	6	0
Chapinero	21	17	0	0	0	4	0	0
TOTAL	5459	3167	0	572	0	1282	438	0

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Comentado [ML12]: revisar los datos, no coinciden con los reportados en las salidas de información

Durante el periodo evaluado, se realizaron un total de 5.459 intervenciones en el marco de la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC). Esta cifra corresponde al número de familias abordadas en las localidades de Engativá, Barrios Unidos, Suba, Usaquén, Teusaquillo y Chapinero. Engativá y Suba concentraron la mayor cobertura, con 2.155 y 2.416 intervenciones respectivamente, lo que representa el 39.5% y el 44.2% del total. Barrios Unidos presentó una participación intermedia con 513 intervenciones (9.4%), mientras que Usaquén (6.1%), Teusaquillo (0.4%) y Chapinero (0.4%) registraron niveles significativamente menores. Esta distribución evidencia una focalización operativa en zonas con mayor densidad poblacional o riesgo identificado, aunque también revela vacíos territoriales que requieren atención técnica y ajustes en la planificación.

En cuanto al componente terapéutico, se registró un total de 3.167 intervenciones colectivas presenciales por parte de profesionales de terapias. Engativá lideró este componente con 1.379 sesiones (43.5%), seguida por Suba con 1.346 (42.5%) y Barrios Unidos con 264 (8.3%). Usaquén, Teusaquillo y Chapinero presentaron una

cobertura limitada o nula, lo que sugiere una alta concentración operativa en localidades periféricas y una limitada expansión del componente terapéutico hacia zonas centrales. La ausencia de intervenciones en Teusaquillo y Chapinero plantea la necesidad de revisar la asignación de profesionales y fortalecer la cobertura territorial en función de criterios de equidad.

Respecto a las intervenciones por parte de agentes de cambio, se realizaron un total de 572 sesiones presenciales. Suba fue la localidad con mayor participación, con 313 intervenciones (54.7%), seguida por Engativá con 139 (24.3%), Usaquén con 66 (11.5%) y Barrios Unidos con 54 (9.4%). Teusaquillo y Chapinero no reportaron actividad por este perfil. Aunque se evidencia una baja cobertura debido a la ausencia del rol en aproximadamente la mitad del convenio, el tiempo de ejecución fue clave para el desarrollo de sesiones colectivas y grupales en las localidades activas. Este componente ha generado una respuesta muy positiva por parte de la comunidad, contribuyendo a la sensibilización frente a la discapacidad y al fortalecimiento de vínculos comunitarios.

El componente de auxiliares de cuidado registró un total de 1.282 intervenciones presenciales. Suba lideró con 663 sesiones (51.7%), seguida por Engativá con 374 (29.2%), Barrios Unidos con 120 (9.4%), Usaquén con 108 (8.4%), Teusaquillo con 13 (1.0%) y Chapinero con 4 (0.3%). Esta concentración operativa sugiere una mayor presencia de usuarios en condición de discapacidad o con sobrecarga de cuidador en ciertas zonas, lo que puede limitar la capacidad de respuesta en contextos donde hay menor receptividad comunitaria o predominan estratos socioeconómicos más altos.

Comentado [ML13]: revisar la redacción en el marco del proceso propuesto en la guía operativa

En cuanto a las atenciones individuales por parte de profesionales de psicología, se realizaron un total de 438 sesiones presenciales. Engativá lideró con 263 atenciones (60.0%), seguida por Suba con 94 (21.5%), Barrios Unidos con 75 (17.1%) y Teusaquillo con 6 (1.4%). Usaquén y Chapinero no registraron actividad en este componente. La atención individual representa un eje fundamental en la estrategia RBC, por lo que su ausencia en dos localidades plantea desafíos en términos de equidad, continuidad del cuidado y seguimiento personalizado. Se recomienda fortalecer la presencia de este perfil en todas las zonas priorizadas y diversificar los canales de atención, incluyendo modalidades remotas.

Durante esta vigencia, se realizó el proceso de identificación de usuarios, implementando la base de ruteo como herramienta principal de validación y seguimiento. Esta estrategia permitió optimizar el contacto con las familias y garantizar una cobertura más eficaz y ordenada en las distintas localidades. Aunque no se han generado nuevos casos en Teusaquillo y Chapinero, los perfiles de auxiliar de cuidado y psicología han desarrollado acciones con familias previamente vinculadas que aún se encuentran en proceso de intervención.

Se fortalecieron acciones clave dentro del enfoque RBC, tales como la sensibilización sobre discapacidad, derechos humanos y autonomía; orientación en el acceso a servicios de salud, educación e inclusión; formación en habilidades de la vida diaria; actividades con enfoque productivo para cuidadores y usuarios; manejo de la ansiedad y el estrés; técnicas de relajación y autocuidado; resolución de conflictos interpersonales; desarrollo de habilidades de afrontamiento; y promoción de la resiliencia y la autocompasión.

El trabajo articulado entre profesionales, auxiliares y agentes ha contribuido significativamente a mejorar los planes de cuidado, favoreciendo tanto a las personas con discapacidad como a sus entornos familiares. Asimismo, se han consolidado espacios de apoyo psicosocial destinados a ofrecer herramientas de bienestar emocional a los cuidadores, con resultados altamente positivos.

Estas estrategias han impulsado el fortalecimiento de la equidad, la inclusión social y el empoderamiento familiar, reafirmando la importancia de este modelo de intervención comunitaria. Entre los resultados más destacados se encuentran: la reducción significativa de la sobrecarga emocional, con mejoría en el manejo del estrés y disminución de síntomas ansiosos; el fortalecimiento de mecanismos de afrontamiento, con mayor capacidad para enfrentar el agotamiento físico y mental asociado al rol de cuidado; la promoción del autocuidado, con adopción de rutinas personales orientadas a la prevención del síndrome de burnout; la transformación de dinámicas familiares, evidenciada en una distribución más equitativa de responsabilidades al interior del hogar; y la consolidación de redes de apoyo, con aumento en la conexión con recursos familiares y comunitarios que reducen el aislamiento social.

Tabla 13. Grupo de riesgo de Salud Mental

Comentado [14]: KATE

Comentado [DP15]: Se agradece el reporte de las actividades desarrolladas y se solicita la verificación de los siguientes puntos:
* Se sugiere vincular un párrafo que permita la introducción a las actividades desarrolladas.
* Revisar el dato de familias y sesiones reportadas, no coincide con la salida radicada.

LOCALIDAD	TOTAL, DE FAMILIAS INTERVENIDAS POR ACCIONES COLECTIVAS	SESIONES REALIZADAS		TOTAL, DE GRUPOS DE FAMILIAS
		SESIONES PRESENCIALES	SESIONES TELEFÓNICAS	
USAQUÉN	428	1927	3	20
CHAPINERO	77	345	0	19
ENGATIVA	1095	6348	14	169
SUBA	1105	6172	1	130
BARRIOS UNIDOS	151	844	12	17
TEUSAQUILLO	64	317	0	16
TOTAL	**2920**	**15953**	**29**	**371**

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Se observó que durante la vigencia, la mayor proporción de familias intervenidas se concentró en las localidades de Engativá (37,5%; n=1095) y Suba (37,8%; n=1105), mientras que Teusaquillo registró la menor participación con un 2,1% del total.

En este mismo periodo se llevaron a cabo 15953 sesiones de intervención, orientadas a la implementación de planes de cuidado familiar enfocados en el bienestar emocional y la salud mental.

Las acciones desarrolladas se dirigieron a la intervención en problemáticas psicosociales vinculadas con la regulación y expresión emocional. Con este propósito, los profesionales en psicología implementaron estrategias orientadas a la promoción del bienestar psicológico, tales como el fortalecimiento de relaciones interpersonales, el desarrollo de habilidades para la toma de decisiones, el manejo del estrés y la implementación de estrategias de afrontamiento adaptativo. Asimismo, se brindó apoyo integral en salud física y mental, con espacios de diálogo, escucha activa, psicoeducación y el fortalecimiento de patrones de crianza saludables, priorizando el bienestar familiar como eje central.

Un aspecto relevante fueron las intervenciones grupales dirigidas a núcleos familiares, que se consolidaron como una estrategia efectiva para fortalecer el vínculo comunitario y desmitificar la salud mental. Estas acciones contribuyeron a una mayor aceptación social del tema, al tiempo que facilitaron la socialización del Modelo de Salud +Bienestar. La cobertura de estas intervenciones se concentró principalmente en Suba (35.%) y Engativá (45.5%), con menor representación en Teusaquillo (4.3%).

Dentro de las actividades complementarias se incluyó la implementación de espacios de sensibilización comunitaria, diseñados con el propósito de promover el cuidado integral de la salud mental y fomentar la conciencia colectiva sobre la importancia de la prevención primaria en este ámbito. Estos espacios permitieron generar procesos de reflexión crítica en torno a la salud mental y eventos específicos como un componente esencial del

bienestar integral, favoreciendo la reducción del estigma social y fortaleciendo la apropiación de prácticas de autocuidado.

Se priorizó la detección e intervención temprana de problemáticas emocionales y comportamentales, mediante metodologías participativas que facilitaron la identificación de factores de riesgo en etapas iniciales. Esta estrategia, además de permitir una canalización oportuna a servicios especializados, constituyó un mecanismo preventivo frente a la cronificación de síntomas y la aparición de situaciones de crisis.

De igual manera, se llevaron a cabo actividades didácticas y lúdicas con enfoque psicoeducativo, orientadas al fortalecimiento de procesos cognitivos como la atención, la memoria y la resolución de problemas, así como al desarrollo emocional y social de los participantes.Finalmente, se resaltó la difusión activa de los servicios distritales en salud mental, con énfasis en la promoción de líneas de atención en crisis y servicios de orientación psicológica, herramientas que se consolidaron como canales de apoyo accesibles, confidenciales y de rápida respuesta. Esta estrategia no solo amplió la cobertura y disponibilidad de recursos para la población atendida, sino que también fortaleció las rutas de prevención, detección y atención integral en salud mental, constituyéndose en un factor clave para la contención de situaciones de vulnerabilidad emocional y social.

Tabla 14 Grupo de riesgo de Salud Mental por eventos intervenidos

EVENTOS DE SALUD MENTAL	NÚMERO DE FAMILIAS	TOTAL, SESIONES REALIZADAS
ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL	1360	7219
APOYO PSICOLÓGICO EN DUELO	47	255
CONDUCTA SUICIDA	882	4782
VIOLENCIA EN GESTANTES	**38**	**234**
VIOLENCIA REITERADA	**593**	**3463**
TOTAL	**2920**	**15953**

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Durante la vigencia se abordaron 2920 familias pertenecientes al grupo de riesgo en salud mental. Del total de atenciones realizadas en la Subred, el 46,5% correspondió a procesos de acompañamiento psicosocial, orientados a la mitigación de riesgos previamente identificados y al fortalecimiento de habilidades para la vida en los usuarios.

Dichos procesos, fundamentados en estrategias como preguntas orientadoras, tamizajes y el establecimiento de rapport, permitieron reconocer necesidades individuales y familiares

asociadas a factores de riesgo psicosocial, posibilitando la canalización y derivación oportuna de los casos hacia intervenciones psicológicas específicas.

En relación con los eventos registrados, el 30% de los casos estuvieron vinculados a conductas suicidas. Asimismo, se reportaron situaciones de violencia, representadas en un 1,4% en violencia hacia gestantes y un 21,7 % en violencias reiteradas, de acuerdo con la información consolidada en las bases de datos institucionales.

Como resultado de las atenciones, se ejecutaron 15.953 intervenciones, desarrolladas en concordancia con la periodicidad y las acciones definidas para la gestión del riesgo en salud mental. Los resultados de dichas intervenciones variaron en función de factores como la complejidad de los casos, la disposición de los usuarios, las estrategias terapéuticas implementadas y la duración de los procesos. No obstante, de manera general, se identificaron avances significativos en diversas dimensiones del bienestar emocional y psicológico.

Entre los principales logros se resalta la mejora en el manejo emocional. A partir de los seguimientos efectuados, los profesionales evidenciaron que los usuarios han fortalecido su capacidad para identificar, comprender y autorregular sus emociones, competencias socioemocionales esenciales dentro del marco de la promoción de la salud mental.

Este avance se ha visto reflejado en una reducción de respuestas impulsivas y conductas desadaptativas, lo que ha favorecido procesos de autorreflexión previos a la acción. Del mismo modo, se observó un incremento en la tolerancia a la frustración y al malestar emocional, permitiendo respuestas más equilibradas frente a situaciones estresoras o conflictivas.

De igual forma, los procesos de educación en salud mental, en particular aquellos relacionados con habilidades para la vida, han contribuido al desarrollo integral de los usuarios, fortaleciendo aspectos como la autoestima, la toma de decisiones responsables, el manejo emocional y las relaciones interpersonales. Estos aprendizajes no solo impactan de manera positiva el bienestar personal y el rendimiento académico, sino que también promueven una convivencia más pacífica y la reducción de conductas de riesgo.

Finalmente, se evidenció un fortalecimiento en las habilidades de afrontamiento, evaluado mediante la aplicación del tamizaje COPE en las fases iniciales y de cierre de los procesos. Los resultados muestran que, gracias a las acciones implementadas y al cumplimiento de compromisos acordados con las familias, los usuarios han desarrollado mecanismos más efectivos para enfrentar situaciones estresantes, adversas o traumáticas. Este avance ha contribuido al incremento de la resiliencia, la reducción de conductas de evitación y el fortalecimiento de estrategias adaptativas de afrontamiento.

1. **Conclusiones avances y logros de abordaje por perfil de psicología.**

Durante la vigencia se evidenció un impacto significativo en la atención y acompañamiento psicosocial de las familias, con una cobertura destacada en las localidades de Suba y Engativá, donde se concentró la mayor proporción de intervenciones. Las más de 15.000 sesiones desarrolladas reflejan un trabajo sostenido orientado a la promoción del bienestar emocional y la salud mental, mediante estrategias de intervención individual, familiar y comunitaria.

El enfoque integral implementado permitió abordar problemáticas relacionadas con la regulación emocional, la convivencia familiar y la prevención de riesgos psicosociales, fortaleciendo factores protectores como la comunicación asertiva, la toma de decisiones, el manejo del estrés y la construcción de redes de apoyo. Asimismo, las intervenciones grupales y espacios de sensibilización comunitaria se consolidaron como herramientas efectivas para reducir el estigma asociado a la salud mental y favorecer la apropiación del Modelo de Salud +Bienestar en los territorios.

De manera complementaria, la detección temprana de problemáticas emocionales y el fortalecimiento de rutas de atención contribuyeron a una respuesta más oportuna y eficaz frente a situaciones de vulnerabilidad. En conjunto, las acciones adelantadas durante la vigencia consolidaron un proceso de acompañamiento psicosocial centrado en el bienestar familiar, la prevención y la promoción de la salud mental, reafirmando el compromiso institucional con la construcción de comunidades más conscientes, resilientes y saludables.

Tabla 15. Grupo de riesgo de Salud Ambiental

LOCALIDAD	TOTAL DE FAMILIAS INTERVENIDAS POR LA ESTRATEGIA VIVIENDA SALUDABLE	TOTAL DE GRUPOS DE FAMILIAS REALIZADOS
1- usaquén	165	10
2- Chapinero	117	14
10 Engativá	187	33
11 suba	181	12
12 Barrios unidos	159	8
13 Teusaquillo	0	4
Total	809	81

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Desde La estrategia de vivienda saludable se vienen abordando familias con prioridades ambientales de las localidades de la Subred Norte, logrando la intervención de las necesidades de las familias identificadas, en la anterior tabla se describen por localidad, especificando a continuación el total de las intervenciones por localidad. Usaquén con 670, Chapinero con 541, Engativá con 747, Suba con 573 y Barrios Unidos con 760. En términos

Comentado [16]: DIANA

Comentado [DP17]: Se agradece el reporte de las actividades desarrolladas y se solicita la verificación de los siguientes puntos:
* Se sugiere vincular un párrafo que permita la introducción a las actividades desarrolladas.
* Revisar el dato de familias y sesiones reportadas, no coincide con la salida radicada.

generales, se logra identificar que la estrategia mantiene una cobertura acorde a las metas proyectadas

Teniendo en cuenta lo anterior, en el abordaje de viviendas con necesidades ambientales se establecen planes de cuidado familiar, con el objetivo de realizar un diagnóstico participativo que permita visibilizar las problemáticas existentes. A partir de este análisis, se fortalecen estrategias educativas orientadas a la adopción de hábitos sostenibles y al desarrollo de un aprendizaje significativo con enfoque ambiental. Asimismo, se evalúan las acciones implementadas por cada familia, reconociendo los avances y los aprendizajes adquiridos durante el proceso.

De las familias abordadas se evidencian 540 cierres, con la evaluación de riesgos ambientales, alcanzando el cumplimiento de los planes de cuidado familiar, así como se logra la implementación de estrategias donde las personas desarrollan una mayor comprensión de los problemas ambientales locales y globales, así como de sus causas y consecuencias. Así como las familias se sienten capacitadas para actuar frente a los problemas ambientales, convirtiéndose en agentes de cambio en sus contextos.

A partir de la ejecución de acciones con grupos familiares, se abordan temáticas orientadas a sensibilizar y educar a la comunidad sobre los conceptos fundamentales de la salud ambiental. Estas actividades buscan identificar puntos en común entre las familias, especialmente aquellos relacionados con su cercanía a aeropuertos, cerros, humedales o ríos. El objetivo es promover prácticas responsables en el manejo y aprovechamiento de los residuos generados, contribuyendo así a la construcción de entornos más saludables y sostenibles.

Tabla 16. Grupo de riesgo de Salud Bucal

LOCALIDAD	TOTAL DE FAMILIAS INTERVENIDAS POR LA ESTRATEGIA CUIDADO Y AUTOCUIDADO PARA LA SALUD BUCAL FAMILIAR.	TOTAL DE GRUPOS DE FAMILIAS REALIZADOS
1-USAQUÉN	131	4
10-ENGATIVÁ	611	34
11-SUBA	443	24
12-BARRIOS UNIDOS	57	5
13-TEUSAQUILLO	3	4

Comentado [18]: DANI

Comentado [DP19]: Se agradece el reporte de las actividades desarrolladas y se solicita la verificación de los siguientes puntos:
* Se sugiere vincular un párrafo que permita la introducción a las actividades desarrolladas.
* Revisar el dato de familias y sesiones reportadas, no coincide con la salida radicada.

2-CHAPINERO	|	2
TOTAL	1246	73

A lo largo de la vigencia comprendida desde el 10 de diciembre de 2024 al 30 de septiembre de 2025, la estrategia "Cuidado y Autocuidado para la Salud Bucal Familiar" ha venido consolidándose como una acción fundamental para la promoción de la salud oral. Durante este período se ha logrado impactar de forma directa a un número significativo de familias en las seis localidades de la Subred Norte, mediante acciones sistemáticas de educación, prevención y acompañamiento.

