EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES DE HOGAR

PRODUCTOS:
INFORME DE FINAL EN LA GESTIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
CONVENIO 7124556 DE 2024
DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

FECHA (14/10/2025)
Bogotá D.C

Contenido

1. 1

2. 1

3. 1

4. 2

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. 51

5.1.1 COORDINACIÓN TÉCNICA, 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. 89

7. **¡Error! Marcador no definido.**

1. INTRODUCCIÓN

El presente documento da cuenta del avance de los procesos en la gestión administrativa y técnica en la ejecución del convenio interadministrativo N° 7124556 de 2024 por parte de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. En él se presenta información consolidada de las actividades realizadas del 10 de diciembre de 2024 al 30 de septiembre de 2025.

2. OBJETO

Aunar esfuerzos entre el FFDS y la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente 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 Sur Occidente 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.

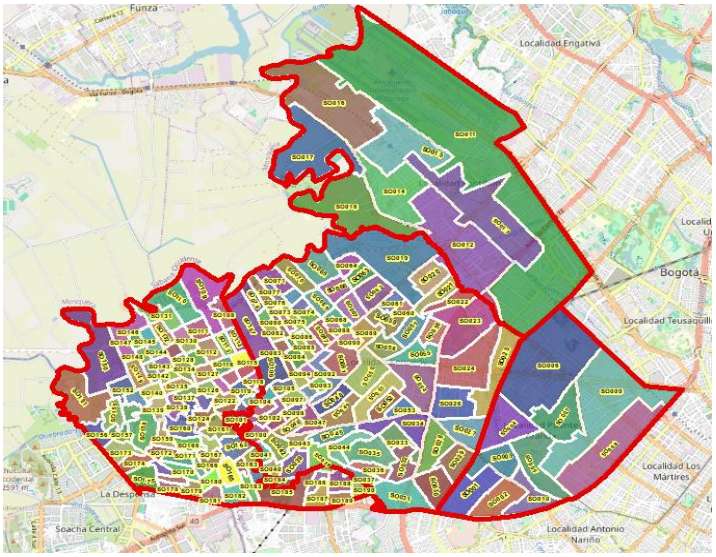
La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

4. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS POR PROCESO

4.1 PLANEACIÓN TERRITORIAL

Desde el inicio y durante la ejecución del convenio los límites territoriales en la subred Sur occidente no tuvieron modificaciones, manteniendo así los 190 territorios distribuidos en nuestras 4 localidades, visibles en la tabla 1A y en la ilustración 1.

Ilustración 1. Territorios Subred Sur occidente 2025



Fuente: Elaboración propia

La planeación territorial siempre estuvo enmarcada dentro de la disponibilidad del talento humano y el abordaje integral de los territorios, así pues, se logra una intervención significativa del 98% de nuestros territorios.

A continuación, se diligencian los datos de organización territorial para nuestra subred.

Tabla 1A. Delimitación territorial

LOCALIDAD	SECTORES CATASTRALES POR LOCALIDAD	CANTIDAD DE TERRITORIOS POR LOCALIDAD	TOTAL, DE MANZANAS DENTRO DE LOS TERRITORIOS

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

BOSA	74	83	3319
KENNEDY	102	89	4950
FONTIBÓN	55	8	1696
PUENTE ARANDA	45	10	1801
Total, Subred	**276**	**190**	**11766**

Fuente: Base de datos Geográfica GDB subred Suroccidente 30 septiembre 2025

4.1.1 APROPIACIÓN TERRITORIAL

El comportamiento del talento humano durante la ejecución del convenio y bajo la nueva delimitación territorial muestra un descenso sostenido en el tiempo en la cantidad de territorios apropiados y por ende intervenido mes a mes. Al inicio se logró tener el 98% de la apropiación territorial, pero al último mes de ejecución llegamos solo al 86%, en la siguiente gráfica se muestra dicho comportamiento.

Gráfica x. Adscripción territorial por mes

Fuente: Elaboración propia

A continuación, en la tabla 2A se presentan los datos por localidad.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

Tabla 2A. Apropiación territorial

LOCALIDAD	CON APROPIACIÓN	SIN APROPIACIÓN	%
BOSA	73	10	88
KENNEDY	74	15	83
FONTIBÓN	8	0	100
PUENTE ARANDA	9	1	90
TOTAL	**164**	26	**86**

Fuente: Base de datos Geográfica GDB subred Suroccidente 30 septiembre 2025

En nuestra subred tenemos un total de 25 sectores catastrales que no tienen uso residencial, casi que, en su totalidad sobre la periferia, dentro de suelos de expansión urbana o rurales (Bosa, Kennedy y Fontibón) y otros en áreas de uso institucional o de uso industrial (Puente Aranda), estos sectores los podemos encontrar discriminados en la tabla 2B.

De estos 25 sectores catastrales tenemos 23 en zonas de expansión urbana o rural (nuevo POT), los cuales posiblemente podrían empezar a tener un uso residencial en el futuro cercano, sobre todo los localizados en la antigua UPZ Tintal sur, ya que el área sigue siendo adecuada para este fin, sectores como San Bernardino XXV, San Bernardino XXII urbano y San Bernardino XIX, por otra parte los dos sectores catastrales localizados en la localidad de Puente Aranda no tendrán ese cambio de uso, puesto que son institucionales y no creemos que se puedan dar esos cambios por ahora.

Tabla 2B. Sectores catastrales sin actividad residencial

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

LOCALIDAD	CÓDIGO DE SECTOR CATASTRAL	NOMBRE DE SECTOR CATASTRAL	FECHA	TOTAL, DE MANZANAS DE SECTORES CATASTRALES SIN POBLACION.
BOSA	1052107	OSORIO X	09/05/2025	0
BOSA	105325	SAN BERNARDINO XXV	09/05/2025	0
BOSA	105223	OSORIO XXIII	09/05/2025	0
BOSA	205308	CAÑAVERALEJO RURAL	09/05/2025	1
BOSA	004577	SAN BERNARDINO XXII URBANO	09/05/2025	1
BOSA	004646	EL CORZO II	09/05/2025	2
KENNEDY	006524	LA MAGDALENA	09/05/2025	6
KENNEDY	105106	LA MAGDALENA RURAL	09/05/2025	0
KENNEDY	205209	EL JAZMIN	09/05/2025	21
KENNEDY	205227	OSORIO IV	09/05/2025	1
KENNEDY	004615	OSORIO XII	09/05/2025	1
KENNEDY	105203	OSORIO II	09/05/2025	0
KENNEDY	105211	OSORIO XII RURAL	09/05/2025	0

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

KENNEDY	105105	VEREDA EL TINTAL RURAL	09/05/2025	0
KENNEDY	205221	GALÁN RURAL	09/05/2025	25
KENNEDY	205225	LAS ACACIAS RURAL	09/05/2025	20
FONTIBÓN	006307	MONTEVIDEO	09/05/2025	23
FONTIBÓN	005672	LAS NAVETAS	09/05/2025	1
FONTIBÓN	006306	GRANJAS DE TECHO	09/05/2025	6
FONTIBÓN	105402	CHARCO RURAL	09/05/2025	0
FONTIBÓN	006308	FRANCO	09/05/2025	24
FONTIBÓN	005624	AEROPUERTO EL DORADO	09/05/2025	1
FONTIBÓN	105104	EL TINTAL	09/05/2025	0
PUENTE ARANDA	006218	CENTRO INDUSTRIAL	09/05/2025	19
PUENTE ARANDA	006207	BATALLÓN CALDAS	09/05/2025	1
Total, Subred		**25**		**153**

Fuente: Base de datos Geográfica GDB subred Suroccidente 31 agosto 2025

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

4.1.2 GESTIÓN TERRITORIAL

Finalizado el convenio y con él las jornadas por territorio, desde la subred Sur occidente se logró la intervención de 169 territorios logrando con ello un mayor posicionamiento y visibilidad del programa con la comunidad, en el cuadro 1 se visualizan por mes las jornadas realizadas.

Cuadro 1. Jornadas territoriales por mes

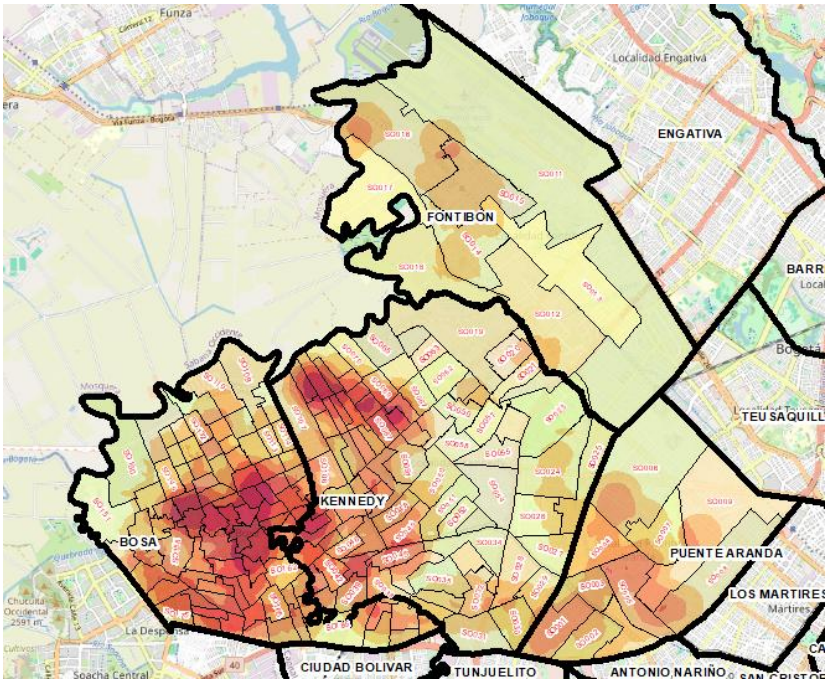
MES	TERRITORIOS CON JORNADA
JUNIO	40
JULIO	64
AGOSTO	60
SEPTIEMBRE	5
TOTAL	169

Fuente: Elaboración propia

En la ilustración 1. se especializa todas las intervenciones (110.728) realizadas por los diferentes perfiles, destacando principalmente las localidades de Bosa y Kennedy concentrando el 77% de estas, cabe la pena resaltar que históricamente así siempre ha sido el comportamiento en la efectividad de los programas en salud ejecutados, lo cual nos muestra dos rutas; por un lado el aunar esfuerzos para atender esta densidad poblacional muy cambiante y por el otro redoblar la priorización de otras áreas de nuestras localidades para que este tipo de intervenciones lleguen a la mayor población posible.

Ilustración 1. Densidad atenciones EBEH Subred Sur occidente

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley



Fuente: Elaboración propia basada en GDB 30 septiembre 2025

En la tabla 3 se muestra el abordaje territorial por número de manzanas intervenidas durante la ejecución del convenio, logrando un abordaje promedio del 74% de las manzanas disponibles para la caracterización familiar en nuestros territorios.

Tabla 3. Gestión territorial

LOCALIDAD	MANZANAS CON DELIMITACIÓN	MANZANAS ABORDADAS	%	MANZANAS CON BARRERA	%	TOTAL AVANCE
BOSA	3319	2876	86%	1214	72%	2392
KENNEDY	4950	3733	75%	2377	103%	5145
FONTIBÓN	1696	914	54%	702	63%	1070

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

PUENTE ARANDA	1801	1137	63%	76	35%	646
Total Subred	**11766**	**8660**	**74%**	**4369**	**52%**	**9253**

Fuente: Base de datos Geográfica GDB subred Suroccidente 30 septiembre 2025

4.1.3 PLANEACIÓN DEL ABORDAJE

Describa de manera puntual la organización y planeación que realizo durante la vigencia del convenio, tener en cuenta el plan de acción generado y talento humano con el que cuenta para el desarrollo de las actividades.

4.1.3.1 ACCESO

Describir el resultado final y Logros. Indicar el análisis del proceso durante la vigencia del convenio teniendo en cuenta tipo de consultas, perfiles, estado de admisión.