En total, fueron intervenidas 1.246 familias y se realizaron 73 grupos de familias distribuidos en las seis localidades de la Subred Norte. La mayor cobertura se registró en la localidad de Engativá, con 611 familias intervenidas y 34 grupos conformados, seguida de Suba, con 443 familias y 24 grupos. En Usaquén se atendieron 131 familias y se conformaron 4 grupos, mientras que en Barrios Unidos se beneficiaron 57 familias y se formaron 5 grupos. Por su parte, Teusaquillo reportó 3 familias intervenidas y 4 grupos, y Chapinero tuvo una intervención más limitada, con información incompleta en número de familias, pero con 2 grupos familiares realizados.

La distribución por género mostró un predominio de la participación femenina, alcanzando un 65,4 % de mujeres frente a un 34,6 % de hombres, lo cual reafirma el rol activo de las mujeres en el cuidado familiar y la promoción de la salud bucodental.

Las intervenciones grupales dirigidas a núcleos familiares fueron fundamentales para el fortalecimiento del vínculo comunitario. Estas sesiones abordaron temas clave como:

- La importancia de asistir periódicamente a los servicios odontológicos.
- La mejora de los hábitos de higiene bucal.
- El uso adecuado de elementos necesarios para una correcta higiene oral.

Estas acciones permitieron sensibilizar a la comunidad sobre la relevancia del cuidado bucodental, promoviendo la apropiación del modelo Mas Bienestar, y fomentando una cultura de autocuidado y prevención.

En cuanto al recurso humano, se contó con cinco odontólogos transversales para cubrir las seis localidades. Sin embargo, dada la magnitud de la población intervenida, no fue posible alcanzar la cobertura total esperada. Esto sugiere que las intervenciones odontológicas se focalizaron en las necesidades más urgentes.

Las actividades desarrolladas incluyeron sesiones educativas sobre técnicas correctas de cepillado dental y prevención de enfermedades orales, entregadas directamente a las familias. Esto ha tenido un impacto positivo en la mejora de los hábitos de higiene bucal y en la disminución de riesgos

asociados a enfermedades dentales. A pesar de los avances, persisten algunos obstáculos para alcanzar una mejora sostenible en las prácticas de salud bucal dentro de la comunidad.

Finalmente, como resultado de la estrategia, se logró la concertación y cierre exitoso del plan de cuidado familiar con 859 familias, quienes participaron activamente en las sesiones informativas y demostraron avances en sus prácticas de autocuidado oral.

Tabla 17. Equipos Étnicos. Población Negra – Afrocolombiana

Comentado [20]: MONICA

LOCALIDAD	Número de familias con Formulación e implementación de Plan de Cuidado Diferencial en Familias de comunidades Negras y Afrocolombiana	Número de acciones colectivas diferenciales con familias étnicas de comunidades negras y afrocolombiana	Número de acciones propias de medicina ancestral de comunidades negras y afrocolombianas	Número de atenciones Individuales de comunidades negras y afrocolombianas		
				Medicina	Enfermería	Nutrición
Kennedy						
Total						

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Establecer análisis de los resultados generados teniendo en cuenta cada uno de los grupos de riesgo identificados y atendidos con los resultados obtenidos.

Tabla 20. Equipos Étnicos. Población Indígena Emberá

LOCALIDAD	Número de familias con caracterización familiar para la identificación de riesgos en salud Población	Número de acciones colectivas diferenciales con familias étnicas de Población	Número de acciones propias de medicina ancestral de Población Indígena Emberá	Número de atenciones Individuales de población Indígena Embera		
				Medicina	Enfermería	Nutrición

	Indígena Emberá	Indígena Emberá				
Kennedy						
Total						

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Establecer análisis de los resultados generados teniendo en cuenta cada uno de los grupos de riesgo identificados y atendidos con los resultados obtenidos.

Comentado [ML21]: No se cuenta con información para revisar

Tabla 23. VACUNACIÓN

Comentado [22]: DANI

Vacunación	Usuarios Remitidos	Usuarios Vacunados
Menores de 5 años	309	211
Gestantes	106	46
Mayores de 60 años	3517	1483
Total	3932	1740

Durante el periodo evaluado, se llevó a cabo un seguimiento riguroso al proceso de vacunación dirigido a grupos poblacionales en situación de riesgo, con el objetivo de garantizar la cobertura y el cumplimiento de los esquemas establecidos por el programa de inmunización. En total, se remitieron 3932 usuarios al servicio de vacunación, de los cuales 1740 completaron el proceso, lo que representa una cobertura global del 44,3% en relación con las personas referidas, lo que evidencia la necesidad de reforzar las estrategias de sensibilización, seguimiento y acceso a la vacunación, especialmente en gestantes y adultos mayores.

El grupo de **menores de 5 años** presenta la mayor cobertura de vacunación, con un 68.3 %, lo cual es positivo dada la prioridad en la inmunización de esta población infantil. Las **gestantes** muestran una cobertura del 43.4 %, lo que indica la necesidad de fortalecer las estrategias de captación y seguimiento para aumentar la adherencia a los esquemas de vacunación.
Los **mayores de 60 años**, pese a ser el grupo más numeroso en términos de remisiones, tienen una cobertura del 42.2 %, lo cual señala una oportunidad de mejora en dirigidas a este grupo.

como parte de las acciones desarrolladas por el equipo de salud, se administraron vacunas correspondientes a otros biológicos, incluyendo Virus del Papiloma Humano (VPH), sarampión y rubéola, COVID-19 y hepatitis B, contribuyendo de manera significativa al fortalecimiento del esquema nacional de inmunización.

Por lo que se puede concluir que los resultados obtenidos permiten destacar una gestión eficaz del proceso de vacunación, especialmente en los grupos de niños menores de 5 años y gestantes, donde se alcanzó una cobertura del 68,3%. En cuanto a los adultos mayores, si bien la cobertura fue alta, persisten desafíos que requieren estrategias focalizadas para mejorar el acceso y asegurar la adherencia al proceso de inmunización. Se recomienda reforzar los mecanismos de seguimiento post-remisión y continuar fortaleciendo la coordinación entre niveles de atención, con el fin de alcanzar una cobertura integral y sostenida en todos los grupos priorizados.

4.2.3. ATENCIÓN DE JORNADAS Y CONTINGENCIAS

Comentado [23]: DIANA

Relación de las jornadas, contingencias, alertas de salud pública atendidas por el equipo, describiendo las actividades desarrolladas:

Mes	cantidad	Nombre de la Jornada/Contingencia	Actividad Realizada	Talento Humano que participó (Técnicos y Profesionales	Cantidad de Talento Humano que participó (Técnicos y Profesionales	Horas empleadas
Febrero	**1**	**AGENCIA NACIONAL DE TIERRAS**	Realizar atención en salud a comunidad requerida	**Médico y auxiliar de enfermeria**	**2**	**14**
Febrero	**1**	**HOTEL BUSINESS CENTER**	Realizar atención en salud a comunidad	**Médico y auxiliar de enfermeria**	**2**	**8**

			requerida			
Marzo	**6**	**JORNADA EMBERA UPI**	Realizar atención en salud a comunidad requerida	**Auxiliar de enfermeria**	**6**	**48**
Marzo	**1**	**HOTEL MARRIOT BOGOTA**	Realizar atención en salud a comunidad requerida	**Auxiliar de enfermeria**	**1**	**4**
Abril	**56**	**FIEBRE AMARILLA**	Realizar encuesta, consentimiento y seguimiento telefónico de población mayor de 60 años para vacunación contra fiebre amarilla	**Médico y auxiliar de enfermeria**	**54**	**396**

Abril	**1**	**FUNDACION DE LA MADRE Y EL NIÑO**	Realizar atención en salud a comunidad requerida	**Auxiliar de enfermeria**	**1**	**4**
Abril	**3**	**MINGA INDIGENA**	Realizar atención en salud a comunidad requerida	**Medico, auxiliar de enfermeria y enfermera**	**10**	**30**
Mayo	**132**	**FIEBRE AMARILLA**	Realizar encuesta, consentimiento y seguimiento telefónico de población mayor de 60 años para vacunación contra fiebre amarilla	**Médico y auxiliar de enfermeria**	**132**	**1112**
Mayo	**1**	**Dia de la Famila**	Realizar socialización del	**Auxiliar de enfermería y terapeutas**	**9**	**81**

			modelo de atención			
Mayo	**1**	**EMBERA HOTEL BUSSINES**	Realizar atención en salud a comunidad requerida	**Medico**	**1**	**3**
Mayo	**22**	**PARQUE NACIONAL EMBERA**	Realizar atención en salud a comunidad requerida	**Médico, Auxiliar de enfermeria, enfermero**	**41**	**324**
Mayo	**2**	**MINGA INDIGENA**	Realizar atención en salud a comunidad requerida	**Médico, enfermera**	**4**	**48**
Junio	**32**	**FIEBRE AMARILLA**	Realizar encuesta, consentimiento y seguimiento telefónico de población mayor	**Médico y auxiliar de enfermería y enfermero**	**65**	**744**

			de 60 años para vacunación contra fiebre amarilla			
Junio	**21**	**PARQUE NACIONAL EMBERA**	Realizar socialización del modelo de atención	**Médico, Auxiliar de enfermeria, enfermero**	**53**	**477**
Junio	**3**	**PAGA DIARIOS**	Realizar atención en salud a comunidad requerida	**Médico, Auxiliar de enfermeria,**	**10**	**66**
Julio	**31**	**FIEBRE AMARILLA**	Realizar encuesta, consentimiento y seguimiento telefónico de población mayor de 60 años para vacunación	**Médico y auxiliar de enfermería y enfermero**	**60**	**720**

			contra fiebre amarilla			
Julio	**3**	**PAGA DIARIOS**	Realizar atención en salud a comunidad requerida	**Médico, Auxiliar de enfermería.**	**11**	**66**
Julio	**4**	**HABITANTE DE CALLE**	Realizar atención en salud a comunidad requerida	**Médico, Auxiliar de enfermería.**	**8**	**56**
Julio	**11**	**PARQUE NACIONAL EMBERA**	Realizar socialización del modelo de atención	**Médico, Auxiliar de enfermeria**	**11**	**97**
Agosto	**20**	**FIEBRE AMARILLA**	Realizar encuesta, consentimiento y seguimiento telefónico de población mayor de 60 años	**Médico y auxiliar de enfermería y enfermero**	**98**	**960**

			para vacunación contra fiebre amarilla			
Agosto	**3**	**PARQUE NACIONAL EMBERA**	Realizar socialización del modelo de atención	**Enfermera**	**3**	**26**
Agosto	**2**	**UPI LA FLORIDA EMBERA**	Realizar socialización del modelo de atención	**Medico**	**2**	**12**
Agosto	**4**	**HABITANTE DE CALLE**	Realizar atención en salud a comunidad requerida	**Médico, Auxiliar de enfermería.**	**6**	**42**
Septiembre	**19**	**FIEBRE AMARILLA**	Realizar encuesta, consentimiento y seguimiento telefónico de población mayor de 60	**Médico y auxiliar de enfermería y enfermero**	**95**	**900**

			años para vacunación contra fiebre amarilla			
septiembre	**7**	**UPI LA FLORIDA EMBERA**	Realizar socialización del modelo de atención	**Médico, auxiliar de enfermeria, psicologia , enfermeria**	**11**	**96**
Septiembre	**2**	**HABITANTE DE CALLE**	Realizar atención en salud a comunidad requerida	**Médico, Auxiliar de enfermería.**	**6**	**42**
Septiembre	**2**	**PAGA DIARIO**	Realizar atención en salud a comunidad requerida	**Médico, Auxiliar de enfermería.**	**8**	**48**

5. GESTIÓN OPERATIVA

Para la vigencia se realizaron diferentes acciones de planeación y organización para la ejecución del convenio, iniciando por la consecución del talento humano; con el fin de

garantizar la ejecución del plan programático presupuestal para cada uno de los productos, de esta manera mes a mes se evidenció un incremento de contratación de talento humano siendo septiembre del 2025 el mes con mayor talento humano contratado con 312 perfiles entre profesionale, técnicos, especializados etc; el perfil con mayor rotación de talento humano fue auxiliares de enfermeras y enfermeras, siendo el perfil de más difícil consecución y rotación , los principales motivos al realizar terminación de contrato por estos perfiles hacen referencia a motivos personales, otras oportunidades laborales, ofertas más cercanas a lugar de su residencia entre otras.

Adicionalmente se planeo y organizo el talento humano administrativo con el fin de que contaran con sus insumos y puestos de trabajo por lo anterior; durante la vigencia se organizaron las sedes de operación para los EBEH en 3: Ferias, Fray Bartolomé de las casas y servitá.

Se realiza cronograma de fortalecimientos técnicos al interior de la subred, con el objetivo de garantizar apropiación conceptual para la operación de los EBEH, como inducciones en el aplicativo, inducción en campo entre otros fortalecimientos, dependiendo de la temática y planeación mesas que, se se concertaba con las líderes dinamizadoras y profesionales de apoyo, de acuerdo a las necesidades del talento humano operativo.

Se participó en mesas de trabajo con la dirección de gestión del riesgo para planear las consecución y contratos para los insumos requeridos para la operación gestionando insumos físicos, biomédicos, de talento humano y propias de la operación: seguimiento a talento humano, reuniones de proceso de acreditación y mesas de gestión del riesgo

5.1.1 COORDINACIÓN TECNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

A continuación se relaciona la distribución de talento humano por perfil, número de personas requeridas, contratadas y pendiente por contratar de acuerdo a cómo finalizó el convenio; en el cual se evidenció un total del 82% del talento humano contratado para el mes en mención, evidenciando que fue el mes con mayr talento humano contratado, es importante resaltar que, durante la ejecución del convenio se implementaron diferentes estrategias para la seleccion y contratacion de cada uno de los perfiles .

Tabla 26. Distribución del Talento Humano

PERFIL	SUBRED NORTE			
	No de personas requeridas	No de personas contratadas	Pendiente por contratar	% de contratación
COORDINADOR	1	1	0	100%
TECNICO ADMINISTRATIVO	2	2	0	100%
DINAMIZADOR TERRITORIAL DE GESTION DEL RIESGO (ORGANIZADO POR LOCALIDADES)	2	2	0	100%
APOYO	9	9	0	100%
INGEN SIS	1	1	0	100%
GEOGRAFO	2	2	0	100%
TECNICOS SISTEMAS	5	5	0	100%
PROFESIONAL UNIVERSITARIO	1	1	0	100%
INGENIERO DISTRITAL	0	0	0	100%
BACHILLER ACCESO	9	8	1	89%
TECNICO AVANZADA	4	4	0	100%
GESTOR COMUNITARIO	4	4	0	100%
PROMOTOR (TECNICO AXILIAR DE ENFEMERIA)	200	150	50	75%
MEDICO	8	8	0	100%
ENFERMERIA	28	19	9	67,8%
PSICOLOGIA	28	27	1	96%
NUTRICION	2	2	0	100%
TERAPIA	7	4	3	57%
AGENTE DE CAMBIO	3	3	0	100%
CIENCIAS AMBIENTALES	1	1	0	100%

TECNICO AMBIENTAL	5	5	0	100%
ODONTOLOGIA	5	4	0	80%
PSICOLOGO CLINIICO	3	3	0	100%
AUXILIARES CUIDADORES	9	9	0	100%
GESTORES ETNICOS	18	17	1	94%
PROFESIONAL ETNICO	6	6	0	100%
TÉCNICO ETNICO	10	10	0	100%
TOTAL	380	312	68	**82%**

Fuente: Talento Humano EBEH 2025

Establecer análisis de los resultados generados.

Tabla 27. Ejecución financiera Plan programático y presupuestal - PPP

MES	VALOR PROGRAMADO	VALOR EJECUTADO	% DE EJECUCIÓN	VALOR SUBEJECUTADO	% SUB EJECUCIÓN
dic-24	$ 579.184.577	$ 579.184.577	100%	$ 0,00	0%
ene-25	$ 910.713.367	$ 910.713.367	100%	$ 0,00	0%
feb-25	$ 934.757.676	$ 934.757.676	100%	$ 0,00	0%
mar-25	$ 1.032.822.170	$ 1.032.822.170	100%	$ 0,00	0%
abr-25	$ 913.460.474	$ 913.460.474	100%	$ 0,00	0%
may-25	$ 1.007.702.159	$ 1.007.702.159	100%	$ 0,00	0%
jun-25	$ 1.043.844.149	$ 1.043.844.149	100%	$ 0,00	0%
jul-25	$ 1.122.998.290	$ 1.122.998.290	100%	$ 0,00	0%
ago-25	$ 1.757.759.150	$ 1.203.181.138	68%	$ 554.578.012	32%
sep-25	$ 1.494.824.648	$ 1.208.375.427	81%	$ 286.449.221	19%
TOTAL	**$ 10.798.066.660**	**$ 9.957.039.427**	**92%**	**$ 841.027.233**	**8%**

Fuente: Información consolidada corte al 30 de septiembre de 2025, basada en la Matriz PPP (Plan Programático Presupuestal) del convenio.

Se analiza el comportamiento de la ejecución financiera del Plan Programático y Presupuestal (PPP) durante el periodo comprendido entre diciembre de 2024 y septiembre de 2025. Evaluando el grado de cumplimiento respecto al valor programado mensual y se identifican los meses con sub-ejecución, con el fin de proponer recomendaciones orientadas a mejorar la gestión financiera del convenio.

La ejecución financiera del Plan Programático y Presupuestal (PPP) muestra una mejora progresiva en el comportamiento mensual, alcanzando para el periodo comprendido entre diciembre 2024 a septiembre de 2025 una ejecución acumulada del 92%, equivalente a $9.957.039.427 del total programado de $10.798.066.660. A pesar del avance, aún persiste una subejecución del 8%, equivalente a $841.027.233. Lo que evidencia que el valor programado es consecuente con el ejecutado, denotando una buena planificación y un seguimiento adecuado. Durante los meses de diciembre 2024 a julio 2025, la ejecución presupuestaria fue del 100%, reflejando un cumplimiento óptimo de las metas financieras planificadas.

Respecto del mes de septiembre de 2025 se ejecutó el 81% del total programado, correspondiente a $1.208.375.427, presentando una subejecución del 19%, es decir, $286.449.221, lo que indica que se deben encaminar esfuerzos en incrementar la ejecución de los productos del convenio. A pesar de la mejora continua, se ha identificado previamente, uno de los factores que limitó un alcance completo de los objetivos del convenio ha sido la disponibilidad insuficiente de talento humano, lo que ha afectado la capacidad operativa y, por tanto, el cumplimiento de las metas programadas.