Desde el inicio del convenio y durante su ejecución periodo de vigencia Octubre - septiembre 2025 se realizó fortalecimiento técnico a los digitadores con el fin de dar respuestas efectivas en el agendamiento de citas también se logró la apropiación conceptual frente a la resolución 3280 y frecuencias de uso logrando realizar el seguimiento a las necesidades en salud y poder involucrar a la persona a las rutas de salud. Se generaron estrategias para aumentar cada vez más el agendamiento de citas y dar respuesta los usuarios con oportunidad y calidad. Por otra parte, se fortaleció constantemente el uso y diligenciamiento adecuado y oportuno del aplicativo GTAPS, aunque se en reiteradas ocasiones se solicitó ajustes en el agendamiento ya que no tuvo “desplegables” como no cumple criterio, usuarios con novedad en la EAPB que en su momento no se logró agendar, rechazado, no contactarle que afecto la traza del proceso. Durante el convenio se obtuvo un gran logro con las tomas territoriales con el equipo de Gestores quien realizaron la caracterización a través del modelo de atención en salud Más Bienestar Equipos básicos Extramurales Hogar de la Sub Red Sur occidente, dentro de las actividades se logró la identificación del riesgo según su clasificación Usuarios Tipo 1-2-3 se hizo agendamiento por el aplicativo GTAPS, y con prioridad alta usuarios Tipo 4 quienes necesitaron de atención prioritaria en salud por diferentes motivos como son personas adherentes al tratamiento según diagnóstico médico, gestantes que no asisten a controles prenatales por diferentes motivos personales y novedades en salud, menores de 5 años en desnutrición que en algún momento tuvieron tratamiento y no volvieron, a estas personas se les realiza agendamiento dentro de la vivienda y al no lograr la comunicación con la EAPB, el equipo de agendamiento realizo la gestión de citas con usuarios que capitán con la sub red sur occidente, aquellos que su EPS era diferente a la cápita como son los contributivos se envió correo electrónico al prestador informando de la situación de salud de la persona, como resultado se logra que las personas tengan adherencia a las rutas en salud, se generó educación y compromisos frente al autocuidado logrando diagnósticos

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

oportunos y tratamientos a tiempo, esto hace que disminuya la morbimortalidad de enfermedades prevalentes, y aun se continua presentando barreras de atención en salud en las EPS Contributivas quienes no dan respuestas efectivas en salud a las personas, baja disponibilidad de citas que hace los usuarios renuncien o se olviden de ir al médico, no tomen tratamientos, en algunos casos compran los medicamentos, otros se auto medican, "asisten a la farmacia de confianza para que los receten" y otros toman citas particulares de medicina, esto afecta la salud de las personas y muestra de ellos es cuando llegan al servicio de urgencias con complicaciones donde la EPS asume costos muy altos por no dar respuestas a tiempo en salud. El equipo de agendamiento es muy insistente cuando llama a las EPS informando la situación del usuario, colocan la barrera de salud como es la política de tratamiento de datos donde se excusan que realizan preguntas personales al usuario, y de ahí no es posible agendar a través del gestor o agendador y no se logra dar respuestas en necesidades y riesgos evidenciados, en la última opción es remitir a la persona para el servicio de urgencias usuarios tipo 4.

El equipo de Acceso y agendamiento logro mantener una constate de mejoramiento cada día en el proceso de agendamiento, se logró que el Tipo 4 en articulación con el servicio de ambulatorios obtener cita con especialidades para el mismo día o máximo 2 días después, Medicina general el mismo día de la caracterización el cual se realizó llamada telefónica al usuario y de acuerdo a la disponibilidad de tiempo y lugar de vivienda se dio respuesta con oportunidad en atención en salud. Así mismo el equipo de agendamiento realizo la recordación y verificación de la cita al 100% de las citas agendadas. Durante la ejecución de las actividades se generó articulación con las diferentes EAPB, pero desafortunadamente no se logró respuestas con el servicio de agendamiento de las EPS especialmente Sura, Nueva EPS, Famisanar, Aliansalud, Contributivo, se envió solicitud de autorizaciones y en algunos casos la respuesta fue que estas entidades brindarán atención al usuario. Importante que las entidades prestadoras de salud conozcan las acciones que realiza EBEH en el modelo más bienestar. Por otra parte, la demora en la respuesta de las EPS se debe a la falta de comunicación entre sus canales de atención, el cual afecta la efectividad de gestión al 100% y por ende afecta al usuario que requiere de algún servicio de salud. Por otra parte al enviar la autorización para la atención individual, la respuesta de las entidades de salud "no hay convenio con la sub red sur occidente"; De igual forma se realiza el envío a los correos electrónicos de EPS fuera de Bogotá como Alianza Medellín,, Asmetsalud, Coosalud, Cajacopi, se realiza atención individual a las personas privados de la libertad haciendo restitución de derechos en salud y velando por la integridad humano de las personas, durante la ejecución del convenio se presentó barreras de atención en salud, no se logra respuesta de la solicitud de Autorización para valoración individual esto hace que no se pueda realizar HC en Dinámica (se realiza en Folio de contingencia, y ordenes medicas) no es posible facturar, aun así se realiza la atención en salud ya que para nosotros es claro que es un ser humano que requiere de atención en salud y que solicita que lo tengamos en cuenta, las EPS no tienen claro que las personas retenidas es muy difícil llevarlas a las unidades de salud ya que la disponibilidad de custodios es limitada el cual afecta la atención en salud, sumado a ello no hay autorizaciones oportunas, el cual hace que se aumenten los riesgos en salud,

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

complicaciones en la enfermedad, diagnósticos no oportunos, tratamientos suspendidos o sin tratamiento el cual requieren, es de gran relevancia que la SDS realice articulación con Todas las EPS de Bogotá y se generen acuerdos en la atención en salud, mínimo la atención por medicina general, No debe existir barreras para la atención de una persona retenida en un establecimiento carcelario y policial. Por otra parte, la articulación con el referente de aseguramiento de SDS Dr. Ternera se logró realizar aseguramiento oportuno a personas privadas de la libertad y brindar atención oportuna, aunque persiste la inoportunidad en la portabilidad de EPS que afecta la atención en salud, aun así, los profesionales en salud realizan la valoración ya que estas personas tienen los mismos derechos que un ciudadano que no esté retenido.

Durante el periodo de vigencia se ejecutaron acciones en atención individual según EAPB en total de 6210 atenciones que corresponde al 100% de la población valorada, de ahí se realizó la siguiente atención para cada prestador de salud: Capital salud es el que tiene mayor atención en salud ya que es el prestador que Cápita con la sub red sur occidente, se realiza atenciones al 100% con resolutividad y órdenes generadas según la identificación del riesgo del usuario que corresponde 79.03%, seguido esta la EPS Sanitas Subsidiado que corresponde al 1.49 %, Famisanar subsidiado y contributivo 1.38%, PAISS 10.54% quienes se realiza atención a personas migrantes con oportunidad especialmente gestantes según el convenio con la sub red sur occidente, usuarios No asegurados 2.6% que requirieron valoración inmediata por su estado de salud usuarios tipo 4 las cuales fueron Gestantes sin controles prenatales, Crónicos adherentes, menores de 5 años DNT, personas con discapacidad en estado crítico, personas con riesgo cardiovascular alta que corresponden a enfermedad asociadas a enfermedades coronarias, personas privadas de la libertad y migrantes; Salud Total 1.32%, Coosalud 0.32%, Compensar 1.23%, Nueva EPS 0.91%, Sura 0.16%, Alianza Medellín 0.048%, Cajacopi 0.16%, Mutualser 0.59%, Familiar de Colombia 0.03%, Servicios de Salud del Occidente 0.16%, durante la vigencia se presentó inoportunidad en las autorizaciones que se envían por correo electrónico, importante que Secretaria de salud nos suministre los correos electrónicos de autorizaciones de las EPS fuera de Bogotá para lograr respuestas efectivas en salud, EPS Compensar, Salud Total, Sanitas subsidiado tiene claridad de las atenciones individuales dando respuesta efectiva en un tiempo de 5 días estimado, la Nueva EPS, Famisanar, Sura,EPS contributivas al enviar la autorización refieren no tener convenio con la sub red sur occidente y en respuesta programan la cita fuera de la URIs, o no dan respuesta afectando la atención en salud para las personas, aunque estas EPS mencionadas tiene claridad que equipos básicos Entorno Hogar No niegan el servicio en salud y se valora al usuario como derecho fundamental de las personas y aun así no enviaron las autorizaciones en solicitud, estas son barreras de atención en salud, no tienen en cuenta que son usuarios con riesgos en salud que requieren de una atención médica, o en el caso de poblaciones especiales personas retenidas que no pueden tomar citas en centros de salud, aumentando riesgos en enfermedades y el no poder hacer diagnósticos oportunos para tratamientos efectivos, equipos básicos extramurales hogar realizo valoraciones individuales en medicina general según su criterio de riesgo en las localidades de Kennedy, Fontibón, Puente Aranda y Bosa, como también en las URIs Estación de

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

policía donde se solicitó de la atención en salud y por solicitud de la Personería y Gestor de convivencia de la policía nacional, nuestro fin hacer restitución de derechos en salud, y velar por la integridad humana.

EAPB	ATENCIÓN
COOSALUD	20
ALIANZA MEDELLIN	3
NO ASEGURADO	162
CAJACOPI	10
CAPITAL SALUD	4908
COMPENSAR	77
ASMET SALUD	7
SURA	10
FAMISANAR	86
MUTUAL	37
PAISS	655
NUEVA EPS	57
SALUD TOTAL	82
SANITAS	93
FAMILIAR DE COLOMBIA	2
SERVICIOS DE SALUD DE SALUD DEL OCCIDENTE	1
TOTAL	6210

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

4.1.3.2 AGENDAMIENTO

Describir el resultado final y Logros del proceso, realizar análisis de los datos, teniendo en cuenta solicitudes realizadas, tipos de consulta, gestión de citas por EPS, Análisis de cobertura por grupo etario o condición prioritaria (niñez, gestantes, personas con discapacidad, etc.,) identificación de servicios o especialidades con mayor demanda, flujo de comunicación con las EPS para la asignación oportuna de citas, Acuerdos o compromisos logrados con EPS para mejorar el proceso. Estrategias implementadas para mejorar la eficiencia del agendamiento, Propuestas de mejora en la coordinación con EPS y al interior de las SISS.

Durante la vigencia en las localidades de Puente Aranda, Bosa, Fontibón y Kennedy a través del aplicativo GTAPS, y base de ruteo enviado por la SDS se solicitaron 10632 citas correspondiente al 100% del agendamiento, de las cuales se logró dar gestión 6602 citas que equivalen 62%, agendamiento que se logró respuestas con efectividad y oportunidad, de esta forma se logra generar adherencia a las rutas integrales de salud según diagnósticos médicos a través de la identificación de riesgos en salud según su clasificación y priorización, de las citas que no se logró agendar tiene un motivo el cual al realizar la llamada el usuario en la llamada refiere que rechaza la cita ya sea por desinterés, por seguridad, por tiempo etc., algunos de los usuarios refieren que harán la gestión de la cita, el usuario no contactado que se envía mensajes de texto, WhatsApp, se busca en PAI, Comprobador de Derechos, y no se logra obtener otro número telefónico no es posible gestionar cita médica, este corresponde al agendamiento pendiente que son 4030 que se encuentran en el aplicativo GTAPS que corresponde al 37.9% donde no fue posible ingresar la información ya que no se cuenta con los ITEMS en el aplicativo, esto afecta la trazabilidad del agendamiento y que en varias oportunidades se solicitó realizar los ajustes en el cual no se obtuvo la respuesta. El proceso de agendamiento mejoro notablemente se generaron estrategias para dar respuestas efectivas como la articulación con servicios ambulatorios quien nos apoyan con el agendamiento de especialistas cuando no tenemos disponibilidad, articulación con los servicios de facturación, coordinación de agendamiento quienes dentro de las unidades de atención nos brindaron el apoyo en el servicio de agendamiento de equipos básicos extramurales hogar, el profesional o gestor asistió a las unidades y logro la cita oportunamente en la Subred suroccidente, aun se presenta la baja disponibilidad de citas en especialidades, esto se debe al aumento de usuarios que requieren una cita con alguna especialidad y el talento humano profesional es poco para la alta demanda dentro de las 4 localidades. No se ha logrado que en el aplicativo GTAPS se colocaran los desplegables usuarios no contactados, usuarios que rechazan las citas por diferentes motivos personales, de seguridad etc., usuarios que viven dentro de las localidades mencionadas pero que son atendidos en otras sub redes, esto afecta la trazabilidad de una cita que realmente tiene un proceso de gestión. Para el agendamiento Tipo 4 que realizan Gestores y Profesionales se ha logrado dar cumplimiento100% de usuarios que requieren atención prioritaria dado por la clasificación de riesgo, también a través de la educación y culturas reflexivas se logró que el usuario tuviera adherencias a programas en salud, prácticas de autocuidado que favorecen el bienestar y condición óptima en salud. Las citas que no se logran agendar es por un motivo personal de la persona

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

como es rechazar la cita porque no es cerca al lugar de vivienda, es cuidador y debe organizar su tiempo, trabaja y no tiene disponibilidad, usuarios que son remitidos a las rutas integrales de salud para que la EPS realice el seguimiento respectivo y se logre tener adherencia. Frente al agendamiento de citas pendientes como estrategia se generó articulación con los servicios de ambulatorios y unidades de salud con el fin de lograr dar respuesta efectiva a las citas solicitadas, aunque es importante aclarar que la demanda de citas es muy alta para la sub red sur occidente en especialidades, salud oral, y el talento humano para la atención no da para atender el 100% de la población que requiere citas médicas.