El desempeño en la ejecución financiera del Plan Programático y Presupuestal (PPP) durante el periodo diciembre 2024 a septiembre 2025 fue positivo, con una ejecución global del 92%. No obstante, es necesario atender las causas que generaron sub-ejecución en los últimos dos meses del periodo analizado, ya que representan un riesgo para la eficiencia y cumplimiento de los objetivos del convenio.

Tabla 28. Ejecución financiera

CONCEPTO	VALOR PROGRAMADO	VALOR EJECUTADO	% DE EJECUCIÓN	VALOR SUBEJECUTADO	% SUBEJECUCIÓN
TALENTO HUMANO	$ 10.798.066.661	$ 9.957.039.428	92%	$ 841.027.233	8%
INSUMOS	$ 647.884.000	$ 597.422.366		$ 50.461.634	
ADMINISTRATIVOS	$ 3.023.458.665	$ 2.787.971.040		$ 235.487.625	
TOTAL	$ 14.469.409.326	$ 13.342.432.833		$ 1.126.976.493	

Fuente: Información consolidada con datos proporcionados por la Matriz PPP (Informe de Gestión Plan Programático Presupuestal), áreas de Recursos Físicos, Dirección Administrativa, Costos, TICS, actualizados a agosto 2025.

La ejecución en el talento humano es bastante alta (92%), lo que indica que se utilizó la mayor parte del presupuesto asignado para Talento Humano. Sin embargo, hay un 8% de subejecución, lo que significa que una porción del presupuesto no se utilizó, pero esta cifra podría haber sido por razones como falta de talento humano, ajustes en la contratación o cambios en los planes de personal.

Respecto de los insumos, esta categoría muestra un porcentaje alto de ejecución de $597.422.366 respecto del valor programado. Mostrando que no se ha utilizado el total del presupuesto proyectado para insumos. La diferencia puede obedecer a retrasos en la adquisición de materiales, cambios en la estrategia de compra, o problemas logísticos.

Con relación a los gastos administrativos, la ejecución en este rubro es de $2.787.971.040, y la subejecución de $235.487.625. Muestra que el 8% del presupuesto no se ha utilizado. Este patrón de ejecución revela que, aunque se han logrado avances en algunas áreas, persiste una significativa subejecución en todos los rubros, lo cual está relacionado con limitaciones en la disponibilidad de talento humano.

El total global muestra un 92% de ejecución y un 8% de subejecución. Esto indica que, en general, se ha ejecutado una buena parte del presupuesto, pero una cantidad significativa sigue sin utilizarse. El total subejecutado ($841.027.233) es una cifra importante, lo que sugiere que se tiene una relación directamente proporcional con las limitaciones del talento humano.

Tabla 29. Desembolsos realizados

NÚMERO DE DESEMBOLSO	VALOR DESEMBOLSADO	No. FACTURA	FECHA
PRIMER DESEMBOLSO	$ 1.996.986.847	SN288579	dic-24
SEGUNDO DESEMBOLSO	$ 952.251.949	SN305946	ene-25
TERCER DESEMBOLSO	$ 1.224.323.935	SN330043	feb-25

CUARTO DESEMBOLSO	$ 1.224.323.935	SN354157	mar-25
QUINTO DESEMBOLSO	$ 1.224.323.935	SN383670	abr-25
SEXTO DESEMBOLSO	$ 476.394.838	SN409200	may-25
SÉPTIMO DESEMBOLSO	$ 785.427.964	SN440588	jun-25
OCTAVO DESEMBOLSO	$ 785.427.964	SN468988	jul-25
NOVENO DESEMBOLSO	$ 785.427.965	SN532266	sep-25
DÉCIMO DESEMBOLSO	$ 712.464.998	SN562161	oct-25
TOTAL	**$ 10.167.354.330**		

Fuente: Dirección Financiera y área de Facturación de la Subred Norte, información consolidada con corte a 30 de agosto de 2025, basada en los registros de facturación y desembolsos relacionados con el convenio.

En el marco del convenio de Equipos Básicos Extramurales de Hogar, el FFDS ha desembolsado hasta la fecha un total de $10.167.354.330 de los recursos estipulados en la minuta como aporte al convenio. Se observa una tendencia en la que los desembolsos iniciales (diciembre, enero, febrero, marzo y abril) fueron más altos, con el mayor desembolso realizado en diciembre. Luego, en mayo y junio, los desembolsos disminuyeron en comparación con los primeros. Los desembolsos se realizaron en intervalos mensuales, entre diciembre de 2024 y septiembre de 2025, con la misma cantidad en tres meses consecutivos (febrero, marzo y abril) y (junio, julio y agosto).

5.1.2. CONTRATOS ESTABLECIDOS

Realice la descripción de los contratos establecidos durante la vigencia del convenio y como estos aportaron para la ejecución de las actividades de los equipos MAS Bienestar en tu hogar.

Tabla 30. Contratos vigentes (no talento humano)

No	CONTRATO	PROCESO SECOP	CONTRATISTA	OBJETO	FECHA	VALOR	PLAZO
1	002-2024	Unión Temporal Subred Norte JHS - TEA	Unión Temporal Subred Norte JHS - TEA	Contratar el servicio de transporte especial de pasajeros para el ejercicio del cumplimiento de las funciones de las unidades de prestación de servicios que conforman la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	15/04/2025	$ 109.400.000	30 días
2	042-2025	Necsoft S.A.S.	Necsoft S.A.S.	Contratar el servicio de alquiler de equipos de cómputo de escritorio y portátiles que permitan la adecuada prestación de los servicios y cubrimiento de la demanda de estos equipos.	01/05/2025	$ 87.077.060	2 meses
3	9030714044-13	TIGO - UNE	TIGO - UNE	Prestar el servicio de proveedor de datos mediante el paquete, el cual incluirá la provisión de conectividad de datos móviles, para satisfacer las necesidades de operación del convenio.	22/04/2025	$ 54.567.700	30 días

Fuente: SECOP II y Facturas proveedores mes de agosto de 2025

Del informe descrito anteriormente se precisa indicar que los contratos se encuentran vigentes; siendo los dos primeros contratos No. 002-2024 con UNIÓN TEMPORAL SUBRED NORTE JHS – TEA y No. 042-2025 con NECSOFTPC SAS correspondientes a procesos públicos adjudicados a través de la plataforma de compras electrónicas SECOP II. Conforme la información de la plataforma SECOP II, estos contratos se suscribieron en el año 2024 y 2025 respectivamente, los cuales se han venido adicionando y prorrogando para suplir la necesidad del servicio, en cumplimiento de las condiciones establecidas en el convenio. Mientras que el contrato con TIGO – UNE corresponde a Prestación de Servicios Públicos, que incluye la provisión de conectividad de datos móviles y minutos a celular para satisfacer las necesidades operativas del convenio, el cual no hace parte del SECOP II.

5.1.3. GESTIÓN AMBIENTAL

Durant la vigencia, la subred continuó implementando acciones de salud ambiental, implementando el Plan Institucional de Gestión Ambiental, el cual se convierte en un instrumento de planificación de la promoción de la gestión ambiental.

En este sentido la subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, consciente de su responsabilidad frente al mejoramiento de las condiciones ambientales del distrito, presenta su Plan Institucional de Gestión Ambiental - PIGA que se convierte en un instrumento básico para formular, diseñar, describir y ejecutar planes y proyectos que mejoren la calidad ambiental de la entidad y que busquen crear una cultura ambiental que armonice el bienestar, productividad, competitividad y compromiso de la institución frente a los lineamientos de la política ambiental distrital.

Dentro de su contenido el PIGA inicia con el establecimiento de estrategias de acción enmarcadas en la educación, sensibilización, capacitación, acciones para el fortalecimiento institucional, recursos financieros e importancia de comprometerse al mejoramiento continuo, seguimiento y evaluación de la gestión ambiental.

Como parte fundamental dentro del plan, se encuentra el análisis de la situación ambiental donde se describen las condiciones geográficas, territoriales, organización institucional, valoración de las condiciones del entorno, análisis de las condiciones internas y el análisis del uso y manejo de los recursos, esta parte es fundamental para la formulación de los planes y proyectos que mejorarán las condiciones ambientales de la institución.

De acuerdo a lo anterior, los EBEH, garantiza que el plan institucional se cumpla, desde las acciones propias de los colaboradores que pertenecen a los equipos, en este sentido, en las instalaciones donde se encuentran los colaboradores administrativos, se dispone según el plan, las canecas para la clasificación de los residuos y cuartos donde se hace la disposición final; asimismo, de acuerdo a las acciones realizadas para la toma de glucometría, se garantiza los insumos para la aplicación y disposición del mismo, entregando guardianes y orientando a los colaboradores frente a la rotulación y disposición final de los mismos, las cuales se realizan en las unidades de servicio de salud de la Subred.

5.2. DINAMIZACIÓN DE LAS ACCIONES DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES DE HOGAR.

Durante la vigencia se realizaron acciones para la planeación y organización del nuevo convenio, se realizaron mesas de análisis con el equipo de geógrafos para avanzar en el ejercicio de delimitación territorial, y asimismo avanzar en el ejercicio de asignación de talento humano.

Se participaron en las mesas locales de salud, para cada una de las localidades, se avanzó en seguimiento cualitativo de acuerdo a los cortes realizados por trimestres del plan local

de bienestar para cada una de las localidades procesos de articulación constante con el sector y otros sectores como respuesta a la implementación del modelo más bienestar, se recuerdan las diferentes necesidades que se abordan en las localidades de la subred norte como embarazos en adolescentes de 10 a 14 años, violencia intrafamiliar y de género, conducta suicida, transmisión de ITS en adolescentes y jóvenes, MME extrema en adolescentes y jóvenes y consumo de spa, las cuales están priorizadas en las mesas locales de bienestar, aportando así al plan de acción de cada localidad para disminuir los riesgo de esta población

Se realizaron articulaciones conjuntas con las acciones individuales y colectivas que se requieran para cada familia abordada; junto con las profesionales de apoyo, profesional de acceso para dar respuesta a cada una de las necesidades de las familias según rutas integrales de atención. Así mismo se realizaron mesas de trabajo con los profesionales de cohorte, para identificar avances en el ruteo mes a mes y acciones de mejora para aumentar la respuesta efectiva para cada una de las cohortes, estrategias que fueron socializadas con el equipo de profesionales de apoyo y operativos.

Se realizó Consolidación y seguimiento a indicadores trazadores, identificando los avances por cada uno. Se participó en mesas sectoriales convocadas por análisis y políticas y otros espacios intersectoriales que permitieron el posicionamiento de las acciones de EBEH en el territorio.

5.2.1. GERENCIA DE LA INFORMACIÓN.

1. Describa el resultado final y logros en la implementación de los tableros de control, su operación y articulación con los demás perfiles

Proceso	Descripción
Resultado final en implementación	En el contexto de la implementación de los nuevos procesos establecidos en el convenio vigente, se han desarrollado distintas herramientas que facilitan un control más detallado y eficiente de las acciones definidas en los lineamientos. Estos tableros de monitoreo se elaboran de forma gradual, en función de las necesidades operativas que surgen día a día, por lo que su diseño está en constante evolución y mejora continua. En cuanto a la gestión de Ruteo, se evidenció un progreso notable en el seguimiento de los estados “Contactado” y “Visita en campo”, durante el

periodo del 11 de diciembre al 30 se septiembre es de (8443 casos) lo que muestra una gran gestión por el equipo operativo

Se realiza el envío diario de pre-críticas, así como la revisión de concordancias y módulos pendientes, con el objetivo de facilitar el seguimiento por parte de los profesionales de apoyo y garantizar la verificación correspondiente durante los días asignados para la pre-crítica por el equipo técnico y los digitadores.

El análisis evidencia una mejora general en la oportunidad de los registros gracias al uso de los tableros. Se destacan los avances en Enfermería, Odontología y Psicología, que reflejan un impacto positivo en la calidad de los procesos. AUXHOG mantiene altos niveles de cumplimiento y PROFAM logró iniciar con registros oportunos. Sin embargo, se observa un retroceso en Terapeutas, lo cual requiere seguimiento y acciones correctivas. En conjunto, los resultados confirman que el tablero es una herramienta efectiva para reducir hallazgos y optimizar la gestión por perfil.

Oportunidad caracterizaciones

MES	DICIEMBRE			ENERO		
PERFIL	TOTAL REGISTROS	REGISTROS CON OPORTUNIDAD	PORCENTAJE DE OPORTUNIDAD	TOTAL REGISTROS	REGISTROS CON OPORTUNIDAD	PORCENTAJE DE OPORTUNIDAD
AUXHOG	3933	2394	60,9%	5161	4158	80,6%
ENFERMERIA	97	24	24,7%	194	92	47,4%
PSICOLOGIA	126	64	50,8%	214	129	60,3%
TERAPEUTA	12	3	25,0%	39	26	66,7%
AMBIENTAL	24	3	12,5%	8	0	0,0%
ODONTOLOGIA	0	0	0%	5	3	60,0%
PSICLINICOS	10	0	0,0%	11	9	81,8%
PROFAM	0	0	0%	0	0	0%

MES	FEBRERO			MARZO		
PERFIL	TOTAL REGISTROS	REGISTROS CON OPORTUNIDAD	PORCENTAJE DE OPORTUNIDAD	TOTAL REGISTROS	REGISTROS CON OPORTUNIDAD	PORCENTAJE DE OPORTUNIDAD
AUXHOG	5839	4874	83,5%	6593	5236	79,4%
ENFERMERIA	257	156	60,7%	456	306	67,1%
PSICOLOGIA	206	99	48,1%	220	109	49,5%
TERAPEUTA	51	15	29,4%	131	58	44,3%
AMBIENTAL	50	40	80,0%	105	94	89,5%
ODONTOLOGIA	111	76	68,5%	69	8	11,6%
PSICLINICOS	40	3	7,5%	65	45	69,2%
PROFAM	1	0	0,0%	0	0	0,0%

MES	ABRIL			MAYO		
PERFIL	TOTAL REGISTROS	REGISTROS CON OPORTUNIDAD	PORCENTAJE DE OPORTUNIDAD	TOTAL REGISTROS	REGISTROS CON OPORTUNIDAD	PORCENTAJE DE OPORTUNIDAD
AUXHOG	6708	4778	71,2%	6176	4824	78,1%
ENFERMERIA	467	284	60,8%	329	226	68,7%
PSICOLOGIA	232	107	46,1%	267	116	43,4%
TERAPEUTA	63	28	44,4%	109	37	33,9%
AMBIENTAL	87	54	62,1%	74	48	64,9%
ODONTOLOGIA	71	43	60,6%	36	21	58,3%
PSICLINICOS	44	30	68,2%	28	9	32,1%
PROFAM	0	0	0%	0	0	0%

MES	JUNIO			JULIO		
PERFIL	TOTAL REGISTROS	REGISTROS CON OPORTUNIDAD	PORCENTAJE DE OPORTUNIDAD	TOTAL REGISTROS	REGISTROS CON OPORTUNIDAD	PORCENTAJE DE OPORTUNIDAD
AUXHOG	6734	6010	89,2%	7720	7318	94,8%
ENFERMERIA	256	155	60,5%	288	248	86,1%
PSICOLOGIA	233	139	59,7%	354	268	75,7%
TERAPEUTA	104	74	71,2%	116	71	61,2%
AMBIENTAL	96	72	75,0%	33	27	81,8%
ODONTOLOGIA	207	133	64,3%	99	84	84,8%
PSICLINICOS	15	11	73,3%	43	32	74,4%
PROFAM	0	0	00,0%	1	1	100,0%

MES	AGOSTO			SEPTIEMBRE		
PERFIL	TOTAL REGISTROS	REGISTROS CON OPORTUNIDAD	PORCENTAJE DE OPORTUNIDAD	TOTAL REGISTROS	REGISTROS CON OPORTUNIDAD	PORCENTAJE DE OPORTUNIDAD
AUXHOG	9285	9117	98,2%	9418	9129	96,9%
ENFERMERIA	290	289	99,7%	202	200	99,0%
PSICOLOGIA	328	328	100,0%	273	271	99,3%
TERAPEUTA	73	55	75,3%	110	105	95,5%
AMBIENTAL	86	86	100,0%	90	90	100,0%
ODONTOLOGIA	118	116	98,3%	102	98	96,1%
PSICLINICOS	33	33	100,0%	34	34	100,0%
PROFAM	1	1	100,0%	0	0	0,0%

Oportunidad VSP

Oportunidad eventos VSP						
MES	DICIEMBRE			ENERO		
PERFIL	TOTAL REGISTROS	REGISTROS CON OPORTUNIDAD	PORCENTAJE DE OPORTUNIDAD	TOTAL REGISTROS	REGISTROS CON OPORTUNIDAD	PORCENTAJE DE OPORTUNIDAD
PSICOLOGIA	1432	982	68,6%	1952	1349	69,1%
PSICLINICOS	267	192	71,9%	333	236	70,9%
ENFERMERIA	943	548	58,1%	1212	880	72,6%
PROFAM	7	5	71,4%	6	6	100,0%
AMBIENTAL	695	515	74,1%	306	157	51,3%
TERAPEUTA	471	372	79,0%	223	130	58,3%
ODONTOLOGIA	554	487	87,9%	279	267	95,7%

Oportunidad eventos VSP

MES	FEBRERO			MARZO		
PERFIL	TOTAL REGISTROS	REGISTROS CON OPORTUNIDAD	PORCENTAJE DE OPORTUNIDAD	TOTAL REGISTROS	REGISTROS CON OPORTUNIDAD	PORCENTAJE DE OPORTUNIDAD
PSICOLOGIA	2058	1459	70,9%	1759	1247	70,9%
PSICLINICOS	206	169	82,0%	200	162	81,0%
ENFERMERIA	1357	1063	78,3%	1656	1225	74,0%
PROFAM	10	9	90,0%	9	8	88,9%
AMBIENTAL	315	275	87,3%	401	281	70,1%
TERAPEUTA	250	190	76,0%	232	137	59,1%
ODONTOLOGIA	567	494	87,1%	480	376	78,3%

Oportunidad eventos VSP

MES	ABRIL			MAYO		
PERFIL	TOTAL REGISTROS	REGISTROS CON OPORTUNIDAD	PORCENTAJE DE OPORTUNIDAD	TOTAL REGISTROS	REGISTROS CON OPORTUNIDAD	PORCENTAJE DE OPORTUNIDAD
PSICOLOGIA	1821	1183	65,0%	1953	1225	62,7%
PSICLINICOS	325	275	84,6%	332	266	80,1%
ENFERMERIA	1612	888	55,1%	1589	1081	68,0%
PROFAM	7	5	71,4%	5	4	80,0%
AMBIENTAL	463	343	74,1%	468	370	79,1%
TERAPEUTA	237	114	48,1%	285	127	44,6%
ODONTOLOGIA	390	267	68,5%	384	308	80,2%

Oportunidad eventos VSP

MES	JUNIO			JULIO		
PERFIL	TOTAL REGISTROS	REGISTROS CON OPORTUNIDAD	PORCENTAJE DE OPORTUNIDAD	TOTAL REGISTROS	REGISTROS CON OPORTUNIDAD	PORCENTAJE DE OPORTUNIDAD
PSICOLOGIA	1535	1053	68,6%	1722	1433	83,2%
PSICLINICOS	197	177	89,8%	186	171	91,9%
ENFERMERIA	1271	979	77,0%	1405	1293	92,0%
PROFAM	7	4	57,1%	6	4	66,7%
AMBIENTAL	461	371	80,5%	454	424	93,4%
TERAPEUTA	364	284	78,0%	340	281	82,6%
ODONTOLOGIA	407	365	89,7%	399	353	88,5%

Logros en operación

- Mayor control y trazabilidad de las acciones en campo.
- Optimización en la toma de decisiones.
- Adaptabilidad operativa frente a necesidades emergentes.
- Fortalecimiento de los procesos de seguimiento y evaluación.
- Reducción de errores y mejora en la calidad de la información.
- Mayor completitud y seguimiento al cargue de las acciones al aplicativo.
- Seguimiento con el apoyo de perfiles técnico y Bachilleres de acceso, así mismo realizando un fortalecimiento a estos perfiles

	de las acciones realizadas en el aplicativo, para el posterior apoyo al proceso de pre-críticas.
Articulación con otros perfiles	• Articulación con profesionales de apoyo para las pre críticas diarias y seguimiento a las acciones cargadas en el aplicativo. • Articulación con los perfiles que apoyan la gestión de ruteo desde las cohortes • Articulación con los geógrafos para la planeación de acciones territoriales y asignación de casos.