Tabla 4. Agendamiento

4.1.3.2.1 Agendamiento de citas

Agendamiento / Consultas	Órdenes pendientes meses anteriores	Órdenes solicitadas en el mes de reporte	Citas agendadas en el período	Citas agendadas períodos posteriores	**Pendientes**
Agenda en unidades primarias resolutivas	0	10632	6602	0	4030
Agenda en unidades básicas resolutivas de usuarios **tipo 4** realizado por promotores y profesionales	0	1976	1976	0	0
Total	**0**	**12608**	**8578**	**0**	**4030**

Fuente: Aplicativo GTAPS módulo de agendamiento

4.1.3.2.2 Seguimiento a las citas agendadas

Describir resultado final y Logros, realizar análisis de los datos teniendo en cuenta los siguientes aspectos: Determinar los factores que contribuyen a un cumplimiento exitoso, Ej. efectividad de los recordatorios, la disponibilidad de recursos o la comunicación con los usuarios. Identificar las razones de la inasistencia, Determinar si hay alguna acción tomada para reducir las inasistencias, Analizar las causas detrás de las citas no atendidas, Analizar cuántas citas se han reprogramado, Determinar si existen mejoras en el proceso de seguimiento, Analizar qué barreras están afectando el cumplimiento de las citas, Basado en el análisis de las causas, determinar acciones para mejorar el proceso, Implementar estrategias para reducir la inasistencia.

Tabla 5. Seguimiento a agendamiento

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

Durante el periodo de Vigencia gestores y profesionales realizaron 6602 agendamientos según criterio de riesgo identificado y necesidades evidenciadas en las localidades de, Bosa, Puente Aranda Kennedy y Fontibón, el equipo de agendamiento realizo gestión de citas médicas a través de la búsqueda activa de citas en aplicativo de agendamiento Dinámica de la sub red sur occidente, en las cuales es muy baja la disponibilidad de agenda con diferentes especialidades, se mantuvo articulación permanentes con la dirección de ambulatorios y de mercadeo, logramos canales de comunicación permanente en las diferentes unidades de salud con las auxiliares de facturación y agendamiento de las unidades de Fontibón, Kennedy, Puente Aranda, y Bosa, quienes nos brindaron apoyo en citas gestionadas, es importante resaltar que la comunicación con líderes de las unidades de salud permitió aumentar el número de asignación de citas, también la comunicación telefónica y de mensajería con el usuario en la recordación de la cita a través de la cultura reflexiva llevando a la persona aun compromiso de asistir a la cita programada mejorando notablemente la asistencia, es reiterativo decir que se ha logrado el objetivo de llevar a las personas a tener adherencias en rutas integrales de salud, el tener canales de comunicación con programas para el seguimiento de estos usuarios, usuarios que son Tipo 4 son informados a las rutas quienes realizan un seguimiento riguroso minimizando complicaciones en el estado de salud de los usuarios, cuando el usuario no asiste a la cita tiene diferentes “motivos” situaciones personales económicas, familiares, de trabajo, el cual es difícil tener control, de deja en claro que el equipo de agendamiento busca citas para estas personas cerca al lugar de vivienda, horarios que se acomoden a sus tiempos según actividades realizadas, también hemos buscado articulación con la ruta de la salud para brindar información a los usuarios cuidadores y PD que la necesiten para su traslado, se ha logrado a través del agendamiento disminuir barreras para asistir al médico. A través del agendamiento se realiza el carrusel a través de la frecuencia de uso Resolución 3280, se identifica citas que se pueden agendar y se llama a la persona se informa y se agenda la cita y tratamos de agendar todo para el mismo día tratando que sea para la misma unidad de salud o unidad más cercana, esto fue de respuesta efectiva para las personas quienes muestran interés por asistir, también a través de la articulación con servicios ambulatorios se reportó inatención por la unidad de salud ya que esto afecta al usuario, ambulatorios trata de reemplazar el profesional y dar cumplimiento al agendamiento, aunque refieren que no se cuenta un talento humano profesional en especialidades para la atención médica, esto también hace que se cancele las citas de los usuarios.

El equipo de Acceso y Agendamiento logro realizar la recordación de citas agendadas al 100% de los usuarios, verificación al 100% de las citas que fueron asignadas por los promotores y profesiones de EBEH en las 4 localidades Bosa, Kennedy, Puente Aranda y Fontibón tipo 4 el 100%, durante el periodo de vigencia se presentaron las siguientes novedades: 83.5% de los usuarios cumplió en asistir a la cita programada, el 13.4% hace referencia a las inasistencias causadas por diferentes motivos personales a las que refiere la persona, se generado estrategias de concientización para generar compromisos de los usuarios y disminuir la cancelación de citas, también la recordación se realiza un día antes donde se explica la importancia de asistir a la cita que ya está programada, el 0.55%% es inatención dado por alguna novedad del centro de salud, es evidente que el Citas

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

pendientes corresponde al 2.4%, y hay 2.8% de cancelación de la cita por diversos motivos de la persona, a través de la realización de análisis cualitativo y cuantitativo del agendamiento se generan estrategias para mejorar en el procesos, dar respuestas efectivas en salud con calidad y oportunidad.

Durante el convenio se realizó un agendamiento de 6602 citas programadas en la intramuralidad, 81.6% de los usuarios cumplió en asistir a la cita programada, el 14% hace referencia a las inasistencias causadas por diferentes motivos personales a las que refiere la persona, se generado estrategias de concientización para generar compromisos de los usuarios y disminuir la cancelación de citas, también la recordación se realiza un día antes donde se explica la importancia de asistir a la cita que ya está programada, el 0.7%% es inatención dado por alguna novedad del centro de salud, es evidente que el Citas pendientes corresponde al 3.4%, y hay 2.6% de cancelación de la cita por diversos motivos de la persona. Cada vez buscamos implementar estrategias que logremos dar respuesta en un 100% al agendamiento, identificar factores que afectan a la persona para que asista a una cita, identificar barreras de salud en citas con especialistas y buscar articulaciones que logren brindar el apoyo y aumentar las agendas, como también en la llamada con las personas ser muy incisivos en la importancia de tomar la cita y no perderla. Cabe resaltar que el proceso de agendamiento es un resultado positivo que optimiza atenciones en salud oportunamente, da respuestas y disminuye costos en el usuario en la solicitud de citas, hay mayor adherencia a las rutas en salud, los canales de comunicación y agendamiento también han permitido identificar riesgos en salud en casa como son gestantes en riesgo obstétrico, usuarios crónicos con cifras tensionales reportadas altas, signos y síntomas de alarma y de esta forma se ha logrado realizar el seguimiento a las personas, realizar traslados a urgencias y disminuir riesgos de morbimortalidad. También importante resaltar los agendamientos que se realizaron en Binomios 311 atenciones (622 personas valoradas atención hijo madre) que corresponde al 100% de las citas agendadas y programadas para la atención, es cual es vital ya que se logró disminuir la inasistencia de citas de binomio madre al servicio de salud asignado, el médico asiste al hogar y favorece la atención brinda educación en promoción de la salud, prevención de la enfermedad y genera órdenes según las necesidades evidenciadas como riesgos identificados, también a través de las llamadas de agendamiento se ha logrado identificar recién nacidos con infección respiratoria que en su momento requirieron de traslado por urgencias, es importante dar continuidad a la atención de binomios mejorando las atención en salud.

Agendamiento / Consultas	Citas agendadas	Citas con estado cumplido	Citas con estado inasistentes	Citas con estado inatención	Citas pendientes por seguimiento	Total

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

Órdenes Agendadas por el promotor o profesional Tipo 4	1976	1651	265	11	49	1976
Ordenes agendadas por el grupo de acceso de usuarios que capitán con la SISS	6602	5393	929	52	228	6602

Fuente aplicativo GTAPS- Base agendamiento corte a septiembre 2025

4.1.3.2.3 Gestión de la estrategia de ruteo

(Describir resultado final y Logros en la implementación de la estrategia. Se solicita que, en el apartado de abordaje territorial, gestión de planes de cuidado familiar e individual se describa resultados obtenidos frente a la respuesta de los casos según gestión realizada teniendo en cuenta las cohortes de riego).

Inicialmente, realizar el análisis del total de los casos cargados al módulo de ruteo, los gestionados y los que se encuentran pendientes por establecer contacto, precisando las estrategias empleadas para dar cumplimiento a la gestión de la totalidad de los casos.

La Gestión de la base de ruteo durante el periodo de vigencia 47421 casos, el primer contacto se realiza a través de la llamada telefónica, que es realizado por el gestor o profesional quien tiene asignados casos según la delimitación territorial, al lograr el contacto en la llamada se da a conocer el programa de equipos básicos extramurales hogar, y acuerdan la visita en lugar de vivienda, para la respectiva caracterización según corresponda, en la gestión del ruteo los resultados obtenidos no han sido óptimos, esto demuestra que la mayor efectividad se encuentra en los territorios es decir el poder asistir a una comunidad ingresar a una familia e identificar riesgos, las bases no tiene datos congruentes, direcciones que no corresponden a los usuarios registrados el cual el gestor y profesional no optimiza tiempos que se pueden utilizar en una atención. Se demostró que a través de las tomas territoriales hemos logrado identificar usuarios que tiene comorbilidades sin tratamiento, riesgos en saluda través de la valoración y tamizajes sin diagnósticos médicos, personas que no han logrado acceder a citas con especialidades médicas y desistieron de tratamientos y controles médicos, personas que tienen barreras en salud, que las EPS no dan respuestas oportunas en citas médicas, y como respuesta ello son usuarios que desisten de asistir al médico, “prefieren tomar otras alternativas como farmacia, médicos ancestrales, cuando se sienten mal” y esto conlleva a colapsar un servicio de urgencias por una inatención en salud, esto lo podemos evitar realizando la caracterización en el territorio, identificando familias con barreras en salud como son citas de especialidades, entregas de medicamentos, usuarios que han requerido traslados a urgencias, gestantes adherentes que son reportadas a la ruta y se logra hacer seguimiento, este es un indicativo de generar estrategias que logren dar respuesta es importante no Estancar los procesos aquellos que no muestran avances y no cumplen con un objetivo.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

Materno Perinatal se han gestionado 11325 casos que corresponde al 58.3%, aun cuando el contacto es difícil, se asiste al territorio para verificar si la persona reside allí, por otra parte, se está implementando cuando la usuaria es no contactarle se establece contacto con la ruta materno perinatal, solicitando el apoyo con datos de contacto más efectivos o recientes para lograr ubicar las usuarias ya sea telefónicamente o en su lugar de vivienda.