2. Procesos de capacitación y fortalecimiento técnico al talento humano nuevo y antiguo.

Comentado [JA24]: ok

Perfil	Proceso	Tema	Total Participantes
Medicina	Aplicativo Gitapps	Capacitacion aplicativo medicos	5
Equipos EBEH	Aplicativo Gitapps	Capacitacion aplicativo medicos	100
Gestores, Técnicos y Digitadores.	Aplicativo Gitapps, herramientas de calidad	Capacitacion y fortalecimiento aplicativo	33
Gestores	Aplicativo Gitapps	Capacitacion y fortalecimiento aplicativo	15
Equipo etnico diferencial	Aplicativo Gitapps	Capacitación y fortalecimiento aplicativo Gitapps equipo Etnico Diferencial.	6
Promotores	Aplicativo Gitapps	Capacitación aplicativo Gitapps	5
Promotores	Aplicativo Gitapps	Capacitación aplicativo Gitapps	7
Profesionales de apoyo, avanzada,	Aplicativo Gitapps	Fortalecimiento equipo de avanzada	10
Profesionales de apoyo, avanzada,	Asignación predios aplicativo	Socialización matriz propiedad horizontal	10
Técnicos-Digitadores-	Herramientas calidad del dato	Socialización herramientas	14

		módulos pendientes - diferencia de fechas	
Gestores, Profesionales de apoyo,	Aplicativo Gitapps - bases y herramientas internas	Capacitación aplicativo Gitapps gestores nuevos	5
Gestores	Aplicativo Gitapps	Seguimiento completitud acciones	10
Técnico en sistemas	Aplicativo Gitapps	Seguimiento envio precriticas y módulos pendientes	1
Técnicos en sistemas, digitadores, profesionales de apoyo, colaboradores	Aplicativo Gitapps	Validación módulos pendientes por cargar al aplicativo y diferencia de fechas.	20
Gestores	Aplicativo Gitapps	Inducción aplicativo Gitapps	5
Facturación, líder agendamiento	Facturación	Revisión bases de facturación	3

Comentado [JA25]: ok

3. Creación y/o Actualización de planes de contingencia de los Sistemas de información (tener en cuenta las Aplicaciones Geográficas).

Comentado [JA26]: No se desarrollo este punto

4. Inventario y actualización de los Sistemas de información interno y externo de la SISS

Nº	Nombre del Sistema	Tipo (Interno/ Externo)	Descripción Breve	Responsable	Versión Actual	Fecha Última Actualización	Estado (Operativo/En Mantenimiento)
1	VPN	INTERNO	Contamos con 43 portátiles con VPN institucional asignados.	Juan Pablo Tello Mendoza	Forticlient vpn 7.2		Activos
2	Escritorios	Interno	Contamos	Juan Pablo			Activos

	remotos		con 43 portátiles con usuario de escritorio remoto, para la conexión a dinámica gerencial.	Tello Mendoza			
3	Dinámica	Interno	52 Usuarios de dinámica para profesionales y bachilleres de acceso				Activos
4	Macro consolidación VSP	Interno	Macro creada para la consolidación de las VSP en un solo archivo	Juan Pablo Tello Mendoza		20/05/2025	Operativo
5	Macro Consolidacion archivos planos	Interno	Macro creada para la consolidación del 100% de los planos del aplicativo Gitapps	Juan Pablo Tello Mendoza			Operativo
6	Herramienta concepto	Interno	Herramienta creada para el seguimiento al concepto técnico.	Juan Pablo Tello Mendoza		08/06/2025	Operativo
7	Herramienta módulos pendientes y verificación	Interno	Herramientas creada para el seguimiento a los modulos	Juan Pablo Tello Mendoza		Diario	Operativo

	fechas.		pendientes por cargar al aplicativo y la diferencia de fechas entre formularios para la solicitud de los ajustes.				
8	Mapas bogota	Externo	Herramienta utilizada para generacion de informacion Geografica	Institucional SDS			Operativo

Comentado [JA27]: OK

5. Gestión de usuarios del aplicativo GTAPS del periodo.

Tabla 31. Creación Usuarios

Perfil Vs Aplicativo	GTAPS	
	Creación	Inactivación
Médicos	4	2
Enfermeros	26	8
Nutricionistas	0	3
Psicología	10	10
Técnico Sistemas	1	5
Auxiliar Relevo	0	0
Gestores	167	140
Ambientales	3	0

Auxiliares de Enfermeros	4	3
Digitador	4	4
Embera	7	2
Terapeuta	8	6
Apoyo	0	2
Total	234	185

Fuente:

Comentado [JA28]: oK

5.2.2. GESTIÓN Y SEGUIMIENTO A COHORTES DE RIESGO

Comentado [29]: COHORTES

Comentado [DP30]: Se agradece el reporte de las actividades desarrolladas y se solicita la verificación de los siguientes puntos:
* Se sugiere vincular un párrafo que permita la introducción a las actividades desarrolladas.
* Por favor mantener el mismo tipo de letra para el reporte completo de este apartado.
* Para la Cohorte de salud oral, se solicita dar claridad de los 1.025 familias abordadas, oda vez que este dato no aparece en la tabla.
* Para la cohorte de salud mental se solicita revisar la manifestación "En el marco de la gestión anual" teniendo en cuenta el tiempo de reporte, así mismo el numero de acompañamientos toda vez que no coincide con el reportado en la tabla. Se recuerda que los casos derivados obedece a todos los asignados por diferentes fuentes, incluida Ruteo.
* Se sugiere revisar el reporte de la cohorte de Salud ambiental, toda que se presenta un análisis que podría fortalecer el reporte de la accion propia del apartado especifico de esta accion, pero no da cuenta de los criterios técnicos de reporte para el proceso de seguimiento a cohorte.

COHORTE	ACCIONES DE ACOMPAÑAMIENTO EN CAMPO	ACCIONES DE FORTALECIMIENTO TÉCNICO	NÚMERO DE CASOS DERIVADOS	RESPUESTAS EFECTIVAS A CASOS DERIVADOS
GESTANTES	16	9	28	15
MENOR DE 18 MESES	12	5	11	7
CRÓNICO	41	10	631	80
SALUD ORAL	4	8	0	0
VACUNACIÓN	4	6	377	286
SALUD MENTAL	47	9	26	7
DISCAPACIDAD	20	8	157	0
SALUD AMBIENTAL	7	5	0	0
TOTAL	151	60	1230	395

Fuente: Gestión de Ruteo, Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Establecer análisis de los resultados generados durante la totalidad de la vigencia del convenio teniendo en cuenta cada uno de los grupos de riesgo intervenidos, donde se plasme el reporte y análisis de las acciones de planeación, acompañamiento en campo y fortalecimiento técnico de los equipos, aportando al mejoramiento de la gestión operativa, **(Análisis por cada una de las cohortes de riesgo teniendo en cuenta lo que se hace desde la gestión lo que se identifica en las cohortes y las decisiones que se toman frente a estos hallazgos)**

Así mismo establecer el análisis de los casos derivados, las acciones de intervención y atención, así como el resultado final de planeación y gestión de los que se encuentran pendientes.

Para finalizar reportar las acciones de seguimiento a indicadores, socialización de oportunidades y aportes en la toma de decisiones.

COHORTE GESTANTES:

Durante el periodo comprendido entre abril y septiembre de 2025, ingresaron 1.331 usuarias a la cohorte materno perinatal, remitidas por la Secretaría Distrital de Salud conforme a los criterios epidemiológicos de priorización establecidos en el Modelo MAS Bienestar.

El mayor número de ingresos se presentó el 13 de junio, con 805 gestantes (60,5%), seguido del 4 de junio con 178 (13,4%) y el 12 de septiembre con 141 (10,6%). Los menores volúmenes de ingreso se evidenciaron el 22 de julio (1,4%) y el 9 de abril (3,7%), lo que refleja una variación operativa asociada a los procesos de depuración y carga de bases de datos institucionales.

El comportamiento mensual muestra un incremento sostenido en la captación de gestantes durante el segundo trimestre del año, coincidiendo con la intensificación de estrategias territoriales de identificación activa y referenciación desde las redes asistenciales.

La priorización de las gestantes en seguimiento obedeció a condiciones de riesgo nutricional y clínico, orientadas a garantizar la vigilancia integral y la atención oportuna según las determinantes del proceso gestacional.

- Gestantes con malnutrición con obesidad para la edad gestacional, pertenecientes a estrato 1 y 2.: 129 casos (9,7% del total),
- Gestantes con bajo peso: 69 casos (5,2%), clasificadas como de alto riesgo nutricional, lo que exige acompañamiento interprofesional y seguimiento domiciliario continuo.
- Gestantes post egreso hospitalario (MME): grupo priorizado por riesgo de complicaciones postparto, con seguimiento clínico y educativo para evitar reingresos y garantizar la continuidad del cuidado.

Estos criterios permiten focalizar las intervenciones en las mujeres con mayor vulnerabilidad biológica, social y ambiental, fortaleciendo el abordaje diferencial desde el componente extramural.

Gestión del talento humano y cobertura operativa

El perfil profesional de enfermería concentró el 96,3% (1.282 casos) de las asignaciones, consolidándose como líder técnico en el proceso de seguimiento clínico, educación en autocuidado y detección temprana de signos de alarma. Las auxiliares de hogar participaron en 3,6% (48 casos). Adicionalmente, se registró la asignación de 1 caso (0,1%) por parte del perfil de nutrición.

En cuanto a asignación de colaborar encargado de la gestion, 1.107 casos (83,1%) cuentan con asignación de profesional responsable, mientras que 224 casos (16,8%) permanecen sin asignación, situación que refleja la necesidad de optimizar la distribución de carga operativa y garantizar la oportunidad de contacto y de generar un plan de cuidado a las usuarias contactadas según el riesgo identificado por cada uno de los colaboradores desde el perfil laboral.

Comentado [DN31]: revisar tipo de letra y la forma del informe

No obstante, se identifican oportunidades de mejora en la articulación interprofesional, la asignación oportuna de casos y el fortalecimiento de la capacidad operativa para responder al incremento de ingresos en periodos críticos.

Durante el mes de junio, la cohorte de gestantes evidenció una disminución significativa en las acciones de búsqueda y contacto telefónico con las usuarias incluidas en la base de ruteo, en comparación con los avances alcanzados en mayo. Este descenso estuvo asociado al aumento de gestantes ingresadas desde otras fuentes, como el CRUE y la estrategia Ángeles Guardianes, que incrementaron el volumen de casos a gestionar. El perfil de enfermería logró avances import**antes** con la atención de 140 familias con gestantes, 247 casos de morbilidad materna extrema y 47 de sífilis gestacional, con mayor concentración en localidades priorizadas. Sin embargo, solo el 18% de las gestantes fueron abordadas desde la base de ruteo, lo que reflejó la necesidad de fortalecer la trazabilidad en los registros y el seguimiento territorial.

La caracterización de 89 usuarias mostró una distribución predominante en Suba (55,05%), seguida por Engativá (26,9%) y Usaquén (13,48%), evidenciando una concentración territorial relevante. La mayoría de las gestantes caracterizadas se encontraban en el cuarto trimestre (49,43%), seguido del tercer trimestre (21,34%) y el postparto (14,6%), lo cual indica que el abordaje se está realizando en etapas avanzadas de la gestación. En cuanto al aseguramiento, el 66% pertenecía al régimen contributivo y el 29,21% al subsidiado, identificándose tres gestantes sin afiliación, quienes fueron canalizadas hacia programas de apoyo como PAISS.

Comentado [DN32]: por favor revisar el formato de este informe

Se identificaron antecedentes médicos de relevancia, como hipertensión e infecciones urinarias, y se realizaron cinco canalizaciones a gestantes con dificultades en la asignación de controles prenatales. La cobertura de vacunación fue baja, con solo 16 gestantes con esquema completo en el aplicativo GTPAS, lo que enfatiza la necesidad de fortalecer las acciones de educación y direccionamiento a puntos de inmunización.

Durante el mes se adelantó un proceso de fortalecimiento técnico del equipo de enfermería, orientado al abordaje integral de las gestantes. Se desarrollaron dos sesiones colectivas y ocho acompañamientos individuales, abordando temáticas como signos de alarma, prácticas de autocuidado, control de laboratorios y verificación de esquemas de vacunación. Estas actividades permitieron mejorar las competencias clínicas y educativas del personal, promoviendo la atención humanizada y la adherencia a controles prenatales.

Como parte de la estrategia “Guardianes de Gestantes MÁS Bienestar”, se resaltó la importancia del componente educativo como herramienta transformadora para la gestión del riesgo. Sin embargo, se evidenciaron dificultades logísticas relacionadas con la concertación de fechas, la disponibilidad médica y las limitaciones de conectividad, factores que impidieron el desarrollo pleno de la estrategia. Se recomendó reforzar la socialización con las usuarias y sus familias, promoviendo el compromiso y la asistencia activa a las convocatorias.

Durante junio también se efectuaron tres revisiones de calidad a las bases descargadas del aplicativo GTPAS, identificando inconsistencias en los registros y falta de oportunidad en la documentación. Estos hallazgos fueron retroalimentados al equipo con el fin de fortalecer la calidad del registro, reconociendo su papel fundamental como evidencia del proceso asistencial.

En el mes de julio se evidenció un avance sustancial en la gestión de la cohorte materno perinatal. De las 1.093 gestantes asignadas, se logró contacto efectivo con el 35,5%, destacando el compromiso del equipo operativo pese a la carga laboral y la multiplicidad de fuentes de asignación. La distribución geográfica mostró una mayor concentración en Usaquén (45,2%) y Suba (34,4%). El régimen contributivo fue predominante con el 79,2% de las gestantes caracterizadas, lo que refleja una cobertura favorable del sistema de aseguramiento.

Los principales eventos epidemiológicos fueron la morbilidad materna extrema (54,7%), exceso de peso (11,3%) e hipertensión arterial. Se observaron también factores de riesgo psicosocial y casos sin control prenatal, principalmente por condiciones migratorias, los cuales fueron canalizados hacia programas institucionales. Se realizaron 10 acompañamientos

en campo verificando la pertinencia clínica, aunque se identificaron oportunidades de mejora en la dimensión educativa, especialmente en la comunicación efectiva de hallazgos a las familias.

Durante agosto, la gestión de enfermería se consolidó en la detección temprana de alteraciones en salud y la ejecución de medidas preventivas. Se abordaron 82 eventos en gestantes, de los cuales el 56,1% correspondió a morbilidad materna extrema, con predominio en Suba y Engativá. Se identificaron 9 casos de sífilis gestacional (11%) que constituyen una alerta epidemiológica. Los hallazgos nutricionales mostraron coexistencia de exceso y déficit de peso, reafirmando la necesidad de fortalecer el componente educativo en nutrición y autocuidado.

En este periodo se caracterizaron 12 gestantes provenientes de la base de ruteo, principalmente en Engativá y Suba, con afiliación equitativa entre regímenes contributivo y subsidiado. Los hallazgos confirmaron la necesidad de reforzar el abordaje educativo en derechos sexuales y reproductivos, prevención de ITS y rutas de atención integral. La estrategia “Guardianes de las Gestantes” continuó con baja participación, atribuida a limitaciones tecnológicas y baja respuesta de padrinos, lo que condicionó su efectividad.

Para el mes de septiembre, el equipo de enfermería caracterizó 68 gestantes con diferentes eventos epidemiológicos, identificando patrones de riesgo que demandan intervenciones prioritarias. Se destacaron 10 casos de sífilis gestacional, con predominio en Suba, y 40 casos de morbilidad materna extrema, la mayoría en el régimen contributivo. La gestión incluyó fortalecimientos técnicos enfocados en la prevención de ITS y en la apropiación de conocimientos sobre sífilis gestacional y congénita, favoreciendo la actualización del personal en los lineamientos técnicos y la sensibilización de las familias.

Se socializó con los colaboradores el convenio PAISS para la vinculación de gestantes no aseguradas, promoviendo la atención integral y continua. En el componente nutricional se registraron tres casos con alteraciones de peso, que aunque numéricamente bajos, representan riesgo obstétrico relevante. También se caracterizaron 10 familias con gestantes, mayoritariamente en Engativá, lo cual resalta la importancia de mantener un enfoque familiar en la gestión del riesgo.

Durante este mes no se lograron sesiones efectivas de la estrategia “Guardianes de las Gestantes” por parte de medicina, debido a dificultades logísticas y de conectividad. En los cierres de caso se observaron inconsistencias en la redacción y falta de coherencia entre el riesgo identificado y la intervención documentada, por lo cual se reforzó la supervisión y la necesidad de mejorar la calidad narrativa de las notas clínicas.

Los acompañamientos en terreno evidenciaron vacíos en educación a las familias, especialmente en derechos sexuales, prevención de ITS y autocuidado. Se realizaron retroalimentaciones inmediatas con el fin de fortalecer las habilidades comunicativas y pedagógicas del personal, garantizando que la atención trascienda el componente asistencial y contribuya a la transformación de hábitos saludables.

En conclusión, el análisis consolidado de junio a septiembre muestra avances en cobertura, caracterización y seguimiento de gestantes, con fortalecimiento progresivo del componente técnico y educativo. Sin embargo, persisten desafíos en la trazabilidad de los casos de ruteo, la calidad de los registros en GTPAS y la implementación efectiva de la estrategia Guardianes de Gestantes.

Las oportunidades de mejora se centran en la depuración constante de la base de ruteo, la estandarización del registro en GTPAS, el fortalecimiento de la educación familiar y la planeación oportuna de los cierres de caso. Igualmente, se recomienda intensificar la coordinación interprofesional e intersectorial para garantizar continuidad en la atención, priorizar los territorios de mayor riesgo y fortalecer las competencias de los colaboradores en el uso de herramientas pedagógicas.

El compromiso de enfermería con la atención integral, humanizada y basada en evidencia continúa siendo el eje articulador del Modelo MAS Bienestar. Mantener esta línea de acción permitirá mejorar la trazabilidad, la oportunidad en la respuesta y

la calidad del acompañamiento a las gestantes, contribuyendo de manera directa a la disminución de los eventos adversos maternos y perinatales en el territorio.

COHORTE INFANCIA

Durante el periodo comprendido entre abril y agosto de 2025, se registró el ingreso progresivo de usuarios pertenecientes a la cohorte de infancia, todos ellos remitidos por la Secretaría Distrital de Salud, con base en criterios epidemiológicos y de priorización definidos en el marco del Modelo MAS Bienestar. La información refleja tanto la distribución por sexo como la clasificación según condiciones de salud o riesgo nutricional, así como la asignación de los casos a los perfiles profesionales responsables de la gestión y seguimiento.

En el análisis por sexo, se evidencia que el ingreso de niños y niñas ha sido equilibrada a lo largo del periodo, con una ligera mayor proporción de masculinos en los meses de junio (259 frente a 188) y julio (209 frente a 191), mientras que en agosto la tendencia se invierte con predominio femenino (193 frente a 161). Estos datos sugieren una cobertura equitativa en la identificación de casos, independiente del sexo del menor.

Respecto a las prioridades epidemiológicas, se observa variabilidad en los criterios de ingreso por mes. En abril ingresaron cinco menores de 18 meses sin registros de condiciones nutricionales o de peso. En junio predominó la identificación de 284 menores con desnutrición aguda moderada, 10 con desnutrición aguda severa y 153 con obesidad, lo que evidencia un incremento significativo en la detección de riesgos nutricionales. Para julio, aunque los casos de desnutrición aguda fueron menores (9 moderada y 15 severa), se identificaron 376 menores con obesidad, reflejando un cambio en el tipo de prioridad epidemiológica. En agosto se registraron 354 recién nacidos pretérminos con bajo peso al nacer, grupo de alta vulnerabilidad que demanda seguimiento continuo.

En cuanto al perfil de los colaboradores asignados, los datos muestran que la mayoría de los casos fueron asignados a profesionales de enfermería, con un total de 437 asignaciones en junio, 385 en julio y 354 en agosto. La asignación de nutricionistas fue más baja (10 en junio y 15 en julio), probablemente por la focalización en casos específicos de desnutrición o alteraciones nutricionales. No se reportan asignaciones a auxiliares de hogar durante los últimos tres cortes.

Finalmente, las columnas de asignación de casos reflejan que la mayoría de usuarios cuentan con un profesional responsable del seguimiento. En junio se asignaron 360 casos, en julio 347 y en agosto 289, aunque persisten algunos usuarios sin asignación, los cuales representan una oportunidad de mejora en la distribución operativa y en la cobertura efectiva de la atención (87, 53 y 65 respectivamente). Este comportamiento sugiere la necesidad de continuar fortaleciendo la asignación oportuna de casos a los equipos técnicos para garantizar la gestión a realizar por cada uno de los colaboradores para que realicen el seguimiento familiar y la gestión del riesgo en salud infantil en los casos que se requiera.

Durante el mes de junio, la cohorte de menores de 18 meses no contó con base de ruteo asignada; sin embargo, se realizó un análisis cuantitativo y cualitativo de los registros existentes correspondientes a población infantil, considerando el tipo de aseguramiento, presencia de patología base y asistencia a servicios de salud. Este proceso permitió orientar acciones de seguimiento y priorización de intervenciones dentro del Modelo MAS Bienestar, garantizando un abordaje integral y diferenciado de acuerdo con las necesidades identificadas.

El total de familias caracterizadas con menores de 18 meses durante este mes correspondió al 19,81% (n=44), con un 78,82% (n=219) en seguimiento activo y un 1,35% (n=3) con cierre del Plan de Cuidado Familiar. Se evidenció que la mayor proporción de usuarios pertenecía al régimen contributivo (61,4%), seguido del subsidiado (31,8%) y un 6,8% sin aseguramiento, situación que demanda acciones inmediatas de afiliación y acompañamiento por parte del equipo de enfermería.

En relación con las patologías de base, los registros mostraron una prevalencia de recién nacidos con bajo peso (RNBP) del 20,5%, prematurez en el 4,5%, otras patologías en el 2,3%, y ausencia de registro en el 72,7% de los casos. Este comportamiento evidencia una oportunidad de mejora en la calidad del dato y la necesidad de fortalecer los procesos de registro clínico en el aplicativo GTAPS, asegurando la trazabilidad y actualización de los antecedentes de salud infantil.

En cuanto a la asistencia a los servicios de salud, el 56,8% (n=25) de los menores contaban con consulta de pediatría, el 25% (n=11) con abordaje combinado por nutrición y pediatría, el 2,3% (n=1) con atención exclusiva de nutrición y un 6,8% (n=3) sin valoración profesional. Este panorama resalta la cobertura favorable de atención pediátrica, pero también la necesidad de ampliar el seguimiento nutricional en los casos de riesgo o con antecedentes clínicos relevantes.

Como fortaleza, se resalta que el 57% de los menores contaron con control pediátrico y el 25% con abordaje integral nutrición-pediatría, lo cual refleja una gestión coordinada del equipo interdisciplinario. No obstante, la presencia de registros incompletos o inconsistentes entre variables requirió la implementación de dos revisiones de calidad del dato, orientadas a mejorar la coherencia y completitud de la información registrada en el sistema.

Durante julio, el seguimiento a los casos asignados por el nivel central mediante el módulo de ruteo permitió identificar 452 usuarios, en su mayoría menores con eventos epidemiológicos asociados a riesgo nutricional y obesidad. El equipo de colaboradores logró establecer contacto efectivo con el 19,2% (n=87), mientras que el 12,4% (n=56) no fue contactado y el 62,6% (n=283) permaneció pendiente de gestión. Aunque los avances son notorios, las cifras se mantienen por debajo del estándar esperado, lo que sugiere fortalecer estrategias de contacto y seguimiento.

Del total de casos no contactados, el 63,4% no respondió al primer intento y el 30,5% presentó información errada, sin registros de terceros intentos. Esta situación evidencia la necesidad de ajustar los protocolos de recontacto, promoviendo la verificación activa de datos y la comunicación oportuna con las familias para mejorar la cobertura de atención.

En agosto se intensificó el plan de cuidado familiar dirigido a menores de 18 meses y sus familias, con un enfoque epidemiológico y de gestión del riesgo. Se identificaron 23 casos de desnutrición aguda moderada (23,9%), 27 casos de bajo peso pretérmino (28,1%), 7 casos de exceso de peso (7,3%) y un caso de sífilis congénita (1%), distribuidos principalmente en Engativá y Suba. Estos resultados ratifican la importancia del acompañamiento continuo en crecimiento y desarrollo, así como la vigilancia nutricional y perinatal.

De los 452 casos asignados en agosto, el 19,2% logró contacto efectivo y el 62,6% permaneció sin gestión. Se consolidaron 63 cierres de casos (23,7%), de los cuales el 92% correspondió a cumplimiento del plan de cuidado familiar, el 6,3% a desistimiento y el 1,6% a otras causas. Además, se activaron 7 rutas de atención mediante agendamientos en EAPB y coordinación con servicios comunitarios y familiares.

En el marco de la estrategia “Salud-ando MÁS Bienestar en Casa”, se acompañó a seis gestores en territorio, fortaleciendo competencias técnicas y pedagógicas en prevención de infecciones respiratorias, lavado de manos y vacunación. Se realizaron también dos sesiones de fortalecimiento técnico orientadas a la identificación de signos de alarma en menores de cinco años, reforzando el trabajo interdisciplinario con enfoque preventivo.

Durante este mes se caracterizaron diez nuevos casos de la base de ruteo, mayoritariamente en Engativá (90%), con equilibrio entre los regímenes subsidiado y contributivo. Se observaron prevalencias de obesidad (30%) y desnutrición (20%), junto con una cobertura vacunal del 90%. El 30% de los menores fue remitido a odontología con atención efectiva, lo que demuestra un avance en la articulación de servicios y la respuesta a necesidades integrales.

Durante septiembre, se caracterizaron 66 nuevos casos con eventos epidemiológicos relevantes. Los diagnósticos predominantes fueron el bajo peso en recién nacidos pretérmino (40,9%) y las alteraciones nutricionales (56%), con menor presencia de sífilis congénita y enfermedad respiratoria aguda (1,5% cada una). Este comportamiento evidencia la persistencia de determinantes nutricionales y perinatales como factores prioritarios de intervención.

Suba concentró el 63,6% de los casos, seguida de Chapinero, Usaquén y Engativá, lo que permite focalizar las acciones de acompañamiento según las condiciones locales. Se identificó una mayor afectación en el sexo masculino (60,6%) y predominio del régimen contributivo (59%), aunque persisten brechas en el seguimiento continuo de los menores en riesgo nutricional.

Desde el componente educativo, se desarrollaron acciones orientadas a padres y cuidadores, enfocadas en prevención de enfermedades respiratorias y digestivas, fortalecimiento de la lactancia materna, hábitos alimentarios saludables y cumplimiento de esquemas de vacunación. Este componente educativo se posiciona como herramienta esencial para la sostenibilidad del proceso de cuidado familiar.

Durante el periodo junio-septiembre, se registraron 271 seguimientos al plan de cuidado familiar y 63 cierres de casos. En los seguimientos realizados se evidenció el compromiso del equipo de enfermería con el fortalecimiento de la vigilancia del crecimiento y desarrollo, activación de rutas de atención y acompañamiento continuo a las familias con menores en riesgo nutricional o perinatal.

Las revisiones de calidad del dato realizadas a los registros en GTAPS permitieron identificar inconsistencias relacionadas con la ausencia de medidas antropométricas y clasificación nutricional. En respuesta, se implementaron estrategias de retroalimentación individual y colectiva para las profesionales, priorizando la exactitud de los registros y la correcta aplicación de técnicas de medición.

Durante las actividades de acompañamiento en campo se evidenció una mejora progresiva en las habilidades de comunicación y educación familiar, fortaleciendo la identificación oportuna de signos de alarma en enfermedades prevalentes de la infancia, así como la promoción de prácticas de autocuidado y prevención en el entorno familiar.

Como resultado del proceso integral, se observa un avance sostenido en la articulación de los equipos de salud, con énfasis en la promoción de la salud infantil y la gestión del riesgo nutricional.

No obstante, se requiere fortalecer la trazabilidad de los casos en la base de ruteo, mejorando la oportunidad de contacto y la verificación de la información inicial.

En resumen, el comportamiento de la cohorte de menores de 18 meses entre junio y septiembre refleja avances significativos en la atención integral, la coordinación de actores y el fortalecimiento técnico del personal, aunque persisten desafíos en la cobertura, completitud del dato y seguimiento nutricional. Se recomienda fortalecer la verificación telefónica y presencial de usuarios no contactados, intensificar la educación dirigida a cuidadores y consolidar la calidad del registro en GTAPS.

Finalmente, como oportunidades de mejora, se plantea la estandarización de los procesos de seguimiento y cierre de casos, el fortalecimiento de la articulación intersectorial con las EAPB y programas de primera infancia, y la continuidad de los espacios de formación técnica para los colaboradores. Estas acciones permitirán mejorar la trazabilidad de los casos de ruteo, garantizar la atención oportuna y fortalecer el enfoque integral del cuidado en los menores de 18 meses.

COHORTE CRONICOS

Durante la vigencia del convenio se desarrollaron acciones continuas de planeación, acompañamiento, fortalecimiento técnico y evaluación, que permitieron consolidar la gestión operativa del componente de condiciones crónicas, promoviendo la adherencia de los usuarios, el seguimiento a los casos priorizados y la articulación efectiva entre los equipos extramurales, las rutas integrales de atención en salud (RIAS) y las subredes.

Comentado [DN33]: esto de las cohortes tiene tres tipos de letra por favor revisar ??

A lo largo del periodo Abril–Septiembre, se intervinieron 2.486 usuarios pertenecientes a la cohorte de crónicos en las diferentes localidades, manteniendo cobertura en las zonas de mayor concentración poblacional. Del total de personas abordadas, el 57 % correspondió al curso de vida adulto joven y adulto mayor, evidenciando la focalización de la estrategia en los grupos con mayor carga de enfermedad crónica. En cuanto a la distribución por sexo, se observó un predominio femenino con 54 % mujeres y 46 % hombres, mientras que por régimen de afiliación, el 78 % pertenece al subsidiado, el 20 % al contributivo y el 2 % a regímenes especiales o no asegurados, reafirmando el enfoque hacia poblaciones con barreras de acceso y mayor vulnerabilidad social.

En relación con los criterios epidemiológicos, el comportamiento fue consistente con las tendencias históricas: hipertensión arterial (46 %), diabetes mellitus (32 %), dislipidemia (12 %) y obesidad (10 %). Estos resultados orientaron la priorización de acciones de seguimiento y educación en autocuidado, así como la articulación con los servicios asistenciales para fortalecer el control metabólico y cardiovascular. Durante la vigencia se reportaron 317 activaciones de ruta, lo cual representa un avance significativo en la articulación con los servicios de atención primaria y especializada. Estas activaciones se dieron en su mayoría por descontrol de presión arterial, niveles de glucemia alterados o ausencia de seguimiento médico.

En complemento, se realizaron 206 agendamientos a control médico y de enfermería, priorizando los casos que requerían seguimiento clínico urgente o ajuste en su manejo terapéutico. Dichas acciones permitieron mejorar la oportunidad de atención, reducir el rezago de usuarios inasistentes y promover la adherencia a los planes de manejo establecidos en las RÍAS.

El componente de adherencia mostró resultados favorables: el 68 % de los usuarios se encuentra adherente a la ruta crónica, con controles activos y seguimiento institucional, mientras que el 32 % restante presenta dificultades de continuidad o inasistencia. Entre los factores asociados se identifican movilidad poblacional, desactualización de datos de contacto y barreras de acceso a servicios. Asimismo, se identificaron 377 usuarios con esquema de vacunación incompleto, y se logró que 268 de ellos completaran o iniciaran su esquema durante el periodo, a través de la articulación con los equipos de vacunación extramural y las IPS de la red, garantizando cobertura efectiva en esta población prioritaria.

En el ámbito operativo, los equipos básicos extramurales de hogar (EBEH) mantuvieron la continuidad del acompañamiento territorial, priorizando los casos con riesgo no controlado y aquellos usuarios que presentaban inasistencia reiterada a controles. Estas acciones permitieron reactivar seguimientos, vincular nuevamente usuarios al sistema de atención y fortalecer la presencia institucional en territorio. Desde la gestión se efectuó una planeación técnica continua, acompañada de reuniones de seguimiento mensual con los referentes de cada localidad, garantizando el cumplimiento de las metas operativas y la trazabilidad de los reportes.

En el ámbito operativo, se realizaron 41 acompañamientos en campo durante la vigencia, priorizando casos con riesgo no controlado o no adherente, logrando la vinculación de usuarios a controles médicos y el fortalecimiento del seguimiento comunitario. Desde la gestión, se implementaron acciones de planeación y seguimiento mensual con las profesionales de apoyo, consolidando los reportes por localidad y garantizando la retroalimentación oportuna al equipo operativo.

El proceso de fortalecimiento técnico fue uno de los pilares más relevantes de la vigencia. Se realizaron espacios periódicos de capacitación, retroalimentación y acompañamiento metodológico con los equipos, abordando temáticas como:

- Manejo integral de usuarios con condiciones crónicas.
- Implementación de las RÍAS y articulación con servicios asistenciales.
- Diligenciamiento y seguimiento de casos en GTAPS.
- Calidad y validación de la información cargada en bases.

- Adherencia terapéutica y seguimiento de pacientes no controlados.
- Abordaje de factores de riesgo cardiovascular y metabólico.
- Enfoque diferencial y territorial para la atención comunitaria.
- Estrategias de comunicación efectiva y educación al usuario.
- Actualización de criterios epidemiológicos y priorización del riesgo.
- Ruta de derivación, activación de servicios y seguimiento de casos remitidos.
- Análisis de indicadores, cierre de brechas y trazabilidad de resultados.

Estos espacios fortalecieron las competencias técnicas del talento humano, mejoraron la gestión operativa y fomentaron una cultura de calidad y trabajo articulado en la ejecución territorial.

En cuanto al análisis de los casos derivados y las acciones de intervención, se logró seguimiento al 89 % de los casos remitidos, con un 73 % de cierre efectivo o intervención completada, evidenciando un fortalecimiento en la coordinación entre los equipos operativos, las subredes y los programas complementarios. El porcentaje restante continúa en seguimiento activo, con acciones de búsqueda y contacto en curso.

Desde la gestión, se implementaron estrategias de monitoreo continuo y seguimiento a indicadores, mediante el análisis periódico de los reportes operativos, la consolidación de bases de datos y la validación de información cargada al GTAPS. Estas acciones favorecieron la identificación temprana de oportunidades de mejora y la optimización de la respuesta operativa. Se resalta que el componente alcanzó un 93 % de avance en su ejecución operativa, reflejando el compromiso institucional y la efectividad de las acciones desarrolladas durante la vigencia.

Finalmente, se promovió la socialización permanente de resultados e indicadores con los equipos, profesionales de apoyo, dinamizadoras y coordinación, propiciando espacios de reflexión y toma de decisiones conjuntas. Entre los principales logros se destacan la mejora en la gestión de casos no contactables, el aumento de usuarios adherentes a la ruta, el fortalecimiento del seguimiento a personas con riesgo no controlado, la ampliación de la cobertura vacunal y la consolidación de la articulación inter programática e intersectorial. Estos resultados evidencian el impacto positivo de las acciones implementadas y el compromiso sostenido de los equipos en la consolidación de un modelo de atención centrado en la continuidad del cuidado, la calidad del proceso y la mejora constante de la gestión territorial.

Cohorte Salud Oral

Durante la vigencia, el componente de Salud Oral mantuvo una gestión constante orientada al fortalecimiento del modelo de atención integral con enfoque territorial. Si bien no se registraron asignaciones nuevas de usuarios desde el nivel central en varios periodos, los Equipos Básicos Extramurales de Hogar (EBEH) garantizaron la continuidad operativa, desarrollando procesos de intervención individual y colectiva en los diferentes territorios priorizados. En total, se acompañaron más de 1.025 familias durante el periodo analizado, mediante acciones centradas en la identificación de necesidades odontológicas, la valoración de factores de riesgo, la promoción del autocuidado y la educación en salud bucal, articuladas con las estrategias de prevención y promoción definidas en la ficha técnica.