Infancia se gestionaron 4880 casos que corresponde al 57.7% de atenciones, presentan dificultades en las llamadas, tales como números equivocados, usuarios que rechazan, y usuarios con los que no se logra contacto telefónico, por lo que se realiza desplazamiento al lugar de vivienda evidenciando casos fallidos ya que los usuarios no habitan en el lugar, por otra parte de los menores que envían no cumplen con la frecuencia de uso para el abordaje por el perfil de enfermería, o la edad es mayor a 6 años, por lo que el perfil de nutrición no podría abordar dichos menores

Durante el periodo de vigencia CCVM se gestionaron casos 26337 que corresponde al 23.7% de atenciones, es de aclarar las dificultades que se presentan en los contactos telefónicos ya que en su mayoría son usuarios no contactable, al no obtener respuesta telefónicamente se asiste al lugar de vivienda y cuando los diferentes perfiles asisten al terreno, encuentran que los usuarios reportados no residen en las viviendas, se ha logrado ubicar usuarios a través de otros sistemas de información, como PAI web.

Infancia se gestionaron 4880 casos que corresponde al 41.23% de atenciones, presentan dificultades en las llamadas, tales como números equivocados, usuarios que rechazan, y usuarios con los que no se logra contacto telefónico, por lo que se realiza desplazamiento al lugar de vivienda evidenciando casos fallidos ya que los usuarios no habitan en el lugar, por otra parte de los menores que envían no cumplen con la frecuencia de uso para el abordaje por el perfil de enfermería, o la edad es mayor a 6 años, por lo que el perfil de nutrición no podría abordar dichos menores.

Salud Mental se han gestionado 2586 usuarios, que corresponde 30%, es importante tener en cuenta las dificultades en la llamada usuarios no contactable, números equivocados se realiza búsqueda de información en PAI, Comprobador de derechos, y no se logra el contacto telefónico, pero añadido a esta situación esta búsqueda en el lugar de vivienda donde el usuario no reside, no lo conocen y afecta la respuesta de la atención.

Discapacidad 2153 casos que corresponde al 36.3%, se está realizando la atención a casos abiertos en meses anteriores para finalizar la atención con estos usuarios que ya traían una atención por RBC o por otros casos priorizados, y alternamente se están realizando los contactos telefónicos de usuarios con discapacidad donde se presentan dificultades ya que varios de estos usuarios son no contactable, y como estrategia se está asistiendo al lugar de vivienda para verificar si residen o no en la dirección indicada.

Salud Bucal 136 casos gestionados que corresponde al 99.2% al realizar las llamadas se encuentran usuarios no contactable, números equivocados y que por sistemas de información no se encuentran, el profesional asiste al lugar de vivienda y el usuario no vive allí, esto afecta dar respuesta efectiva en salud a las personas reportadas.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

Cáncer se han gestionado 4 casos que corresponde al 80%, al realizar las llamadas se encuentran usuarios no contactable, números equivocados y que por sistemas de información no se encuentran, el profesional asiste al lugar de vivienda y el usuario no vive allí, esto afecta dar respuesta efectiva en salud a las personas reportadas.

Del total de la base de ruteo en el periodo de vigencia 153333 se ha logrado dar gestión a usuarios que corresponde a 30.9% del total de la población de la base de Ruteo, como estrategia se buscó la intensificación de las llamadas, búsquedas presenciales en terreno y aun así persiste las dificultades ya que es evidente que las bases no cuentan con una actualización del año 2025, afectando la respuesta de la atención según la base de ruteo. También es importante aclarar que el ruteo mejoró ya que como estrategia se realizaron casos que están dentro de las tomas territoriales, esto no quiere decir que todos los casos se logren en los territorios donde se está haciendo caracterización e identificación de riesgo.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

Tabla 6. 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
MATERNO PERINATAL	19411	0	19411	11325
INFANCIA	8449	0	8449	4880
CCVM	111025	0	111025	26337
SALUD MENTAL	8383	0	8383	2586
DISCAPACIDAD	5923	0	5923	2153
SALUD BUCAL	137	0	137	136
CÁNCER	5	0	5	4
TOTAL	153333	0	153333	47421

Tabla 6. Gestión ruteo (Se solicita tomar los datos de usuarios únicos y el ultimo seguimiento registrado)

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

Durante el periodo de vigencia se gestionaron 47421 familias de las cuales el usuario contactado 25932 llamadas equivale 54.6% en primera segunda y tercera llamada 19713 que corresponde al 41.5%, al no poder contactar al usuario en estas tres llamadas se realiza desplazamiento al lugar de vivienda, las llamadas no son lo más viable en el ruteo para optimizar tiempos y lograr dar respuestas únicas, el asistir al lugar de vivienda optimiza tiempos, es una gestión resolutiva ya que es una oportunidad para la familia que se encuentre allí, se logra identificar riesgos, necesidades, dar respuestas efectivas en salud, generar educación en actividades promocionales de salud y prevención de la enfermedad. Información errada 5131 corresponde al 10.8% usuarios que no corresponden al número, fuera de servicio etc.

GESTIÓN TELEFONICA			
Estado de Gestión	**Casos plan de cuidado familiar**	**Casos plan de cuidado individual**	**Total**
Contactado	25932	0	25932

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

Información errada	5131	0	5131
No contactado 1	9705	0	9705
No contactado 2	2192	0	2192
No contactado 3	2685	0	2685
Visita en campo	1776	0	1776
Total	47421	0	47421

Fuente: Modulo ruteo aplicativo GTAPS

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.

El proceso de gestión de casos contactados 25932 acepta la atención corresponde a 30.8% usuarios que refieren aceptan la visita en casa y por ende la caracterización, se encuentran los siguientes hallazgos: fallecidos corresponde al 0.77%, No requiere visita con Gestión efectiva corresponde al 14.8% son usuarios que refieren que ya tiene atención en salud, Fuera de la Ciudad corresponde al 3.6 % usuarios que reportan que no viven en Bogotá y que no han actualizado sus datos, Rechazado corresponde al 11.5% usuarios que por seguridad, desinterés, o que tiene atención por medicina particular, o refieren que harán gestión propia en salud, Actualizar dirección misma Subred corresponde al 6.4% usuarios que han cambiado de vivienda y no han actualizado datos, Otra Subred corresponde al 1.50% usuarios que refieren que ya no viven dentro del marco de atención de la subred suroccidente, Cambio de Prioridad corresponde al 3.2% usuarios especialmente que se presenta en desnutrición, mayores de 5 años, ya se encuentra bien, usuarias que ya no son gestantes son lactantes, No cumple Criterio corresponde 1.79% usuarios que no corresponde al diagnóstico o nivel de atención, Se han implementado estrategias en los usuarios que rechazan la atención como es la solicitud de citas en unidades de salud cerca a su lugar de vivienda, realizar visitas en horarios según disponibilidad de tiempo de la persona, especialmente con los menores de edad que están estudiando, se continúa buscando mecanismos de atención en salud para las personas con el fin de generar adherencias a las rutas, promover acciones de promoción en salud autocuidado, y prevención de la enfermedad a través de la identificación de signos y síntomas, aun así muchos de ellos rechazan la atención de ahí surge la importancia de llegar directamente al domicilio, no perder la oportunidad de atender a una familia o persona que en su momento lo puede necesitar.

Durante las tomas territoriales se obtuvo mayores resultados en la identificación de riesgos según su priorización, adherencias a rutas integrales de salud, mayor cobertura en atención a la comunidad, reconocimiento y posicionamiento de equipos básicos extramurales hogar, no hay barreras para la atención, a diferencia de la base de ruteo a través que no tienen veracidad de datos personales de la persona, que requiere de tiempo para la realización de

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

la llamada, cuando se puede ir directamente al lugar de vivienda y dar respuesta a la gestión realizada, una familia más que se identifica en esa vivienda y se disminuyen riesgos.

ESTADO DE LA GESTÓN PARA LOS CASOS CONTACTADOS		
Estado de Gestión	**Número de Casos Cargados desde SDS**	**Número de Casos Asignados desde la Subred**
RECHAZADO - ACEPTA EDUCACIÓN	5062	0
CAMBIO DE PRIORIDAD	841	0
NO CUMPLE CRITERIO	466	0
RECHAZADO	3007	0
PROGRAMA ATENCIÓN	8002	0
FALLECIDO	201	0
SIN ESTADO DE GESTION	1485	0
NO REQUIERE VISITA GESTION EFECTIVA	3850	0
ACTUALIZAR DIRECCION MISMA SUBRED	1670	0
FUERA DE LA CIUDAD	957	0
OTRA SUBRED	391	0
TOTAL	25932	0

Fuente: Modulo ruteo aplicativo GTAPS

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

Análisis de los datos considerando la distribución de los casos según su estado final. Incluir un análisis de los motivos de los casos fallidos y las acciones implementadas en función de los resultados obtenidos. Es importante que los datos analizados coincidan con los registrados en las tablas anteriores, teniendo en cuenta específicamente los casos con estado 'visita en campo' y aquellos con aceptación de la visita.

No se cuenta información para el análisis de los datos, el cual se solicitó a SDS ingresar estos datos para su análisis cualitativo

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

ESTADO FINAL DEL CASO	
ESTADO DE CIERRE	**# CASOS**
EFECTIVO	
FALLIDO	
NO RESIDENCIAL	
TOTAL	

Fuente: Modulo ruteo aplicativo GTAPS

4.2 GESTIÓN FAMILIAR E INDIVIDUAL

4.2.1 ABORDAJE TERRITORIAL Y CARACTERIZACIÓN PARA LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS.

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
07- Bosa	27543	26141	209	166	153	874
08 Kennedy	23590	23083	84	104	129	190
09- Fontibón	4935	4408	55	111	206	155
16- Puente Aranda	7310	6211	90	400	499	110
Total	63473	59851	438	781	987	1416

Fuente: Reporte de intervenciones y atenciones aplicativo GTAPPS

Para la vigencia 10 de diciembre 2024 a septiembre 2025 se realizó un total de 63473 predios gestionados en la Sub red Suroccidente con 94.2% (n= 59851) predios efectivos con mayor prevalencia en la Localidad de Bosa 43.6%(n=26141); con un total de predios ausentes 2.23% (n=1416) con mayor prevalencia en la localidad de Kennedy 61.7% (n=874), con un total de predios rechazados 1.23% (n=781) con una prevalencia en la Localidad de Puente Aranda 51.2%(n=400); con un total de casos no residenciales 0,06%

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

(n=987) con mayor prevalencia en la Localidad de Puente Aranda 50.5%(n=499) predios; con un total de predios fallidos 0,69% (n=438) con mayor prevalencia en la Localidad de Bosa 75% (n=209), se asignados 8 predios a la médico Valentina Garzón para la valoración individual que realizó en comunidad de vida el camino en el mes de agosto.

Se logró la aplicación del instrumento de caracterización y actualización en las cuatro localidades priorizadas, alcanzando una cobertura a de 63473 los sectores gestionados

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
07- Bosa	38416	6505	53093	2129	4833	37959
08 Kennedy	34242	3601	42544	1626	4411	31806
09-Fontibón	5405	877	7449	231	695	5356
16- Puente Aranda	14376	309	13621	353	1385	12947
Total	92439	11292	116707	4339	11324	88068

Fuente: Reporte de intervenciones y atenciones aplicativo GTAPPS

Para esta vigencia del 10 de diciembre 2024 al 30 de septiembre del 2025 se evidencia un total de 92439 de familias caracterizadas con 11292 familias actualizados con un total de 116707 individuos caracterizados y actualizados en las 4 localidades de la red Sur Occidente se evidencian en las familias caracterizadas que predominan en la Localidad de Bosa 38416 y en las familias con actualización predomina la Localidad de Bosa 6505.

Se evidencia 11292 familias con actualización predominando la Localidad Bosa 57.6% (n=6505), seguido de la Localidad de Kennedy 31.9%(n=3601), seguido la Localidad de Fontibón 7.7% (n=877), finalizando con la Localidad de Puente Aranda 2.7% (n=309)

Se observa en cuanto a las prioridades familiares 4.3% (n=4339) prioridades altas que dan cuenta a menores con desnutrición, crónicos sin controles, gestantes inherentes, prioridades medias 9.7%(n=11324) que dan cuenta a los tamizajes altos y prioridades bajas 75,4%(n=88068) predominando la Localidad Bosa y Kennedy.

Se realizaron recorridos de avanzada de las jornadas tomas sectoriales para un total de 167 territorios no fue posible realizar la atención de 223 territorios ya que son netamente

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

propiedad horizontal y la gestión retrasa el inicio del abordaje en el mismo, se cuenta con los siguientes abordajes con 15188 hogares caracterizados, 1657 hogares actualizados, con 51 seguimientos los cuales derivaron 3552 planes del cuidado a diferentes perfiles con 156 activaciones de ruta a las EAPB con 876 personas vacunadas con esquema regular para menores, influenza, esquema para gestantes, fiebre amarilla, neumococo.

Llamadas de ruteo para un total 16295 educaciones telefónicas a los usuarios que recibieron la llamada telefónica donde se generó la educación y recomendaciones para el riesgo presentado por la familia,

Llamadas fiebre amarilla 10984 seguimientos telefónicos usuarios mayores de 60 años quienes recibieron el biológico y se realiza el respectivo seguimiento de salud signos y síntomas presentes posteriores,

Apoyó jornadas Bogotá 1000 días, en la Localidad de Bosa, Jornada del alcalde mayor en el mes de julio en la Localidad de Kennedy, jornadas saludando ando con el secretario en el mes de mayo para las cuatro localidades, jornada del día de la familia, jornadas con población diferencia.

Se garantiza la participación activa de hogares de diferentes estratos y condiciones socioeconómicas, permitiendo una visión integral del territorio.
Se fortaleció la presencia institucional en barrios con menor acceso a servicios sociales por medio de la canalización intersectorial.
Se recolectó información actualizada sobre la composición familiar, niveles educativos, situación laboral, condiciones de vivienda y acceso a servicios básicos, identificando principales factores de vulnerabilidad y riesgo social (como desempleo, inseguridad alimentaria, violencia intrafamiliar y hacinamiento).

Se promovió el trabajo conjunto entre entidades locales, equipos de bienestar, líderes comunitarios y juntas de acción comunal, generando espacios de diálogo y confianza con la comunidad, lo que facilitó el acceso a la información y el reconocimiento del programa en el territorio, logrando vincular a los hogares caracterizados con rutas de atención social, salud, educación y empleo según sus necesidades identificadas, esto implica que los resultados permitieron identificar oportunidades de mejora en el acceso a servicios públicos, programas de salud mental, recreación y formación laboral.

La caracterización generó información clave para la planificación de intervenciones en las cuatro localidades lo que fortaleció las capacidades del equipo técnico en el manejo de herramientas de diagnóstico territorial estos datos obtenidos se constituyen en una línea base para el seguimiento y evaluación del impacto de los programas sociales, evidenciando el interés de las familias en participar en procesos de acompañamiento psicosocial y económico, lo que fortaleció el enfoque de bienestar integral, reconociendo las

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

potencialidades y capacidades de las comunidades locales permitiendo derivar a los perfiles inmersos dentro de las atenciones.

Tabla 9. Acciones de seguimiento familiar acorde a prioridad:

Tipo de seguimiento / Prioridad	Alta	Media	Baja
Presenciales	876	1275	3759
Telefónicos	58	88	400
Total	934	1363	4159

Para esta vigencia se realizaron 6454 seguimientos, de los cuales el 91.5%(n=5910) fueron seguimientos presenciales y el 8.4% (n=546) fueron seguimientos telefónicos, La mayoría de los seguimientos presenciales corresponden a prioridades bajas ya que en su mayoría se atendieron y se realizaron seguimientos a población con riesgo bajo ya que en el abordaje territorial contamos con un 75.4% de estas prioridades, así como los seguimientos telefónicos dado que muchas acciones de menor prioridad pueden ser atendidas vía telefónica para optimizar recursos. lo que conlleva a realizar un seguimiento a la población para disminuir sus riesgos socio ambientales evitando riesgos para enfermarse, La proporción de acciones de prioridad altares de un 4.3 % en ambos tipos de seguimiento es relativamente baja.

4.2.2. EJECUCIÓN DE PLAN DE CUIDADO FAMILIAR E INDIVIDUAL

Tabla 9. Atenciones perfil de medicina

LOCALIDAD	TOTAL, ATENCIONES INDIVIDUALES	TOTAL DE ACCIONES EDUCATIVAS INDIVIDUALES	TOTAL DE GRUPOS DE FAMILIAS	TOTAL DE ACCIONES GUARDIANES DE GESTANTES
07- Bosa	1905	0	0	4
08-Kennedy	1709	0	0	6
09-Fontibon	433	0	0	8
16-Puente Aranda	713	0	0	4
TOTAL	4760	0	0	30

0Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS.

Para este periodo se observan 4760 atenciones individuales por el perfil de medicina, atenciones realizadas a usuarios, por URIS 479 PPL, 691 binomios madre e hijo, 735 en instituciones que pertenecen a SISD(Comunidad de vida el camino , CIAI6 IDIPRON UPIS

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

Oasis, 32, Bosa), 1 Paga diario, 2854 otras atenciones de PYD y crónicos atenciones a usuarios crónicos inasistentes; se observan 1215 atenciones por conglomerado, y 3707 atenciones por ruteo con 1207 atenciones de PYD 3715 atenciones resolutivas; 691 consultas de binomio madre e hijo, 2569 atenciones de crónicos los cuales por medio de la historia clínica se direccionaron a la ruta Cardio cerebrovascular y metabólica con su respectivo tratamiento farmacológico, 146 atenciones de planificación familiar 5 detecciones de alteraciones de la vejez, 79 detección del embarazo, 7 atenciones detección del adulto, 108 atenciones de crecimiento y desarrollo, 1 detección del joven, 7 atenciones detección del adolescente 1138 atenciones resolutivas; 3 detección de enfermedad profesional; en cuanto a las atenciones por EAPB se cuenta con 4104 capital salud, 46 compensar, 15 coosalud, 15 famisanar, 45 Nueva Eps, 57 Salud Total, 64 sanitas, 8 Sura, 1 SOS, 1 Coomeva, 4 aliansalud, 102 Otro, 49 no asegurado. En cuanto a los principales diagnósticos se cuenta con los siguientes E119 Diabetes Mellitus No insulinodependientes, Z000 Examen médico general Z392 seguimiento posparto, 15.5%, para estos usuarios atendidos por binomio se carga historia clínica en dinámica derivado directamente a la ruta materno perinatal para su respectivo seguimiento, así mismo se generan órdenes médicas, procedimientos, laboratorios y medicamentos los cuales se gestionan desde la intramuralidad se sensibiliza al usuario para que gestione sus controles por la intramuralidad, Z762,Z379, Z300, Z001, I10X en cuanto a los cursos de vida de las atenciones p y d se encuentran vejez.

Para la implementación de la estrategia de gestantes se estableció en conjunto con las profesionales de apoyo un excel donde se cargan las gestantes atendidas del mes anterior con la apropiación territorial para que el perfil de medicina vaya captando e inicie con las sesiones virtuales a través de la cohorte materno perinatal, respecto a la estrategia de guardianes de gestantes con más bienestar, se revisa por planos de alertas las gestantes caracterizadas en el mes inmediatamente anterior y son asignadas a los profesionales de medicina para ejecutar la respectiva estrategia, se realiza derivación de 453 gestantes las cuales son enviadas a las profesionales de apoyo para que ellas lo asignen a sus profesionales de medicina, sin embargo se evidencia que no ha sido posible contar con la convocatoria completa para realizar las sesiones virtuales por tal motivo no se han cargado ni facturado ya que no se conectan los padrinos requeridos por lineamiento de las gestantes, Los profesionales de medicina han realizado la convocatoria de las gestantes pero no ha sido posible que se conecten con sus padrinos (5) ya que no tienen disponibilidad y por tal motivo no se cumple con el requerimiento para realizar la actividad virtual y facturarlo, así mismo los médicos se encuentran cubriendo la mayor parte del tiempo las acciones de fiebre amarilla atención para personas mayores las cuales deben ser valoradas previamente a la aplicación de la vacunación y con seguimiento posterior por auxiliar de enfermería, enfermedad viral grave transmitida por mosquitos, que causa fiebre y otros síntomas, incluyendo ictericia en algunos casos, y puede ser mortal

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

En cuanto a la atención por localidades se cuenta con los siguientes datos, localidad de Bosa con 40.0% (n=1905) atenciones seguido de la Localidad de Kennedy 35,9% (n=1709), continuamos con la Localidad de Puente Aranda 14.9% (n=713) y con menor atenciones individuales en la Localidad de Fontibón 9.0% (n=433), Engativá 1.6%(n=8) (atenciones camino de vida) estas atenciones se realizaron en el marco de la atención a personas crónicos no adherentes y PYD por curso de vida.

Realizaron grupos en conjunto con la articulación con entorno cuidador comunitario 30 grupos de familia con temáticas promoción de la enfermedad, control de crónicos, atenciones PYD.

Se validan 1638 jornadas en las terminales y aeropuerto como grupos de familia por el perfil de medicina donde realizan valoraciones individuales a usuarios mayores de 60 años a quienes se les aplica la vacuna de fiebre amarilla.

Se logró acercar los servicios de salud a la comunidad mediante visitas domiciliarias, garantizando atención a personas con dificultades de movilidad, condiciones crónicas o dependencia funcional usuarios inhaderentes o usuarios institucionalizados

Los equipos de medicina fortalecieron la presencia institucional en el territorio, asegurando el acceso equitativo a la atención básica en salud en hogares de alta vulnerabilidad, priorizando la atención integral de niños, personas mayores, cuidadores y personas con discapacidad, ampliando la cobertura del programa en las localidades de la Red Suroccidente, a través de las valoraciones médicas individuales, se identificaron condiciones de salud no diagnosticadas o mal controladas, especialmente enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, EPOC, desnutrición, etc.). Se implementaron acciones de tamizaje, control y educación en salud, enfocadas en la prevención de complicaciones y la promoción de estilos de vida saludables, los casos identificados con mayor complejidad fueron remitidos y articulados con los servicios de la red de salud, garantizando continuidad en la atención.

Durante las consultas individuales se brindó educación personalizada en hábitos saludables, adherencia al tratamiento, alimentación balanceada, higiene y actividad física, los usuarios fortalecieron su conocimiento sobre su condición de salud, mejorando su adherencia terapéutica y capacidad de autocontrol, fomentando la corresponsabilidad del hogar en el cuidado de la salud, involucrando a cuidadores y familiares en los procesos de acompañamiento.

Se fortaleció la atención centrada en la persona, garantizando acompañamiento respetuoso, empático y culturalmente pertinente, implementando estrategias para adaptar la atención a las condiciones particulares de cada usuario.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

Se redujeron los riesgos de complicaciones por enfermedades crónicas y se fortaleció el seguimiento clínico oportuno.

La presencia del perfil médico en territorio fortaleció la confianza de la comunidad en los servicios de salud, promoviendo la continuidad del cuidado y la prevención.

Tabla 10. Atenciones perfil de enfermería

LOCALIDAD	TOTAL, DE FAMILIAS INTERVENIDAS POR ACCIONES COLECTIVAS	TOTAL, ATENCIONES INDIVIDUALES	TOTAL, DE ACCIONES EDUCATIVAS INDIVIDUALES	TOTAL, DE GRUPOS DE FAMILIAS
07- Bosa	4556	49	0	0
08-Kennedy	4382	195	0	0
09-Fontibon	1577	5	0	0
16-Puente Aranda	1164	46	0	0
TOTAL	11679	295	0	0

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Para esta vigencia se observa en la tabla 11679 familias con intervención por parte del perfil de enfermería las cuales se atendieron por plan de cuidado familiar con mayor prevalencia en la localidad de Bosa con el 39% n=(4556) familias, seguido de la localidad de Kennedy 37.5% n=(4382); seguido en la localidad de Fontibón 13.5% n=(1577) y por último la localidad de Puente Aranda 9.96% n=(1164), se evidencia que el perfil de enfermería priorizo mujeres gestantes con alto riesgo de morbilidad materna y alteraciones de salud sexual y reproductiva remitidos por vigilancia epidemiológica de la subred y la ruta materno perinatal seguido de atenciones para crónicos inhaderentes y posteriormente atención a la primera infancia, dentro de las intervenciones del perfil de enfermería se evidencian las siguientes atenciones por los diferentes eventos presentados Sífilis gestacional 1027 sesiones, sífilis congénita 27 sesiones, Morbilidad materna 2901 sesiones, usuarios nuevos 55 con choque hipovolémico, 12 con shock séptico, 121 con preeclampsia severa, TEP 4, HB gestacional 24 sesiones, gestantes 2089 sesiones, DNT severa y moderada 1479 sesiones, Cáncer infantil 17 sesiones, 5999 crónicos; estas atenciones son enfocadas en fortalecer a nivel familiar el cuidado de la salud, control en tratamientos establecidos, y la disminución de la transmisión de ITS, fortaleciendo el reconocimiento de signos de alarma, con el fin de evitar complicaciones mayores a futuro y realizar gestión frente a las necesidades de cada familia intervenida, no ha sido posible el agendamiento a tratamiento de sífilis por parte de los EBEH ya que la EAPB Capital salud no autoriza el procedimiento, no se realizó activaciones de ruta. 345 usuarios enviados a agendamiento y 115 usuarios cuentan con apoyo alimentario y 185 niños cuentan con apoyo alimentario por parte de la SIDS. Desde el perfil de enfermería se encuentran sensibilizando a la población gestante

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

con el objetivo de que el perfil de medicina haga el apadrinamiento con todas las usuarias atendidas y vinculadas por plan de cuidado familiar.