Desde la planeación operativa, el componente se consolidó mediante la programación y seguimiento de las acciones territoriales, priorizando familias con condiciones de vulnerabilidad y riesgo odontológico. Las intervenciones se orientaron bajo un enfoque diferencial según el curso de vida, promoviendo hábitos saludables desde la infancia hasta la adultez mayor. Se desarrollaron acciones educativas grupales y comunitarias con énfasis en técnicas adecuadas de cepillado, uso correcto del hilo dental, manejo de flúor, alimentación saludable, reducción del consumo de azúcares, y prevención de enfermedades bucales asociadas a condiciones sistémicas. Asimismo, se reforzó la articulación con el esquema nacional de vacunación, garantizando la orientación a las familias sobre la prevención de infecciones sistémicas con impacto en la salud bucodental, y se reportaron casos que fueron activados a ruta de vacunación y agendados para controles odontológicos dentro de la red de servicios.

En el ámbito del acompañamiento técnico y verificación en campo, se llevaron a cabo cuatro visitas de observación directa a los equipos operativos durante la vigencia. Estas visitas permitieron constatar la ejecución adecuada de las actividades, la aplicación de instrumentos de valoración de riesgo como el índice de placa bacteriana y la evaluación del riesgo periodontal, y la integración de las dimensiones sociales y familiares en la caracterización de los hogares. Sin embargo, también se evidenciaron inconsistencias en los registros del aplicativo GTAPS, principalmente relacionadas con observaciones incompletas, escaso detalle técnico y falta de coherencia entre la intervención ejecutada y la digitada. Este hallazgo condujo a la formulación de acciones de mejora inmediata, incluyendo la retroalimentación personalizada y la verificación de la trazabilidad de los datos cargados.

A partir de las observaciones obtenidas en los acompañamientos, se implementó un plan de fortalecimiento técnico sostenido, dirigido a optimizar la calidad del registro, mejorar la caracterización del entorno familiar y garantizar la correcta aplicación de los instrumentos odontológicos. Dentro de las jornadas formativas, se abordaron temas como:

- Registro estructurado y análisis técnico en GTAPS.
- Evaluación clínica y tamizaje de riesgo oral.
- Estrategias de Información, Educación y Comunicación (IEC) en salud bucal.
- Abordaje de factores determinantes del riesgo y priorización de intervenciones.
- Articulación entre el componente de salud oral y las demás cohortes del modelo territorial.
- Orientación sobre prácticas saludables y educación diferencial según el curso de vida.

Estas sesiones permitieron reforzar la capacidad técnica del talento humano, mejorar la coherencia entre la acción en campo y la evidencia registrada, y consolidar el enfoque preventivo del componente. Como parte de las estrategias de seguimiento, se establecieron alertas semanales dirigidas a las profesionales de apoyo y al equipo coordinador, con el fin de garantizar la oportunidad en la corrección de errores, la retroalimentación técnica y la consolidación de aprendizajes.

En cuanto a las acciones de intervención y atención derivadas de hallazgos, se priorizaron los casos con condiciones crónicas que afectan la salud bucal, familias con barreras de acceso a servicios odontológicos y usuarios con antecedentes de enfermedades sistémicas que inciden en la cavidad oral. Se realizaron derivaciones hacia las rutas de atención correspondientes, incluyendo controles odontológicos, valoraciones médicas y orientación sobre vacunación preventiva. Los casos activados a ruta fueron gestionados mediante agendamientos coordinados con los puntos de atención, asegurando la continuidad asistencial y la mitigación de riesgos. Asimismo, se reportaron personas vacunadas dentro del componente de salud oral, principalmente en articulación con jornadas extramurales que integraron la promoción del cuidado bucal con la prevención de enfermedades transmisibles.

El análisis global evidencia que, pese a las limitaciones en la recepción de nuevos casos, el componente de salud oral mantuvo una cobertura territorial sólida, un fortalecimiento técnico continuo y una mejora progresiva en los procesos de gestión operativa y trazabilidad de la información. Las acciones ejecutadas en campo reflejan una atención humanizada, enfocada en el riesgo y articulada con los determinantes sociales de la salud. Los resultados muestran avances significativos en la promoción del autocuidado, la educación familiar y la identificación temprana de condiciones que pueden derivar en patologías bucales complejas.

Finalmente, desde la gestión técnica y administrativa, se garantizaron acciones de seguimiento permanente a los indicadores de desempeño, evaluando la cobertura, la oportunidad de los registros, la coherencia técnica de las observaciones y la efectividad de las estrategias educativas. Las oportunidades identificadas en los acompañamientos fueron socializadas con los equipos, generando compromisos concretos para fortalecer los procesos de intervención y registro. Las decisiones derivadas de estos espacios de análisis permitieron ajustar la planeación operativa, priorizar casos pendientes y reforzar el seguimiento técnico, consolidando así un proceso integral que articula la gestión, la atención y la mejora continua en salud pública.

COHORTE SALUD MENTAL

Durante los meses de abril a septiembre de 2025, la cohorte de salud mental consolidó un proceso de gestión integral orientado al fortalecimiento técnico, operativo y territorial, que combinó acciones de capacitación, acompañamiento individual, trabajo comunitario y articulación interprofesional. Las estrategias implementadas permitieron avanzar en la detección temprana de factores de riesgo, la activación oportuna de rutas y la atención integral a las condiciones emocionales y psicosociales de la población, con un enfoque de prevención, promoción y acompañamiento continuo.

En el marco de la gestión anual, se ejecutaron 37 acciones de acompañamiento en campo y 9 de fortalecimiento técnico, orientadas principalmente al talento humano del equipo operativo y a los promotores de salud. Estas acciones se centraron en la identificación de factores protectores y de riesgo, la aplicación de tamizajes, la socialización de resultados y la orientación sobre activación de rutas de atención, de acuerdo con las disposiciones técnicas del componente. En total se derivaron 26 casos para seguimiento especializado, de los cuales 7 obtuvieron respuesta efectiva, reflejando una gestión articulada pero aún con margen de mejora en los mecanismos de continuidad del cuidado.

Especialmente en junio, los espacios de fortalecimiento técnico permitieron reforzar criterios para el abordaje diferencial y la gestión de casos en campo, enfatizando en la importancia de la caracterización integral y la articulación con las plataformas distritales SIVIM y SISVECOS. En esta fase, la estrategia se enfocó en dotar al personal de herramientas metodológicas para una atención humanizada, contextualizada y centrada en el usuario, en especial frente a situaciones de vulnerabilidad emocional y social. Las jornadas territoriales “Salud Ando Ando” se convirtieron en un pilar para el acercamiento con la comunidad, fomentando la identificación de situaciones de violencia y la promoción de rutas de atención.

Durante los meses de julio y agosto se dio continuidad a este proceso mediante un ciclo de formación integral que combinó acciones teóricas y prácticas. Los talleres con promotores

y profesionales fortalecieron competencias en detección de signos de alarma, derivación, manejo de crisis y tamización con instrumentos clínicos como Zung, Hamilton y Whodas. De igual manera, se potenció la articulación con el componente de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC), logrando que las valoraciones psicológicas sirvieran como insumo para la planeación interdisciplinaria. En este periodo, la gestión en base de ruteo alcanzó 78 acciones efectivas, con predominio de casos asociados a riesgo psicosocial, intentos e ideaciones suicidas, y coexistencia de condiciones crónicas en las familias, lo que reafirma la necesidad de intervenciones integrales y continuas.

El trabajo territorial permitió mantener presencia activa en diferentes localidades, con concentración de casos en Engativá y Suba, que representaron más del 60% de los eventos. Este comportamiento refleja la persistencia de determinantes sociales y ambientales que inciden en la salud mental y plantea la necesidad de reforzar estrategias de prevención comunitaria en dichos sectores. Asimismo, se evidenció una tendencia a la sobrerrepresentación femenina en los registros (entre el 73% y el 89%), lo que indica una mayor disposición de las mujeres a participar en los procesos, frente a una baja participación masculina que continúa siendo un desafío para la equidad de acceso.

En septiembre, la cohorte consolidó un proceso más estructurado de gestión territorial y documental. Se alcanzaron 129 acciones efectivas desde la base de ruteo, reafirmando la mejora en cobertura y seguimiento. La distribución etaria evidenció una mayor participación de personas adultas y mayores, mientras que la proporción por régimen de aseguramiento reflejó una prevalencia del contributivo (66%) frente al subsidiado (33%). Se identificaron factores de riesgo psicosocial en 76 usuarios, así como 12 canalizaciones a plan de cuidado familiar y 6 activaciones de ruta, además de un grupo reducido de casos asociados a ideación o intento suicida. Estas cifras ratifican la relevancia de mantener los procesos de detección temprana y de sensibilización comunitaria frente a la conducta suicida.

El trabajo de fortalecimiento técnico durante la vigencia promovió mejoras en la calidad de los registros y en la trazabilidad de las intervenciones, aunque persisten desafíos relacionados con la estandarización de la argumentación técnica en los cierres de caso y la inclusión explícita de factores de riesgo y protectores en los planes de cuidado familiar. La retroalimentación periódica al talento humano permitió mejorar la precisión de los registros y la actualización de la base de datos, aunque se mantienen dificultades derivadas de inconsistencias en la información inicial, que requieren depuración y ajustes para optimizar la gestión.

Los acompañamientos en campo se consolidaron como un elemento clave de la estrategia, al permitir una lectura más cercana del territorio y de las condiciones de vida de los usuarios.

A partir de estos espacios, se fortaleció la articulación interprofesional, se identificaron oportunidades de mejora en el uso de herramientas visuales para la comunicación con los usuarios y se reafirmó la necesidad de unificar criterios para la socialización de acciones educativas y de tamización. Estas experiencias en terreno aportaron a la identificación temprana de riesgos, especialmente en poblaciones sensibles como mujeres gestantes, adolescentes y adultos mayores.

En términos generales, la gestión 2025 de la cohorte de salud mental evidenció un avance significativo en la estructuración técnica del componente, la formación del talento humano y la integración con la gestión comunitaria. No obstante, se reconocen retos en la consolidación de la respuesta efectiva a los casos derivados, la homogeneización de registros y la ampliación de la cobertura hacia grupos con menor participación. Las acciones ejecutadas permitieron no solo fortalecer las capacidades del equipo, sino también ampliar el impacto del abordaje psicosocial, avanzando hacia un modelo de atención integral, preventivo y articulado con las necesidades reales del territorio.

COHORTE DISCAPACIDAD

Durante el desarrollo comprendido por los meses de abril a septiembre de 2025, la cohorte de discapacidad consolidó un proceso de fortalecimiento técnico y operativo encaminado a garantizar la atención integral y el acompañamiento continuo a las personas con discapacidad y sus familias. Las acciones desarrolladas se enmarcaron en el enfoque de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), el cual permitió articular los componentes de salud, participación, inclusión y fortalecimiento familiar desde una mirada intersectorial y territorial.

A lo largo del año, el equipo conformado por profesionales en terapia y gestoras de cuidado sostuvo un compromiso constante en la implementación de estrategias orientadas al acceso equitativo y diferencial. Se lograron avances significativos en la cobertura y el alcance de las intervenciones, con resultados que reflejan la consolidación de procesos de acompañamiento familiar y comunitario. Durante los diferentes meses, se ejecutaron más de 1.200 atenciones integrales, de las cuales una proporción importante correspondió a acciones bajo el enfoque RBC. Este volumen de gestión evidencia el sostenido esfuerzo por mantener una presencia activa en territorio, priorizando la atención domiciliaria y la identificación temprana de barreras funcionales y sociales.

En el primer semestre, se alcanzaron 634 atenciones, de las cuales 278 estuvieron directamente relacionadas con la estrategia RBC, con un equilibrio operativo entre

terapeutas (98 atenciones) y gestoras de cuidado (180 atenciones). Esta dinámica permitió fortalecer el acompañamiento en las seis localidades priorizadas, promoviendo el abordaje contextualizado de las necesidades familiares. Asimismo, se efectuaron 104 caracterizaciones familiares, insumo fundamental para la formulación de planes de intervención con enfoque diferencial y de derechos, y se generaron 81 derivaciones a planes de cuidado familiar, priorizando los componentes psicosocial, de salud oral y crónicos.

En el segundo semestre, se mantuvo la intensidad operativa, alcanzando 579 atenciones durante el mes de agosto, de las cuales 334 correspondieron a RBC, incluyendo 46 familias nuevas en el proceso. Se evidenció una gestión efectiva en el territorio, destacándose 70 caracterizaciones y 71 derivaciones a planes de cuidado familiar, principalmente hacia acompañamiento psicosocial y fortalecimiento de rutas de atención en salud oral. Se observó un incremento en las visitas fallidas por ausencia o no disponibilidad de los usuarios, lo que orientó el desarrollo de estrategias de seguimiento flexible y ajustes en la programación de campo para mejorar la eficiencia.

Durante septiembre, la cohorte centró su accionar en el análisis de la caracterización poblacional, con la identificación de 42 personas distribuidas en Usaquén, Engativá y Suba. El análisis por curso de vida reflejó una alta concentración en primera infancia, evidenciando la necesidad de fortalecer la intervención temprana. Se identificaron además condiciones asociadas a riesgos nutricionales, bajo peso al nacer, morbilidad materna y neonatal extrema, lo que permitió orientar las acciones hacia la promoción del desarrollo integral. Aunque en este mes no se registraron agendamientos ni activaciones de ruta, se realizaron 5 derivaciones a planes de cuidado familiar, priorizando la continuidad de la atención desde un enfoque integral.

El proceso de fortalecimiento técnico fue constante durante la vigencia. Se desarrollaron sesiones dirigidas a terapeutas, agentes de cambio y gestoras de cuidado, centradas en el manejo del aplicativo institucional GTAPS, la aplicación de instrumentos estandarizados (APGAR Familiar, WHODAS y ZARIT) y la formulación de planes de cuidado con objetivos medibles. En el mes de septiembre, se abordó el tema de “Tipos de discapacidad” con énfasis en los procesos de identificación y certificación, lo que fortaleció el conocimiento técnico y la capacidad de orientación comunitaria del equipo.

A nivel operativo, persisten retos asociados a la calidad del dato en las bases de Ruteo y GTAPS, con registros desactualizados y contactos inactivos que limitan la eficacia en la gestión. Aunque se evidenció progreso en el cargue oportuno de las acciones y en la coherencia de los registros, el proceso continúa demandando esfuerzos adicionales para

depurar la información y mejorar la trazabilidad. Esta situación genera carga administrativa para los profesionales, afectando la optimización del tiempo y la percepción de reconocimiento del trabajo de campo.

El análisis global de la vigencia permite concluir que el componente de discapacidad alcanzó un fortalecimiento técnico notable, evidenciado en la estructuración de procesos formativos, la articulación interprofesional y la consolidación del enfoque RBC como herramienta operativa central. No obstante, se identifican desafíos en la mejora de la calidad de los datos, la sostenibilidad del seguimiento interinstitucional y el reconocimiento de las gestiones no efectivas pero necesarias para garantizar la integralidad de la atención.

La proyección para la siguiente vigencia se orienta al mantenimiento del modelo territorial diferenciado, al fortalecimiento de la base de Ruteo como instrumento de planeación y control, y al desarrollo de estrategias de corresponsabilidad comunitaria que favorezcan la inclusión y la autonomía de las personas con discapacidad, consolidando un proceso de atención más articulado, oportuno y humanizado.

COHORTE DE SALUD AMBIENTAL

Durante la vigencia comprendida entre los meses de abril y septiembre de 2025, el componente de Salud Ambiental desarrolló acciones integrales orientadas a la promoción de entornos saludables, la prevención de riesgos ambientales y la articulación intersectorial en los territorios priorizados. En este periodo se registraron 459 atenciones realizadas por parte del equipo técnico, de las cuales 458 fueron efectivas, evidenciando un desempeño operativo estable y una cobertura significativa en seis localidades del distrito. Este resultado demuestra la consolidación de un proceso territorial planificado, con un equipo técnico fortalecido en la aplicación de estrategias diferenciales y de gestión comunitaria.

El enfoque operativo del componente se sustentó en el análisis de los hallazgos obtenidos a través de ejercicios de precrítica, revisión de calidad del dato y monitoreo continuo, los cuales permitieron identificar oportunidades de mejora en la consistencia de los registros y en la trazabilidad de los compromisos con las familias. A partir de ello, se implementaron procesos de fortalecimiento técnico dirigidos al equipo general, con especial énfasis en la correcta gestión del aplicativo GTAPS. Estas acciones tuvieron como objetivo optimizar el registro oportuno y coherente de la información, reforzando la alineación entre lo documentado y los compromisos acordados en territorio.

En los espacios de formación y retroalimentación técnica, se promovió la formulación de compromisos claros, medibles y adaptados a las condiciones particulares de cada núcleo

familiar, fortaleciendo la pertinencia de los planes de cuidado y su enfoque preventivo. Esta metodología participativa permitió consolidar una práctica de trabajo que prioriza la calidad del registro, la efectividad de la intervención y la coherencia técnica de las acciones territoriales.

De igual forma, se llevaron a cabo espacios de articulación interprofesional entre los gestores de salud y los profesionales del componente, con el propósito de analizar casos complejos y definir conjuntamente criterios para la derivación al Plan de Cuidado Familiar con enfoque en Salud Ambiental. Este proceso aseguró que las remisiones respondieran a condiciones reales de riesgo, evitando duplicidades y promoviendo una atención integral, oportuna y contextualizada.

Durante los meses de seguimiento, se realizaron acciones de participación comunitaria que fortalecieron la relación con los territorios. Entre ellas se destaca el ejercicio de diagnóstico participativo en el sector de El Cortijo, donde, con el acompañamiento de la Personería y líderes locales, se identificaron riesgos ambientales y sociales que afectan la salud de las familias. En esta jornada se caracterizaron 352 hogares, se actualizaron 9 registros y se brindó seguimiento a 14, logrando un total de 375 hogares abordados. Estos resultados reflejan un acercamiento efectivo a la comunidad y la generación de insumos para la toma de decisiones conjuntas.

En cuanto a la gestión de casos, se identificaron 14 situaciones priorizadas con programación de atención y se realizaron 31 derivaciones al Plan de Cuidado Familiar, lo que evidencia la capacidad de respuesta y articulación del equipo frente a los riesgos detectados. De manera complementaria, se fortaleció la coordinación con cinco EAPB, se ejecutaron dos acciones intersectoriales y se articularon tres entornos cuidadores, acciones que amplían el impacto del componente y consolidan redes de apoyo sostenibles a nivel local.

El balance general de la vigencia refleja una cohorte consolidada técnica y operativamente, con capacidad de análisis, respuesta oportuna y sostenibilidad de los procesos. Los resultados alcanzados entre abril y septiembre permiten evidenciar avances significativos en la gestión del riesgo ambiental, la calidad de los registros y la apropiación del enfoque de salud ambiental dentro de los equipos territoriales, reafirmando su papel como componente esencial en la promoción del bienestar y la protección de la salud colectiva.

5.2.3 DERIVACIONES Y ACTIVACIÓN DE RUTAS SECTORIALES E INTERSECTORIALES.

Comentado [34]: VANESSA

En los Equipos Básicos Extramurales de Hogar (EBEH), el proceso de canalizaciones desarrollado entre el 11 de diciembre de 2024 y el 30 de septiembre de 2025 se ha llevado a cabo conforme a la normatividad vigente establecida en la Resolución 3280 de 2018. Este proceso ha integrado operativamente el enfoque de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RÍAS), siguiendo los lineamientos establecidos por las referencias de canalización emitidas por la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

Con el objetivo de asegurar una adecuada implementación del proceso, se realizó la socialización del instrumento y el instructivo de canalizaciones al talento humano operativo.

A continuación, se presenta el comportamiento de las canalizaciones realizadas por los equipos básicos extramurales hogar (EBEH) durante el periodo mencionado, en respuesta a las necesidades identificadas en las familias y usuarios:

Tabla 25. Canalizaciones Generadas desde los EBEH (Acumulado toda la vigencia)

Tablero de control RIAS EBEH	**NORTE**			
	Número de canalizaciones o activaciones	***Número de canalizaciones o activaciones efectivas***	***Número de canalizaciones o activaciones con otros estados***	***% efectividad***
1 Ruta de promoción y Mantenimiento de la salud	4249	3467	519	**94%**
2 RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones cardio — cerebro — vascular — metabólicas manifiestas	1210	1052	109	**96%**

3 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades respiratorias crónicas.	37	33	3	**97%**
4 RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales.	28	26	1	**96%**
5 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones.	13	12	0	**92%**
6 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos psicosociales y del comportamiento.	737	592	97	**93%**
7 RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones en la salud bucal.	164	110	15	**76%**
8 RIAS para población con riesgo o presencia de cáncer.	7	5	1	**86%**
9 RIAS para población materno — perinatal.	123	103	10	**92%**
10 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas.	9	7	2	**100%**
13 RIAS para población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas.	11	9	2	**100%**
14 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente.	4	3	0	**75%**
16 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos visuales y auditivos.	1058	887	119	**95%**
17 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos	10	8	1	**90%**

degenerativos, neuropatías y autoinmunes.				
Sin aseguramiento	267	0	0	**0%**
Total	7927	6314	879	**91%**

Fuente: SIRC

Comentado [JA35]: ok

De la tabla anterior se logra identificar las siguientes tendencias por ruta:

- Ruta de promoción y mantenimiento de la salud, es la más utilizada y clave para la prevención de riesgos, presentó un buen desempeño en general.

- Ruta alteraciones cardio cerebro vasculares, tuvo una alta demanda y buena articulación con los servicios.

- La ruta de trastornos visuales y auditivos, presentó un alto porcentaje de canalizaciones efectivas.

- Las rutas de enfermedades respiratorias crónicas, de alteraciones nutricionales, riesgo o presencia de enfermedades infecciosas y agresiones, accidentes y traumas fueron pocas pero con alta efectividad.

- Las rutas de salud bucal, medio ambiente y población con riesgo o presencia de trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones, supera el 75% de la efectividad, se espera incrementar el acceso efectivo.

El proceso de canalización presenta, en términos generales, una alta efectividad. Las rutas con mayor volumen de activaciones mantienen un buen desempeño. Como parte de las acciones de mejora continua, se ha reforzado la capacitación del talento humano en el uso del instrumento de canalización y en la aplicación adecuada de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).

En conjunto, el proceso desarrollado por los Equipos Básicos Extramurales de Hogar (EBEH) Norte, entre el 11 de diciembre de 2024 y septiembre 30 de 2025, presentan cifras cercanas o iguales al 100% de la efectividad.

Tabla 25. Canalizaciones Gestionadas desde los EBEH (Acumulado total de la vigencia)

Fuente que Genera la Canalización	**NORTE**			
	Número de canalizaciones o activaciones recibidas	***Número de canalizaciones o activaciones con gestión efectiva***	***Número de canalizaciones o activaciones pendientes por gestión***	***% efectividad***
Entorno Laboral	4	3	1	**100%**
Entorno Educativo	8	5	3	**100%**
Entorno Comunitario	30	4	8	**40%**
Transversalidad Vigilancia en Salud Pública	3018	1367	1398	**92%**
Transversalidad GPAISP	0	0	0	
Análisis y políticas para la Salud y la Vida	44	7	28	**80%**
Línea 106	2	1	1	**100%**
Entorno Institucional	0	0	0	
Red Distrital de Banco de Sangre	0	0	0	

DASCD	0	0	0	
Universidades	0	0	0	
Contrato Jurídico Indígena	0	0	0	
Total	3106	1387	1439	**91%**

Fuente: SIRC

Comentado [JA36]: ok

En la tabla anterior se observa que el total de canalizaciones recibidas fue de 3106 de las cuales 1387 se han gestionado de manera efectiva, logrando así una efectividad global del 91%. Este dato representa un indicador muy positivo que demuestra un compromiso firme en la atención y el seguimiento de los casos canalizados. En las fuentes como Entorno Laboral, Entorno Educativo y Línea 106, la efectividad alcanza el 100%, lo que significa que en su mayoría las canalizaciones provenientes de estos ámbitos fueron atendidas con éxito. La transversalidad en Vigilancia en Salud Pública concentra la mayoría de las canalizaciones (3018), manteniendo un buen nivel de efectividad. Los resultados evidencian que las gestiones se llevan a cabo de forma ordenada, con un control claro de los pendientes y los logros alcanzados.

5.3. APOYO DE LAS ACCIONES DE LOS EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES DE HOGAR

Comentado [37]: JUAN Y ANGELICA

Durante la vigencia del 10 de diciembre 2024 a 30 de septiembre de 2025 se dio estableció la implementación del plan de acción enmarcado en los lineamientos de la estrategia MAS Bienestar, orientada a mejorar la calidad de vida de las familias mediante la atención integral y el fortalecimiento del tejido social desde el territorio.

En este período se consolidaron y fortalecieron diversas acciones a través de una articulación efectiva entre los distintos actores del proceso: perfiles transversales, sistemas de información, profesionales por cohorte, líderes dinamizadores y el equipo de coordinación territorial. Esta sinergia ha sido clave para avanzar en el cumplimiento de metas operativas y en la mejora continua de los procesos técnicos y administrativos.

1. Gestión de Articulación y Seguimiento Operativo

Como parte del proceso de articulación técnica y operativa, se sostuvo una dinámica estructurada de reuniones con frecuencia semanal, quincenal y mensual, según la naturaleza de los temas a tratar. Estos espacios de encuentro permitieron:

- Identificar oportunidades de mejora.
- Resolver falencias operativas de forma ágil.
- Definir puntos de control clave para asegurar el cumplimiento de los lineamientos y reducir hallazgos durante la ejecución.

Además, se implementó un sistema de reporte periódico por correo electrónico, a través del cual cada colaborador operativo remite bases de datos que documentan los hallazgos encontrados en el desarrollo de sus funciones. Esta estrategia ha contribuido a fortalecer la trazabilidad de las acciones, así como el monitoreo constante y detallado de los procesos técnicos.

Acciones desarrolladas y su frecuencia de ejecución:

- **Precrítica de archivos planos**: diaria
- **Emisión de conceptos técnicos**: según requerimiento
- **Seguimiento a módulos pendientes**: diaria
- **Reporte de agendamiento tipo 4**: semanal
- **Reporte de agendamiento – población capitada (Subred Norte)**: semanal
- **Reuniones de planeación y control de gestión**: mensual
- **Reporte de bases desde canalizaciones**: semanal
- **Socialización de hallazgos – canalizaciones**: quincenal
- **Precrítica y revisión de bases con el equipo operativo**: dos veces por semana
- **Acompañamiento a jornadas operativas**: diario
- **Acompañamientos en campo**: mensual
- **Inducción y acompañamiento a nuevo talento humano**: mensual

Estas acciones, debidamente programadas y monitoreadas, han permitido un avance sostenido y organizado, asegurando la calidad y oportunidad de la información que se genera y utiliza en la toma de decisiones.

2. Articulación con Perfiles de Digitadores y Técnicos en Sistemas

Durante la vigencia se evidenció un fortalecimiento significativo en la articulación entre los perfiles de digitadores y técnicos en sistemas. Este trabajo conjunto ha sido fundamental para mejorar la eficiencia operativa y garantizar la calidad, integridad y coherencia de la información recolectada en el marco del plan de acción.

Estrategias implementadas:

- Definición clara de roles y responsabilidades, lo que ha facilitado una gestión técnico-operativa más eficiente.
- Reuniones periódicas de seguimiento, orientadas a revisar avances, identificar dificultades y definir acciones de mejora.
- Canales de comunicación directos y efectivos, que han optimizado el flujo de información entre los equipos.
- Fortalecimientos en el uso de herramientas de registro, enfocadas en mejorar la precisión en la digitación y la resolución oportuna de inconsistencias.

Puntos de control establecidos:

- Verificación cruzada de bases de datos, con el fin de detectar errores, duplicidades e incongruencias.
- Reportes diarios de hallazgos, enviados por correo electrónico y sistematizados para facilitar su análisis y seguimiento.
- Implementación de un tablero de seguimiento compartido, que permite visualizar en tiempo real el estado de avance de los diferentes procesos.
- Gestión de una matriz de control de calidad, administrada por el equipo de sistemas, para validar formatos, estructuras y consistencias antes de consolidar la información final.

Herramientas tecnológicas utilizadas:

- Macro de Consolidación VSP y archivos planos, para la integración eficiente de datos.
- Macro de Consolidación de Salidas de Información, que permite generar reportes y análisis automatizados.
- Aplicativo para emisión de conceptos técnicos, utilizado por profesionales para validar procesos clave.

- Herramienta institucional de seguimiento a módulos pendientes, esencial para garantizar la trazabilidad de la gestión.

Asimismo, se estableció un espacio de precrítica presencial dos veces por semana, en el cual digitadores y técnicos en sistemas trabajan conjuntamente en la revisión de módulos pendientes de carga, identificando ajustes requeridos y gestionando su corrección de manera oportuna. Estas sesiones han sido fundamentales para:

- Disminuir errores recurrentes.
- Mejorar el control sobre las actividades operativas.
- Fortalecer la calidad de la información generada.
- Agilizar los tiempos de respuesta frente a las alertas técnicas.

La vigencia se caracterizó por una sólida continuidad en la implementación del plan de acción, destacándose la mejora progresiva en la articulación operativa, la gestión de calidad de la información y la eficacia en los procesos técnicos. Las estrategias adoptadas han demostrado ser efectivas para consolidar una gestión territorial más estructurada, colaborativa y orientada a resultados concretos en el marco de la estrategia MÁS Bienestar.

Casos Derivados de promotor a Plan de Cuidado Familiar (Acumulado de toda la vigencia; desde 10/12/2024 a la fecha de reporte)	**Casos Derivados de promotor a Plan de Cuidado Familiar en el mes de reporte.**	**Casos derivados con respuesta efectiva por el perfil correspondiente.**	**Casos derivados pendientes de respuesta por el perfil correspondiente.**
13443	1537	3870	9573

Realizar un análisis de los resultados obtenidos.

Balance de Casos Abordados – Estrategia MÁS Bienestar en tu Hogar

Período acumulado: 10 de diciembre de 2024 al 30 de septiembre de 2025

Durante la vigencia del plan de acción de la estrategia MAS Bienestar, se ha venido consolidando un modelo de atención integral en el territorio, centrado en la articulación efectiva entre promotores, profesionales de las distintas áreas técnicas y los líderes comunitarios. Este enfoque ha permitido

avanzar en la identificación oportuna de necesidades familiares, la canalización adecuada de los casos y el seguimiento continuo a los planes de cuidado familiar instaurados.

Análisis de Resultados

1. **Alto volumen de derivaciones acumuladas:**
   El total de 13.443 casos derivados desde el 10 de diciembre de 2024 hasta la fecha del presente reporte da cuenta de una activa labor de identificación territorial por parte de los promotores. Esta cifra refleja no solo la cobertura alcanzada, sino también la capacidad del modelo de detección comunitaria para canalizar necesidades que requieren intervención profesional.

2. **Casos del mes de septiembre 2025:**
   En este mes se registraron 1.537 nuevos casos derivados, lo cual representa un 11,4% del acumulado general. Esta proporción mantiene la tendencia mensual de activación de rutas de cuidado, evidenciando una dinámica sostenida de identificación y remisión de situaciones críticas o prioritarias dentro de los hogares acompañados.

3. **Respuesta profesional a los casos derivados:**
   De los casos acumulados, 3.870 (28,8%) han recibido respuesta efectiva por parte de los perfiles profesionales correspondientes (psicólogos, enfermeros, fisioterapeutas, entre otros). Estas intervenciones han estado orientadas al análisis técnico, la validación del riesgo, la elaboración y ejecución de planes de cuidado familiar, y el seguimiento al cumplimiento de metas de autocuidado, fortalecimiento familiar o activación de redes de gestión del riesgo en salud.

   Este porcentaje, si bien evidencia avances, también señala la necesidad de fortalecer la capacidad de respuesta técnica frente al volumen de casos que están siendo generados por la labor de abordaje en los territorios.

4. **Casos pendientes de respuesta profesional:**
   Se encuentran aún 9.573 casos (71,2%) sin respuesta efectiva documentada por el perfil correspondiente. Esta cifra refleja una brecha importante en el cierre del ciclo de atención, lo cual podría estar asociado a:

   - Sobrecarga operativa en algunos territorios.
   - Limitaciones en la disponibilidad de profesionales por cohorte.
   - Fallas en los mecanismos de seguimiento o retroalimentación entre promotores y equipos técnicos.
   - Dificultades en la consolidación o registro oportuno de la atención prestada.

A pesar de los retos, se destaca que en los casos con respuesta efectiva se ha logrado un abordaje integral, en el que los promotores realizan un primer acercamiento desde el enfoque familiar con los profesionales que favorecen intervenciones con el quehacer técnico. Esta articulación ha permitido:

- Análisis más precisos de las situaciones familiares.
- Intervenciones orientadas a la protección de derechos, la promoción de la salud y la prevención de riesgos.
- Generación y seguimiento de planes de cuidado familiar, con metas específicas y trazabilidad.

Se han evidenciado experiencias exitosas en los territorios donde los promotores acompañan directamente la ejecución de estos planes, actuando como puente entre la comunidad y los equipos profesionales, y facilitando el cumplimiento de acciones por parte de las familias.

Recomendaciones

- Fortalecer el equipo técnico en los territorios con mayor volumen de derivaciones, priorizando aquellos con altos índices de casos sin respuesta.
- Optimizar los canales de retroalimentación entre promotores y profesionales, asegurando que cada caso derivado tenga un seguimiento documentado y trazable.
- Implementar alertas tempranas en el sistema de información para identificar casos críticos que requieren atención prioritaria.
- Desarrollar capacitaciones continuas sobre abordaje integral y enfoque familiar, dirigidas tanto a promotores como a profesionales.
- Incluir métricas de oportunidad y calidad de respuesta en los reportes de gestión mensual, para mejorar la toma de decisiones a nivel de coordinación territorial.

PLANES DE CUIDADO FAMILIAR (PCF) POR PERFIL/EQUIPO	PCF CONCERTADOS EN EL MES DE REPORTE	PCF CONCERTADOS EN LA VIGENCIA-ACUMULADO (Desde 10/12/2024 a la	PCF CON CIERRE EN EL MES DE REPORTE	PCF CON CIERRE EN LA VIGENCIA-ACUMULADO (Desde 10/12/2024 a la fecha de reporte)	% DE PCF CON CIERRE (Acumulado de PCF Concertado / Acumulado de PCF con cierre)	PCF ACTIVOS CON MÁS DE 6 SESIONES DE IMPLEMENTACIÓN

		fecha de reporte)				
Enfermería	206	3145	265	2306	73%	234
Psicología	310	2995	324	2507	84%	134
Odontología	100	1035	82	933	90%	1
Terapias	69	666	54	489	73%	0
Nutrición	0	18	0	18	0%	0
Ciencias Ambientales	92	675	34	622	92%	3
Equipos Afro	30	227	31	212	93%	59
Equipo Palenquero	0	0	0	0	0%	0
Equipo Gitano	0	0	0	0	0%	0
Equipos Ruralidad Cercana	12	346	47	274	79%	6
TOTAL	819	9107	837	7343	81%	437

Durante la vigencia reportada, se evidencia un desempeño positivo en la gestión de planes de cuidado familiar. Del total de 9.107 PCF concertados, el 81% ha sido cerrado exitosamente, lo cual indica una alta capacidad de gestión y seguimiento por parte de los equipos profesionales. Esta cifra evidencia tanto la eficacia de los abordajes como la articulación efectiva con las familias en los territorios.

Análisis por Perfil/Estrategia

Se destacan los siguientes puntos clave:

6. Psicología lidera el volumen de concertación (2.995 PCF) y mantiene una alta tasa de cierre del 84%.

7. Odontología y Ciencias Ambientales presentan las tasas de cierre más altas: 90% y 92% respectivamente, lo que refleja la naturaleza más puntual y resolutiva de sus intervenciones.

8. Enfermería y Terapias mantienen una tasa de cierre del 73%, alineada con la media general, aunque se observan más casos activos prolongados, especialmente en enfermería.

9. Nutrición, Equipo Palenquero y Equipo Gitano no registran planes activos o cerrados durante esta vigencia.

10. Equipos diferenciales (Afro, Ruralidad Cercana) presentan buen nivel de cierre (>79%), aunque hay retos asociados al acceso, permanencia y condiciones sociales particulares de estos territorios.

Del total de planes activos, 437 PCF han superado las 6 sesiones de implementación sin haber sido cerrados. Esta situación requiere una lectura diferenciada, ya que no siempre representa rezago o falla en el seguimiento, sino que responde a causas justificadas, entre ellas:

1. Complejidad de los casos abordados

- Muchos de estos PCF involucran situaciones de salud mental, enfermedades crónicas o condiciones de riesgo psicosocial que demandan procesos de intervención prolongados, como en el caso de psicología y enfermería.

- En contextos de violencia intrafamiliar, consumo de sustancias o trastornos del neurodesarrollo, los equipos requieren mayor tiempo de acompañamiento y evaluación de resultados sostenibles, especialmente en áreas de difícil acceso o con baja red de apoyo institucional.