De las gestantes atendidas por el perfil de enfermería se convocaron, pero los padrinos no se conectan a la reunión virtual por tal motivo no es posible realizar la sesión porque no cumple con el quórum.

Atenciones individuales realizadas a usuarios por el programa PAISS de usuarios migrantes no afiliados, 41 Paga diarios, 28 PPL, 206 por PAISS para un total de 295 atenciones 275 por conglomerados y 20 por Ruteo, todas atenciones por PYD 103 usuarios por regulación de la fecundidad, 90 detecciones de alteraciones del crecimiento y desarrollo, 93 detección de alteraciones del embarazo, 9 detección del adolescente en general las usuarias atendidas por el perfil son de alto riesgo por no tener controles activaciones de ruta; pertenecen a 31 capital salud, 1 Coosalud, y no asegurados.

El perfil de enfermería realiza educación continua a todos los grupos de riesgo en cuidados básicos, signos de alarma, manejo de condiciones crónicas, primeros auxilios en el domicilio, educación en hábitos saludables, agendamiento, seguimiento a controles médicos y farmacológicas y educación en PYD, realizan el uso de herramientas de evaluación en casa (escalas de dolor, control de signos vitales, adherencia a tratamientos) para detectar cambios y activar derivaciones, diseño de planes de cuidado individualizados para gestantes, niños, adultos mayores y personas con discapacidad, con metas claras y seguimiento, gestión de medicamentos y adherencia, revisión de farmacoterapia, educación sobredosis, almacenamiento seguro y adherencia, con registro de cambios, enseñanza de higiene, nutrición, manejo de enfermedades crónicas, manejo del estrés y promoción de hábitos saludables en el hogar, programas de vacunación, prevención de caídas, higiene de sueño, actividad física en casa y salud mental, historia clínica compartida o sistema unificado de registro para facilitar seguimientos y transferencias entre atención domiciliaria y servicios de salud para el individuo con riesgo y toda su familia

Este perfil no realiza atenciones por grupos de familias.

Tabla 11. Atenciones perfil de nutrición

LOCALIDAD	TOTAL, DE FAMILIAS INTERVENIDAS POR ACCIONES COLECTIVAS	TOTAL, ATENCIONES INDIVIDUALES	TOTAL, DE ACCIONES EDUCATIVAS INDIVIDUALES	TOTAL, DE GRUPOS DE FAMILIAS
07- Bosa	570	1	0	0

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

08-Kennedy	490	6	0	0
09-Fontibon	202	1	0	0
16-Puente Aranda	141	0	0	0
TOTAL	1403	8	0	0

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Para esta vigencia se cuentan con 1403 familias intervenidas por el perfil de nutrición predominando las atenciones en la Localidad de Bosa 66.1%(n=570), seguido de la Kennedy 31,3% (n=490), Localidad de Fontibón 2.1% (n=202) y con menor atenciones en la Localidad de Puente Aranda 1,3% (n=141), siendo la mayor población atendida desnutriciones severas y moderadas seguido de bajo peso gestacional con el objetivo de reforzar planes alimenticios a toda la familia abordada disminuyendo los riesgos y futuras complicaciones, del total de las atenciones realizadas por el perfil de nutrición con los siguientes eventos 1109 con DNT Aguda moderada o severa, con 112 niños con apoyo alimentario, no se realizaron atenciones individuales por el perfil de nutrición ya que inicialmente se agendan los usuarios y de acuerdo a la respuesta de su EAPB se realiza la solicitud de la autorización, para este mes no se realizaron.

Las condiciones sociodemográficas y determinantes sociales Describe con un enfoque cualitativo los factores que interactúan con la nutrición y la morbilidad. Señala diferencias entre subgrupos y posibles influencias contextuales que se evidencian de la población atendida con mayor prevalencia a niños con desnutrición y riesgo entre los niños, la desnutrición crónica coexiste con infecciones respiratorias frecuentes y deficiencia de micronutrientes, especialmente hierro y vitamina A, en periodos de menor disponibilidad de alimentos, seguido de gestantes bajo peso y con obesidad lo cual conlleva a riesgos perinatales por bajo peso al nacer, las desigualdades en la seguridad alimentaria están vinculadas principalmente a ingresos bajos, dependencia de ayudas alimentarias y ocupaciones informales. Las mujeres en edad fértil reportan mayores demandas nutricionales y una mayor vulnerabilidad a la anemia, influenciada por menopausia/embarazo y limitaciones en acceso a suplementos. La mayor carga de morbilidad relacionada con la nutrición se concentra en áreas con menor acceso a alimentos frescos y mayor exposición a alimentos ultra procesados. Sin embargo, la densidad de servicios de nutrición en estas áreas facilita derivaciones y educación puntual, lo que se observa en mejoras reportadas por pacientes con planes de alimentación personalizados.

Para las gestantes contamos con 272 atendidas por el perfil de nutrición con los siguientes eventos 166 usuarias con bajo peso gestacional,9 con familias, 104 con gestantes con obesidad gestacional; 175 usuarias gestantes, 55 usuarias en puerperio, 49 posterior al puerperio; con 84 con apoyo alimentario a nivel intersectorial sin canalizaciones con educación para autogestión por parte del usuario para el apoyo con la gestión intersectorial.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

Para las atenciones individuales se realizaron 9 atenciones por la estrategia ruteo, atenciones resolutivas con los siguientes diagnósticos E441 Desnutrición proteica, Z713 consulta para instrucción y vigilancia de la dieta.

Frente a los grupos de familia no se realizaron para este mes

por aparte del perfil de la cohorte materno perinatal se están cargando las gestantes captadas por plan familiar para incluirla en la estrategia guardianes de la gestación, se realiza derivación de 543 gestantes las cuales son enviadas a las profesionales de apoyo para que ellas lo asignen a sus profesionales de medicina, sin embargo no se evidencia el desarrollo de la estrategia por este perfil, se reitera a los profesionales de medicina la importancia de realizar la respectiva ejecución de la estrategia.

De las gestantes atendidas por el perfil de nutrición se convocaron, pero los padrinos no se conectan a la reunión virtual por tal motivo no es posible realizar la sesión porque no cumple con el quórum.

El perfil de nutrición logró con la comunidad atendida mejorar en los hábitos alimenticios promoviendo la adopción de prácticas alimentarias más saludables en los hogares, contribuyendo a una mejor nutrición y bienestar de las familias. Se ha fortalecido la sensibilización sobre la importancia de una alimentación equilibrada, lo que ha llevado a

decisiones más informadas en la compra y preparación de alimentos lo que ha facilitado que las familias tengan mayor acceso a información, recursos y apoyo para mejorar su alimentación, promoviendo la seguridad alimentaria. lo que ha tenido efectos positivos en la salud general, reduciendo riesgos de enfermedad

Tabla 12. Grupo de riesgo diferencial

LOCALIDAD	TOTAL, DE FAMILIAS INTERVENIDAS POR LA ESTRATEGIA REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD	TOTAL, INTERVENCIONES COLECTIVAS POR PROFESIONAL DE TERAPIAS		TOTAL, INTERVENCIONES COLECTIVAS POR AGENTE DE CAMBIO		TOTAL, INTERVENCIONES POR AUXILIAR DE CUIDADO	TOTAL, ATENCIONES INDIVIDUAL POR PROFESIONAL DE PSICOLOGIA	
		SESIONES PRESENCIALES	SESIONES TELEFONICAS	SESIONES PRESENCIALES	SESIONES TELEFONICAS		SESIONES PRESENCIALES	SESIONES TELEFONICAS
07- Bosa	234	1832	1	135	68	335	367	0

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

08 Kennedy	271	2093	0	297	7	404	306	0
09- Fontibón	144	932	1	146	35	196	222	0
16- Puente Aranda	125	795	0	79	25	169	163	0
TOTAL	774	5652	2	657	135	1104	1058	0

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Para la vigencia 10 de diciembre 2024 al 30 de septiembre 2025 se evidencian 774 atenciones familiares realizadas por los profesionales en el marco de la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad RBC, para personas con discapacidad y sus cuidadores con los cuales se abordan estrategias de cuidado, socio cuidado y cuidado mutuo enfatizando en las competencias ciudadanas que fortalecen el tejido social de las cuales se realizan 5652 atenciones por el perfil de terapeutas sesiones presenciales con mayor prevalencia en la Localidad de Kennedy 35% (n=271) y con menor atención en la Localidad de Puente Aranda 16.1%(n=125) se realizó 2 seguimientos telefónicos desde este perfil ya que los terapeutas estiman necesarias las visitas presenciales por los seguimientos que realizan presencialmente y gestión que realizan con cada familia perteneciente a la RBC la cual se forma en transformar sus habilidades y competencias ciudadanas.

Se ha logrado promover la recuperación y el bienestar de las personas con discapacidades o condiciones de salud, poniendo a la comunidad en el centro de las acciones, se obtuvo frente a la población la sensibilización, participación activa de la comunidad, fortalecimiento de capacidades y la implementación de intervenciones adaptadas a las necesidades locales, por otro lado se generó transformación social lo cual refleja cambios en las percepciones y actitudes hacia las personas con discapacidades, promoviendo una cultura de inclusión, respeto y apoyo mutuo. Además, la estrategia fomenta la creación de redes de apoyo comunitario, la sensibilización sobre derechos y la eliminación de barreras sociales y físicas que limitan la participación plena de las personas,

En cuanto al proceso desarrollado por las auxiliares de cuidado para el periodo reportado se pueden observar en la tabla un total de 1104 sesiones de auxiliar de cuidado que comprende 8 horas de cuidado de la PCD con el objetivo de brindar ese espacio para disminuir la sobrecarga del cuidador, enmarcadas en la estrategia de rehabilitación basada en comunidad a familias cuidadoras con personas con discapacidad o dependencia funcional asociadas a la edad avanzada, de las cuales el mayor porcentaje de representación se encuentra en la localidad de Kennedy con un 36.5% n=(404), seguido de la localidad de Bosa con un 30.3% (n=335), continuando con la Localidad de Fontibón 17.7%(n=196) por último encontramos la localidad de Puente Aranda con un 15.3

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

%(n=169), durante estas sesiones las auxiliares encaminan sus acciones al fortalecimiento de actividades básicas de la vida diaria según indicaciones y recomendaciones de la terapeuta que se encuentra en cabeza del proceso, se realizan asistencias en alimentación, vestuario, cambios de posición, etc., todas aquellas actividades buscan dar un respiro y descanso a los cuidadores de estas personas para que puedan tener tiempos de esparcimiento o de autocuidado de su propia salud, se realizan así mismo actividades de información, educación y comunicación en salud, utilizan insumos didácticos y pedagógicos para la implementación con la PCD para el uso de tiempo de cuidado.

Por parte de los agentes de cambio se gestionaron acciones intersectoriales con las familias intervenidas Un agente de cambio también actúa como facilitador y líder, creando un entorno de confianza y colaboración para asegurar que la transformación sea exitosa y esté alineada con los objetivos de la organización. para esta vigencia se realizaron 657 sesiones presenciales con mayor prevalencia en la Localización de Kennedy 45.2% (n=297) y 7 telefónicas, seguido de la localidad de Fontibón 22.2 %(n=146) con 35 telefónicas, posterior la localidad de Kennedy 20.5 %(n=135) 68 telefónicas, con menor prevalencia en la localidad de Puente Aranda 12%(n=79) 25 telefónicas. para un total de 792 atenciones por el perfil agente de cambio 657 presenciales, 135 telefónicas lo cual conlleva un proceso que logra promover, facilitar y liderar transformaciones con las personas que hacen parte de la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad, promueve mejoras, innovaciones o adaptaciones que beneficien a la comunidad, organización o sistema en el que trabajan, inspiran a otros a adoptar nuevas ideas o prácticas, generando entusiasmo y compromiso, proponen soluciones creativas y efectivas el agente de cambia ayuda a enfrentar resistencias y obstáculos, movilizando recursos, alianzas y apoyo comunitario o institucional para impulsar sus iniciativas.

Para el perfil de psicología se realizan entre 4 y 6 atenciones abordando los usuarios vinculados a la Estrategia MÁS Bienestar para el Cuidador a través de las atenciones de la guía MhGap con la estrategia Enfrentando Problemas Plus - EP+ con un total de 1058 atenciones, distribuidas por localidad de la siguiente manera, con predominio de la Localidad de Bosa con 47% (n=367), seguida de la localidad de Kennedy , con el 22% (n=306), Fontibón con el 17% (n=222) y por último encontramos la localidad de Puente Aranda con el 14% (n=163) de las atenciones realizadas, de estas se realizó cargue de primera sesión 214, de segunda 204 y de tercera sesión a la décima son 485, sesión final son 155 con el objetivo de disminuir la sobrecarga del cuidador por medio de la identificación de la conducta problema, jerarquización de esas mismas conductas que prioricen el factor riesgo y su afectación en las áreas de ajuste, desde la evaluación considerando técnicas como entrevistas semiestructuradas, observación conductual y pruebas que consideren según criterio profesional. identificación de estrategias inútiles ante las conductas identificadas, con el objetivo de establecer el abordaje a seguir con el usuario, reconocer y establecer estrategias útiles para ser frente.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

En cuanto a la realización de las sesiones grupales, para la vigencia se reporta 17, 5 en diciembre, 4 enero 1 en febrero 5 homologadas en mayo por jornada y 1 en julio por jornada con el alcalde sesiones que buscan fortalecer redes de apoyo familiar, social y comunitarias en personas de una misma comunidad que comparten un riesgo en salud para el fortalecimiento de factores protectores.

Se logró posicionar la Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) como una estrategia integral de inclusión social, orientada al reconocimiento de las capacidades y potencialidades de las personas con discapacidad y sus familias, los equipos extramurales fortalecieron su presencia en territorio, garantizando la atención cercana, accesible y con enfoque diferencial, Se promovió la participación activa de la comunidad en los procesos de identificación, acompañamiento y seguimiento de casos.

Se desarrollaron acciones de RBC en las cuatro localidades priorizadas, alcanzando una amplia cobertura de hogares con personas con discapacidad o en situación de dependencia funcional, a través de la caracterización y las visitas, se logró identificar barreras físicas, sociales y actitudinales que afectan la participación plena de las personas con discapacidad. Se reconocieron factores protectores y redes de apoyo comunitarias que facilitan la inclusión y la autonomía, se construyeron planes familiares de acompañamiento, centrados en el fortalecimiento funcional, emocional y social de los participantes.

Se fortaleció el trabajo articulado con instituciones locales (salud, educación, integración social y cultura) para asegurar la continuidad de los procesos, promoviendo la formación de cuidadores y familias en temas de autocuidado, derechos, accesibilidad y estrategias de inclusión, estas familias fortalecieron sus capacidades para participar activamente en los procesos de rehabilitación y gestión comunitaria, generando espacios de sensibilización comunitaria, orientados a la eliminación del estigma y la promoción del respeto hacia la diversidad funcional.

Se fortaleció la Red de Rehabilitación Comunitaria, promoviendo la sostenibilidad de las acciones a nivel local, se documentaron experiencias significativas en cada localidad, que servirán como referente para la mejora continua de los procesos de RBC.

Los equipos adquirieron nuevas competencias técnicas y metodológicas para la atención centrada en la persona y la familia por medio de estrategias innovadoras de intervención extramural, adaptadas al contexto social y cultural de cada territorio.

1. Conclusiones y logros de las atenciones individuales por perfil de psicología

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

Se brindó acompañamiento psicológico individual a cuidadores en situación de sobrecarga emocional, promoviendo espacios de escucha activa y validación emocional.

Se logró fortalecer las estrategias de afrontamiento y regulación emocional, disminuyendo niveles de estrés, ansiedad y sentimientos de agotamiento asociados al rol de cuidado.

Los cuidadores manifestaron mejoras en su bienestar subjetivo, percepción de autoeficacia y en la comprensión de su rol dentro del núcleo familiar.

A través de las sesiones individuales se identificaron factores de riesgo psicosocial (como aislamiento, falta de redes de apoyo, conflictos familiares y síntomas depresivos). Se visibilizaron factores protectores tales como la resiliencia, el sentido de responsabilidad, el apoyo comunitario y las redes de pares entre cuidadores.
Esta información permitió direccionar casos a rutas de atención complementarias, fortaleciendo la atención integral, trabajando temáticas relacionadas con autocuidado, manejo del estrés, límites saludables, comunicación asertiva y búsqueda de apoyo emocional.

Los cuidadores fortalecieron habilidades para reconocer señales de sobrecarga y activar recursos personales para su manejo, fomentando la autonomía emocional y la capacidad de reconocer la importancia del propio bienestar para el ejercicio del cuidado.

La estrategia EP+Plus permitió integrar la atención psicológica individual con acciones educativas y comunitarias, ampliando el impacto en la calidad de vida de los cuidadores, logrando articular el perfil de psicología con otros profesionales (trabajo social, terapia ocupacional, fisioterapia, entre otros) para garantizar un abordaje interdisciplinario. Se fortalecieron canales de seguimiento y acompañamiento pos intervención, garantizando la continuidad del proceso terapéutico o de apoyo emocional. Se observó una disminución de los niveles de sobrecarga percibida, así como una mejora en las estrategias de afrontamiento y en la capacidad para solicitar ayuda y compartir responsabilidades.

La estrategia EP + Plus ha contribuido a fortalecer el apoyo emocional, la capacitación y el acceso a recursos, lo que ha reducido el estrés y el agotamiento de los cuidadores de personas con discapacidad, fortaleciendo las habilidades y conocimientos para los cuidadores los cuales han adquirido mejores herramientas para el cuidado, manejo de la discapacidad y derechos, lo que se refleja en una atención más adecuada y segura para

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

las personas con discapacidad. se ha generado mayor sensibilización y reconocimiento lo cual ha ayudado a visibilizar la labor de los cuidadores, promoviendo una mayor valoración social y reconocimiento de su importante rol.

Tabla 13. Grupo de riesgo de Salud Mental

LOCALIDAD	TOTAL, DE FAMILIAS INTERVENIDAS POR ACCIONES COLECTIVAS	SESIONES REALIZADAS		TOTAL, DE GRUPOS DE FAMILIAS
		SESIONES PRESENCIALES	SESIONES TELEFONICAS	
07- Bosa	1231	5528	1	0
08. Kennedy	1193	5730	28	0
0.9 Fontibón	463	1930	16	7
16. Puente Aranda	456	2135	7	1
TOTAL	3343	15323	52	8

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

De acuerdo con la tabla de la vigencia 10 de diciembre 2024 a 30 de septiembre 2025 se abordan un total de 3343 familias, con un total de 15323 sesiones, predominando las atenciones en la Localidad de Bosa 36,8% (n=1231) con un total de 5528 sesiones y con menor atención en la Localidad de Fontibón con 13.8%(n=463) con 1930 sesiones. Se realizaron 52 sesiones telefónicas por parte del perfil de psicología con mayor prevalencia en la Localidad de Kennedy 63.1%(n=28) Desde el abordaje de plan familiar se orientan a la promoción de la salud mental, la prevención de trastornos psicosociales, y la intervención psicoeducativa y terapéutica en el entorno familiar y comunitario. Estas acciones están dirigidas a fortalecer los factores protectores, identificar riesgos psicosociales, y fomentar dinámicas familiares saludables en el contexto del territorio, por medio de la orientación y contención emocional en situaciones de crisis. a través de las Intervenciones breves centradas en problemáticas como violencia intrafamiliar, duelos no resueltos, conflictos familiares, entre otros, por medio de estrategias aplicadas en casa para el individuo y sus familiares sobre manejo del estrés, comunicación asertiva, pautas de crianza, resolución de conflictos, Promoción de habilidades parentales y vínculos afectivos saludables los cuales Identifican los determinantes sociales que afectan la salud mental de la familia y la comunidad los Equipos Básicos extramurales tienen como objetivo fortalecer las capacidades de afrontamiento y facilitar el acceso oportuno a servicios de salud mental, promoviendo diseño de planes de intervención según necesidades identificadas, activar las

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

redes de apoyo institucional y comunitaria y canalizar a los servicios especializados cuando se requiera.

Para las intervenciones se realizaron las estrategias confróntate 7 con el objetivo de disminuir los riesgos para los usuarios reportados por SIVIM Y SISVECOS, Pautas de crianza donde se potencian factores protectores y se pretende disminuir factores de riesgos de las violencias reportadas; Acompañamiento Psicosocial se fortalecen habilidades para la vida mejorando la calidad de vida física y psicosocial de los usuarios intervenidos, Acompañamiento en Duelo se trabaja con cada familia las fases del duelo y se fortalecen las competencias ciudadanas para que los mismos realicen un proyecto de vida a continuar.

Se realizaron un total de 16 grupos de familia 3 en diciembre, 4 en enero, 1 en febrero y 7 que se homologaron en el mes de mayo por las jornadas saludando con el secretario de salud, 1 que se homologó con la jornada del alcalde mayor de Bogotá, con temas de afrontamiento, habilidades sociales, manejo del stress, manejo del duelo por parte del psicólogo universitario

Tabla 14 Grupo de riesgo de Salud Mental por eventos intervenidos

EVENTOS DE SALUD MENTAL	NÚMERO DE FAMILIAS	TOTAL, SESIONES REALIZADAS
ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL	**2627**	**11752**
ACOMPAÑAMIENTO EN DUELO	**164**	**999**
CONDUCTA SUICIDA (AMENAZA)	**1**	**7**
CONDUCTA SUICIDA (IDEACIÓN)	**259**	**1257**
CONDUCTA SUICIDA (INTENTO)	**60**	**286**

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

CONDUCTA SUICIDA (SUICIDIO CONSUMADO)	**1**	**4**
VIOLENCIA REITERADA	**226**	**1055**
VIOLENCIA EN GESTANTES	**5**	**15**
TOTAL	**3343**	**15375**

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Para este periodo se observa un número de familias atendidas por los profesionales en psicología acompañamiento psicosocial con mayor prevalencia 78.5%(n=2627) con 11752 sesiones sobre el total de familias intervenidas, seguido de conducta suicida (ideación) 7.7%(n=259) con 1257 sesiones; Violencia reiterada 6.7%(n= 226) 1055 sesiones; acompañamiento en duelo 4.9%(n=164) 999 sesiones; violencias en gestantes 0.1%(n=5) 15 sesiones; conducta suicida 0.02%(n= 1) 7 sesiones; conducta suicida (suicidio consumado) 0-02%(n=1) 4 sesiones

Conclusiones y logros de abordaje por perfil de psicología.

Por medio de las visitas, los psicólogos ayudan a identificar riesgos psicosociales en el núcleo familiar: violencia, problemas emocionales, dinámicas que pueden conducir a crisis, realizan la caracterización del hogar y del ciclo vital donde se identifican factores de vulnerabilidad según la edad, contextos, dinámicas familiares logrando Participar en la construcción participativa de planes de cuidado familiar, orientados al bienestar emocional, comunitario, prevención de daños, acompañamiento psicosocial, cuando se detectan barreras de acceso o riesgos, los psicólogos pueden apoyar en la activación de rutas de atención inmediata o referenciar a servicios especializados.

A través de esta intervención se han identificado riesgos que no siempre son perceptibles para las familias, como violencia intrafamiliar, aislamiento, malestar emocional, lo que permite interponer acciones oportunas. Al detectar situaciones de riesgo con psicólogos en el hogar, se pueden intervenir antes de que se agraven (crisis, deterioro psíquico, agravamiento de la violencia, etc.). Esto reduce el costo emocional, social y en recursos de salud más intensiva. Se contribuye a que los planes de cuidado consideren no solo lo físico o médico, sino lo emocional, relacional, la salud mental, los vínculos familiares.