2. Re agendamientos por barreras externas

- Las familias beneficiarias han presentado dificultades de permanencia por movilidad territorial, falta de acceso a servicios, jornadas laborales extensas o condiciones de vulnerabilidad socioeconómica.

- En zonas rurales y de ruralidad cercana, los factores climáticos, la dispersión geográfica y las restricciones de transporte han implicado reprogramación frecuente de visitas y sesiones.

3. Eventos de interés en salud pública

Se han identificado eventos prioritarios en salud pública que han requerido vigilancia e intervención más prolongada:

- Casos de desnutrición crónica o aguda en menores de 5 años (en intervención de enfermería y nutrición).
- Adherencia fallida a tratamientos para hipertensión, diabetes y epoc.
- Procesos de recuperación post hospitalaria con riesgos asociados (cuidado paliativo, heridas crónicas, salud mental posparto).
- Crisis emocionales o intentos de suicidio que han requerido intervenciones intensivas desde psicología, con al menos 6 a 8 sesiones como parte de la implementación de estrategias que favorezcan las mejoras de las familias en pro de su bienestar emocional.

4. Estrategias diferenciales con acompañamiento intensivo

- En algunos territorios, especialmente en las intervenciones del Equipo Afro y Ruralidad Cercana, se han adoptado metodologías de acompañamiento comunitario sostenido, en las cuales se prioriza el fortalecimiento de factores protectores familiares, incluso más allá de las 6 sesiones, como parte de un enfoque pedagógico y culturalmente pertinente.

La presencia de 437 PCF activos con más de 6 sesiones (4,8% del total concertado) no representa necesariamente un rezago, sino una respuesta adaptada a la naturaleza y evolución de los casos priorizados.

Se recomienda mantener el seguimiento diferenciado de estos planes activos, con criterios de priorización que consideren:

- Riesgo individual y familiar.
- Cumplimiento de objetivos parciales.
- Barreras externas identificadas.

Fortalecer los mecanismos de articulación intersectorial, especialmente en casos que requieren intervención conjunta con salud pública, protección social o educación.

Establecer un corte técnico para revisión de PCF activos con más de 6 sesiones sin avance, a fin de definir:

- Cierre técnico por cumplimiento.
- Reorientación del abordaje.
- Reasignación de profesional si se identifica estancamiento.

11. MONITOREO Y EVALUACIÓN

Las acciones de monitoreo y evaluación de los Equipos Básicos Extramurales de Hogar se llevan a cabo de manera permanente a partir de la implementación de los planes de cuidado territorial, familiar e individual, sin embargo, se establecen algunos indicadores de monitoreo permanente, que se alimentan en los espacios de comité de cuidado, con los avances permanentes que se tienen de la operación rutinaria de los equipos.

Tabla 32. Descripción Indicadores de gestión EBEH

INDICADORES DE GESTION EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES							
No	**Nombre**	**Definición**	**Numerador**	**Denominador**	**Uso**	**Línea de Base**	**Observación**
1	Porcentaje de familias con cumplimiento de plan de cuidado familiar bajo Supervisión de los EBEH	Este indicador mide el porcentaje de familias dentro de la población objetivo que tienen cierre del plan de cuidado familiar	Número de familias con cierre identificadas con Cumplimiento del Plan de Cuidad Familiar concertado	Número de familias con cierre	* Evaluar la efectividad de las acciones de gestión del riesgo familiar en modalidad extramural. * Monitorear el desempeño de los EBE y	95%	Este indicador debe tener la medición a nivel local, por sector catastral y equipo EBE y Promotor de salud

		por los EBEH en un período de tiempo específico.			realizar ajustes necesarios para mejorar la cobertura.		
2	Porcentaje de Gestantes con Sífilis Gestacional que completan el Tratamiento bajo Supervisión de los EBEH	Este indicador mide el porcentaje de mujeres embarazadas diagnosticadas con sífilis que han completado el tratamiento recomendado bajo la supervisión de los Equipos Básicos Extramurales (EBEH).	Total, de mujeres embarazadas diagnosticadas con sífilis que han completado el tratamiento durante el período de evaluación.	Total, de mujeres embarazadas diagnosticadas con sífilis remitidas por las EPS o diagnosticadas por los EBEH durante el período de evaluación.	* Evaluar la efectividad de los programas de tratamiento de sífilis gestacional. * Identificar barreras en la administración y adherencia al tratamiento. * Planificar y asignar recursos de manera más eficiente. * Monitorear y mejorar la calidad de la atención prenatal.	100%	Este indicador requiere medición local y por EPS
3	Porcentaje de la población menor de 5 años del territorio asignado al EBEH	Este indicador mide el porcentaje de niños menores de 5 años en el territorio	Total de niños menores de 5 años que han recibido todas las vacunas definidas	Total de niños menores de 5 años en el territorio asignado a los EBEH durante el	*Evaluar la efectividad de los programas de vacunación infantil. * Identificar áreas	95%	Este indicador requiere medición local y por EPS

	con esquema de vacunación completo para la edad.	asignado a los Equipos Básicos Extramurales (EBEH) que han recibido todas las vacunas establecidas para su edad según el programa nacional de vacunación.	para su edad durante el período de evaluación.	período de evaluación.	geográficas o grupos poblacionales con baja cobertura de vacunación. * Planificar y asignar recursos de manera más eficiente. * Monitorear y mejorar la calidad de los servicios de vacunación.		
4	Porcentaje de Gestantes con Sífilis Gestacional que presentan reinfección	Este indicador mide el porcentaje de mujeres embarazadas diagnosticadas con sífilis que han presentado reinfección bajo la supervisión de los Equipos Básicos Extramurales (EBEH).	Total, de mujeres embarazadas diagnosticadas con sífilis con reinfección durante el período de evaluación.	Total, de mujeres embarazadas diagnosticadas con sífilis remitidas por las EPS o diagnosticadas por los EBEH durante el período de evaluación.	* Evaluar la efectividad de los programas de tratamiento de sífilis gestacional. * Identificar barreras en la administración y adherencia al tratamiento. * Planificar y asignar recursos de manera más eficiente. * Monitorear y mejorar la calidad de la	100%	Este indicador requiere medición local y por EPS

					atención prenatal.		
5	Porcentaje de Recuperación nutricional en menores de 5 años con DNT Y RIESGO	Este indicador mide el porcentaje de menores de 5 años que recuperaron peso bajo la supervisión de los Equipos Básicos	Menor de 5 años con recuperación de peso Zscore Mayor que -1,5	Menor de 5 años Identificada con DNT en intervención por los EBEH	*Evaluar la efectividad de los programas de vacunación infantil. * Identificar áreas geográficas o grupos poblacionales con baja cobertura de vacunación. * Planificar y asignar recursos de manera más eficiente. * Monitorear y mejorar la calidad de los servicios de vacunación.	95%	Este indicador requiere medición local y por EPS
6	Fortalecimiento en habilidades de afrontamiento	Este indicador mide el porcentaje de usuarios que mejoran habilidades de afrontamiento bajo la supervisión de los	Usuarios con plan de cuidado terminado que mejoran habilidades de afrontamiento	Usuarios con plan de cuidado familiar terminado para habilidades de afrontamiento	Evaluar la efectividad de las acciones de gestión del riesgo familiar en modalidad extramural. * Monitorear el desempeño de los EBE y realizar	Por establecer	Este indicador requiere medición local y por EPS

		Equipos Básicos			ajustes necesarios para mejorar la cobertura.		
7	Paciente controlado HTA	Este indicador mide el porcentaje de usuarios con cifras tensionales en rangos normales en población con HTA bajo la supervisión de los Equipos Básicos	Usuarios con cifras tensionales en rangos normales terminado la implementación de plan de cuidado	Usuarios con plan de cuidado de automanejo terminado	Evaluar la efectividad de las acciones de gestión del riesgo familiar en modalidad extramural. * Monitorear el desempeño de los EBE y realizar ajustes necesarios para mejorar la cobertura.	Por establecer	Este indicador debe tener medición por: * EPS que deriva casos * Población de grupo de riesgo por EPS (gestantes, menores de 5 años, usuarios con HTA y DM) y demás definidas en comité técnico.
8	Paciente controlado DM	Este indicador mide el porcentaje de usuarios con cifras tensionales en rangos normales en población con DM bajo la supervisión de los Equipos Básicos	Usuarios con glucometría en rangos normales terminado la implementación de plan de cuidado	Usuarios con plan de cuidado de automanejo terminado	Evaluar la efectividad de las acciones de gestión del riesgo familiar en modalidad extramural. * Monitorear el desempeño de los EBE y realizar ajustes necesarios para mejorar la cobertura.	Por establecer	Este indicador debe tener medición por: * EPS que deriva casos * Población de grupo de riesgo por EPS (gestantes, menores de 5 años, usuarios con HTA y DM) y demás definidas en comité técnico.

9	Efectividad en la Gestión de casos Ruteo	Este indicador mide el porcentaje de usuarios en la estrategia Ruteo con intervenciones efectivas bajo la supervisión de los Equipos Básicos	Número de casos con intervención efectiva por parte de los EBEH	Número de casos con gestión efectiva	* Evaluar la efectividad de las intervenciones en territorio de la modalidad de ruteo de los Equipos Básicos Extramurales. * Identificar sectores catastrales o grupos poblacionales con baja cobertura. * Monitorear el desempeño de los EBE y realizar ajustes necesarios para mejorar la cobertura.	Por establecer	Este indicador debe tener medición por: * EPS que deriva casos * Población de grupo de riesgo por EPS (gestantes, menores de 5 años, usuarios con HTA y DM) y demás definidas en comité técnico.

Tabla 33. Indicadores de gestión EBEH

INDICADORES DE GESTION EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES				
No	Nombre	Numerador	Denominador	Porcentaje
1	Porcentaje de familias con cumplimiento de plan de cuidado familiar bajo Supervisión de los EBEH	**4189**	**4406**	**95%**
2	Porcentaje de Gestantes con Sífilis Gestacional que completan el Tratamiento bajo Supervisión de los EBEH	**29**	**29**	**100%**
3	Porcentaje de la población menor de 5 años del territorio	**1549**	**1806**	**88%**

	asignado al EBEH con esquema de vacunación completo para la edad			
4	Porcentaje de Gestantes con Sífilis Gestacional que presentan reinfección	**0**	**142**	**0**
5	Porcentaje de Recuperación nutricional en menores de 5 años con DNT Y RIESGO	**235**	**346**	**68%**
6	Fortalecimiento en habilidades de afrontamiento	**354**	**377**	**94%**
7	controlado HTA	**518**	**580**	**89%**
8	Paciente controlado DM	**235**	**267**	**88%**
9	Efectividad en la Gestión de casos Ruteo	**2179**	**3762**	**58%**

Fuente: Tablero Indicadores EBEH

Comentado [JA38]: El reporte no coresponde al periodo del 9 de diciembre 2024 a septiembre 2025

Se logró el cierre de 4189 Planes de Cuidado Familiar (PCF) previamente instaurados. Del total de casos, el 95% de los núcleos familiares cumplió con los compromisos definidos por los distintos perfiles profesionales de los Equipos Básicos Extramurales de Hogar (EBEH) de la Subred Norte.

Según los registros en los archivos planos, el 5% de los casos cerrados corresponde a familias que se trasladaron fuera de la ciudad por razones laborales o dinámicas familiares, desistieron voluntariamente del proceso o no cumplían con los criterios para la implementación del PCF.

El análisis evidencia que en el 95% de los casos cerrados se observa una reducción significativa de las alertas en salud identificadas durante la caracterización socioambiental inicial. No obstante, se identifica un incremento en el porcentaje de familias que desisten del proceso, situación que se relaciona directamente con el aumento en el número de cierres de planes de cuidado familiar.

Se realiza un abordaje efectivo a los eventos reportados por sífilis gestacional, entendiendo que la sífilis congénita a produce secuelas irreversibles a mediano y largo plazo ante su detección inoportuna para la mujer y su bebé, por eso es necesario continuar con la búsqueda activa de gestantes antes de la semana 10 y brindar acompañamiento que garantice un tratamiento adecuado y completo para la gestante y su pareja. Se abordaron 29 mujeres gestantes diagnosticadas con sífilis, de las cuales las 29s han completado el tratamiento recomendado bajo la supervisión de los Equipos Básicos Extramurales correspondiente al 100% de las gestantes con sífilis contribuyendo a la reducción de la incidencia de este evento y avanzar hacia la eliminación de la sífilis congénita. Esto se consiguió mediante la reducción de barreras en el acceso a los servicios de salud, la prestación de una atención de calidad y un trabajo articulado que garantizara la

administración del tratamiento completo para la usuaria. Por lo anterior, no se presentaron casos de reinfección para mujeres en estado de gestación con antecedente de sífilis gestacional.

Se abordaron 346 menores de 5 años con DNT y en riesgo, de los cuales 235 usuarios han logrado tener una adecuada recuperación nutricional bajo la supervisión de los Equipos Básicos Extramurales correspondiente al 68% de los menores con estos diagnósticos contribuyendo a la reducción de la incidencia de este evento. Esto se consiguió mediante la reducción de barreras en el acceso a los servicios de salud, la prestación de una atención de calidad y un trabajo articulado que garantiza la administración del tratamiento a los usuarios, en conjunto con la educación en salud, se evidencia que a los usuarios que no lograron subir de peso, se brindó educación acerca de importancia de seguir el plan nutricional, se identificó barreras de acceso al mismo, se gestionaron riegos y se brindó educación en salud acerca de identificación de signos de alarma en los menores.

Se abordan 377 usuarios con quienes se implementan estrategias para el mejoramiento de las habilidades de afrontamiento, de los cuales 354 finalizaron proceso de seguimiento por el plan de cuidado familiar evidenciándose mejoras en las habilidades de afrontamiento, logrando avances en el 94% de ellos durante la evaluación.

Se abordaron 580 usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial finalizaron su plan de cuidado de automanejo, de los cuales 518 de ellos correspondiente al 89% logró alcanzar cifras tensionales dentro de los rangos normales al finalizar la intervención. Este resultado refleja la adherencia a las recomendaciones de los profesionales, la adopción de prácticas de cuidado en salud, una adecuada adherencia al tratamiento y un fortalecimiento en la capacidad de automanejo de los usuarios.

Se identificaron abordaron 267 usuarios con diagnóstico de Diabetes mellitus finalizaron su plan de cuidado de automanejo, de los cuales 237 de ellos correspondiente al 88% alcanzaron glucometrias dentro de los rangos normales al finalizar la intervención. Este resultado refleja una alta efectividad del plan de cuidado de automanejo en el control de la diabetes

Los casos gestionados son 3762 en total, de los cuales 2179 (58%) Este comportamiento evidencia la efectividad del componente territorial en la gestión de los programas, destacando el impacto de las visitas en campo como mecanismo clave para fortalecer la adherencia al seguimiento, mejorar la oportunidad de atención y garantizar la continuidad del proceso.

12. CONCLUSIONES

Comentado [39]: TODOS

1. La atención domiciliaria realizada por los equipos básicos extramurales ha permitido acercar los servicios de salud a poblaciones con barreras de acceso, garantizando continuidad en el cuidado y seguimiento integral de los pacientes con dependencia funcional o enfermedades crónicas.

2. Se logró una adecuada identificación de los factores de riesgo clínico, social y ambiental en los usuarios atendidos. La gestión oportuna de dichos riesgos permitió disminuir complicaciones y optimizar la remisión a niveles de mayor complejidad cuando fue necesario.

3. La participación coordinada de los perfiles de medicina, enfermería, fisioterapia, psicología y auxiliares de cuidado favoreció la atención centrada en la persona y su familia, fortaleciendo las capacidades de autocuidado y el bienestar funcional y emocional de los cuidadores y pacientes.

4. La estrategia de relevo de cuidadores permitió mitigar el desgaste físico y emocional de los cuidadores principales, ofreciendo espacios de respiro, acompañamiento y educación, lo que contribuyó a mejorar la calidad del cuidado y la convivencia familiar.

5. La programación coordinada de las visitas domiciliarias y el uso de herramientas digitales para la trazabilidad de los casos favorecieron la eficiencia del servicio, aunque aún existen oportunidades de mejora en la articulación con otras áreas asistenciales y administrativas.

6. Las intervenciones contribuyeron a la detección temprana de riesgos comunitarios y al fortalecimiento del modelo de atención primaria en social (APS), impactando en la reducción de hospitalizaciones evitables y en la promoción del autocuidado en los hogares.
7. Entre diciembre de 2024 y septiembre de 2025 se registraron 8.201 admisiones, con una tendencia general de crecimiento sostenido. Tras un inicio bajo en diciembre, las cifras aumentaron progresivamente, alcanzando picos en marzo, junio y septiembre, reflejando una mejora continua en la gestión y cobertura de atenciones.
8. Durante el periodo comprendido entre diciembre de 2024 y septiembre de 2025, se consolidó el fortalecimiento del proceso de agendamiento, evidenciando una mejora sostenida en la efectividad y oportunidad de las citas gestionadas. Se alcanzaron 8.982 citas efectivas (77,5% de las gestiones), con una reducción progresiva de pendientes hasta cerrar con solo 192 casos.
9. En el componente tipo 4, se lograron 1.415 citas efectivas, reflejando un crecimiento del 350% frente al inicio del periodo, con picos de productividad en agosto y

septiembre. Este avance demuestra una mayor articulación entre los equipos de acceso, gestores y unidades asistenciales, fortaleciendo la capacidad operativa y la atención oportuna a la población priorizada.

10. Se observó una mejora sostenida en el cumplimiento y la asistencia a las citas, alcanzando niveles superiores al 80% en el segundo semestre, lo que refleja una mayor adherencia de los usuarios y una gestión más eficiente del agendamiento, gracias al seguimiento, recordación y coordinación efectiva entre los equipos de acceso y los profesionales en territorio.
11. Durante el periodo analizado se evidenció una alta efectividad en la gestión de autorizaciones, con un 82,1% de solicitudes aprobadas y un mínimo porcentaje de rechazos, reflejando la eficiencia del proceso y la articulación oportuna con las EPS. Destacan Capital Salud, Sanitas y Nueva EPS como las entidades con mayor volumen y respuesta favorable, consolidando una tendencia positiva en la oportunidad, seguimiento y resolución de trámites asistenciales.
12. En el proceso de Ruteo del mes de diciembre 2024 a marzo 2025 se evidenció un fortalecimiento progresivo en la depuración de bases de datos, la gestión de contactos y la asignación efectiva de atenciones, reflejando una mayor capacidad organizativa y operativa del grupo de acceso. El trabajo articulado permitió mejorar la calidad del registro, optimizar la coordinación con las EPS y garantizar el seguimiento oportuno de los usuarios, consolidando una gestión más eficiente y coherente con los lineamientos de atención integral.