La inclusión del perfil de psicología fortalece la atención integral, abordando salud mental, estrés, ansiedad y eventos en la salud mental identificando riesgos psicosociales, de violencia de género, conductas suicidas, violencias reiteradas, acompañamiento en duelo y

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

psicosocial, centrado en sesiones colectivas que respetan autonomía, confidencialidad y derechos, aumentando la satisfacción y confianza en todos los usuarios que hacen parte de la intervención psicosocial, mejorando la adherencia a planes de cuidado, compromisos y derivaciones oportunas, así como el agendamiento y activación de rutas integrales según necesidad del usuario.

Se realiza acompañamiento en el proceso de reducción de barreras, se promueve el acceso equitativo a servicios de salud mental, implementación de herramientas, reducción de síntomas de ansiedad y estrés mediante sesiones breves y técnicas de intervención en crisis y educación emocional.

Formación continua en manejo sensible de temas de violencia, confidencialidad y consentimiento informado, fortalecimiento de redes familiares y comunitarias para apoyo emocional y manejo de responsabilidades.
El proceso permitió una aproximación directa a las dinámicas familiares en sus contextos reales, interviniendo en los determinantes sociales y emocionales que afectan la salud mental de la población atendida.

Desde la técnica de psi coeducación se han implementado diferentes estrategias, técnicas, recursos que han permitido fortalecer y reconstruir tejido social desde las áreas vitales, considerando los diferentes contextos laborales, familiares, educativos sociales con el objetivo de desarrollar habilidades como el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales, manejo de las emociones, estrategias de afrontamiento, comunicación asertiva entre otras, considerando las diferentes etapas del desarrollo humano o ciclos de vida como sus roles en las dinámicas familiares.

Se evidencia reconocimiento de la comunidad a las acciones implementadas en Más Bienestar en tu Hogar.

A través de las estrategias implementadas las familias logran reconocimiento frente a los cortos circuitos comunicacionales que implementan dentro de sus hogares y que generan inestabilidad al interior del grupo familiar, y por medio de las intervenciones implementan nuevas estrategias que aportan al mejoramiento de la comunicación.

Tabla 15. Grupo de riesgo de Salud Ambiental

LOCALIDAD	TOTAL DE FAMILIAS INTERVENIDAS POR LA ESTRATEGIA VIVIENDA SALUDABLE	TOTAL DE GRUPOS DE FAMILIAS REALIZADOS
07- Bosa	363	0
08 - Kennedy	344	0
09 - Fontibón	272	0
16 - Puente Aranda	100	0

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

Total	1079	0

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Se observa en la tabla anterior un total de 1079 familias intervenidas por la estrategia vivienda saludable se evidencia que Bosa es la localidad con más familias intervenidas (N=363), representando el 33.6% del total, seguido de la Localidad de Kennedy (N=344) representando un 31,8%; % Localidad Fontibón (n=272) con un 25.2%% con menor atención en la Localidad de Puente Aranda (n= 100) 9,2%

Se logró intervenir un total de 1079 familias en cuatro localidades, lo que demuestra un avance importante en la implementación de la Estrategia de Vivienda Saludable.

En cuanto a los cierres se realizaron los planes de cuidado familiar tres meses después de iniciar la intervención a través la implementación de acciones y programas ambientales

Se realizaron jornadas educativas y acompañamientos domiciliarios orientados a promover prácticas de autocuidado ambiental, como el manejo adecuado de residuos, el ahorro de agua y energía, y la reducción de contaminantes domésticos.

Los equipos lograron sensibilizar a las familias sobre la relación entre salud y entorno, fomentando hábitos sostenibles que contribuyen al bienestar del hogar y la comunidad, se desarrollaron estrategias pedagógicas adaptadas a cada territorio, incorporando un enfoque comunitario y participativo a través de la intervención extramural, se identificaron y abordaron factores de riesgo ambiental dentro y alrededor de las viviendas, como presencia de vectores, acumulación de residuos, humedad y deficiencias en ventilación.

Se promovieron acciones de limpieza, organización del espacio y manejo higiénico de alimentos, mejorando así la calidad de vida de los hogares acompañados, en coordinación con otras entidades locales, se impulsaron actividades de saneamiento básico y control ambiental comunitario.

Se promovió la participación de líderes y familias en procesos de gestión ambiental local, estimulando el sentido de corresponsabilidad en el cuidado del entorno, las familias desarrollaron capacidades para identificar riesgos ambientales y actuar de manera preventiva, favoreciendo entornos más seguros y saludables.

La estrategia de salud ambiental se articuló con las acciones psicosociales, educativas y de rehabilitación de los equipos, integrando la dimensión ambiental dentro del concepto de bienestar familiar y comunitario, reconociendo el impacto positivo de la mejora del entorno ambiental en la salud física y mental de las familias, especialmente en hogares con niños, personas mayores y población con discapacidad, se avanzó en la construcción de entornos saludables, inclusivos y sostenibles, alineados con los objetivos del programa equipos básicos extramurales hogar.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

Se realizaron durante la vigencia 6 grupos de familia 2 para el mes de diciembre y 4 que se validaron por la jornada saludando con el secretario de salud, se desarrollaron actividades enfocadas a la reducción de residuos, cuidado del agua, manejo de vectores.

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
07- Bosa	276	0
08- Kennedy	172	0
09 - Fontibón	29	0
16 - Puente Aranda	19	0
Total	496	0

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Para esta vigencia se observa en la tabla un total de 496 familias atendidas en la estrategia de cuidado y autocuidado para la salud bucal con una mayor prevalencia en la localidad de Bosa con un 55.6% (n=276), seguido de la Localidad de Kennedy 34.6% (n=172), Localidad de Fontibón 5.8% (n=29), y con menor prevalencia en la Localidad de Puente Aranda 1.0% (n=5); lo cual permite fortalecer en la población hábitos y estilos saludables bucales propiciando cambios en las conductas familiares comportamientos para mejorar la salud oral evitando o disminuyendo el riesgo de aparición de componentes cariados, enfermedades en encías, edentulismo a mediano y largo plazo, pérdida de piezas dental temprana entre otros.

No se realizaron grupos de familia ya que la población en las diferentes localidades ya participa en otros grupos comunitarios programados por diferentes instituciones lo que conlleva a la no asistencia a la convocatoria presentada

Se logró implementar la estrategia de Salud Bucal en las localidades de la Red Suroccidente, garantizando la atención y orientación a un número significativo de familias.

Los equipos extramurales realizaron actividades educativas, valoraciones básicas y seguimiento en salud oral, priorizando grupos vulnerables como niños, personas mayores y personas con discapacidad, se fortaleció la presencia institucional en territorio, acercando los servicios de promoción y prevención odontológica a los hogares y comunidades, a través de acciones educativas, talleres y demostraciones prácticas, se promovió la adopción de hábitos de higiene oral diaria (cepillado correcto, uso de crema fluorada y cuidado de prótesis dentales).

Los equipos lograron incrementar la conciencia sobre la relación entre salud bucal y bienestar general, articulando el mensaje con otras dimensiones del programa “Hogar”.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

Durante las visitas domiciliarias, se identificaron condiciones bucales de riesgo (placa bacteriana, caries, enfermedad periodontal, pérdida de piezas dentales, alteraciones de mucosa oral, entre otras).

Los casos identificados fueron remitidos oportunamente a los servicios odontológicos de la red, fortaleciendo la continuidad del proceso de atención integral.

Se consolidó un registro de caracterización bucal que servirá como insumo para la planeación de futuras intervenciones y seguimiento garantizando la atención con enfoque diferencial, adaptando los mensajes y metodologías a las condiciones socioculturales de cada familia y localidad, logrando reducir barreras de acceso a la información y a los servicios odontológicos, fomentando la inclusión y la equidad en salud bucal.

Se evidenció un aumento en el compromiso de las familias con la rutina diaria de higiene oral y la prevención de enfermedades bucales fortaleciendo el componente de salud integral del programa Hogar, promoviendo entornos saludables y sostenibles en las comunidades de la Red Suroccidente.

Tabla 17. Equipos Étnicos. Población Negra – Afrocolombiana

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
BOSA	64	19	39	0	0	0
KENNEDY	62	20	39	0	0	0
FONTIBON	19	1	0	0	0	0
PUENTE ARANDA	41	9	22	0	0	0
Total	186	49	100	0	0	0

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

Para esta vigencia del 10 de diciembre a del 2024 al 30 de septiembre 2025 la población Afrocolombiana atendió 186 familias con 246 individuos en las 4 Localidades, se atendieron 186 usuarios índices lo que corresponde a 2 gestantes, 18 menores de 5 años, 35 crónicos, 131 población general se observa cómo se realizó la intervención por localidad En la Localidad de Bosa 34.4%(n=64) y con menor prevalencia Fontibón 10.2% (n=19), teniendo en cuenta que el kilombo Niara Sharay comparte dos localidades para la ejecución de sus actividades Bosa y Fontibón Dentro de las acciones principales desarrolladas por cada uno de los equipos se brinda Información, educación y comunicación en Salud (I.E.C), dentro de la priorización se realiza la búsqueda activa para la intervención y atención a menores de 5 años para la promoción de la salud y el bienestar de los niños y las niñas, incidiendo en el mejoramiento de sus condiciones de vida y transformación positiva de los riesgos en salud.

Dentro del proceso de priorización y caracterización de las familias abordadas no se han identificado usuarios tipo 4 para la realización de las atenciones individuales acorde direccionamiento técnico y operativo requerido por nivel central teniendo en cuenta que son usuarios adherentes según criterio un alto porcentaje son otros eventos en salud, aunque el proceso de caracterización se ha realizado búsqueda activa de familias con esta prioridad no se ha logrado teniendo en cuenta que son adherentes al sistema de salud y no requieren ser visitados en casa por atención individual.

Para el fortalecimiento de la cultura en el contexto de ciudad y la disminución de los riesgos identificados se realiza la compra, preparación y entrega de tratamientos curativos con principio de la medicina ancestral para cada una de las familias atendidas.

En las acciones propias de medicina Ancestral con un total de 100 Acciones propias de Medicina Ancestral realizadas en las localidades de Bosa, Kennedy y Puente Aranda. Dentro de las atenciones de medicina Ancestral se utilizan y entregan insumos propios del territorio equipo étnico para su tratamiento con plantas, esencias, aceites, cuentos, pomadas y menjurjes, preparados y aceites, por parte de gestor comunitario se realiza la estrategia de fortalecimiento con las comunidades afrodescendientes y se continúa con la convocatoria de las familias y a la comunidad para participar en las acciones propias de medicina Ancestral.

Las sesiones colectivas son desarrolladas por los equipos de abordaje étnico diferencial se realizan 49 actividades colectivas , en donde a través de los círculos de la palabra se desarrollan actividades principios y conocimientos de medicina ancestral, uso de las plantas en el hogar, manejo de huertas caseras, cultivo de plantas medicinales, manejo residuos desde huertas caseras, vida y ambiente saludable, entre otras temáticas trabajadas por los perfiles étnicos, estos elementos diferenciadores en el marco del enfoque étnico buscan garantizar que las acciones sean culturalmente pertinentes, respetuosas y que contribuyan

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

a reducir desigualdades, promoviendo la inclusión y el reconocimiento de la identidad afrodescendiente en todos los ámbitos potencializando este elemento diferenciador como son promoción de hábitos seguros, en el manejo de sustancias y residuos químicos en la vivienda para la protección en la salud de las personas, enfoque intercultural para el manejo de la medicina intercultural, manejo de huertas caseras, siembra y propagación de plantas como fortalecimiento de la medicina ancestral y fortalecimiento de las huertas comunitarias.

Frente a los insumos ancestrales se les genera un presupuesto mensual dirigido a las parteras y médico ancestral de los equipos afrodescendientes para asignación de insumos ancestrales el cual se le consigna a un miembro del equipo y se les asigna un vehículo para la compra de los insumos que requieren para la ejecución de sus actividades.

Tabla 18. Equipos Étnicos. Población Palenquera

LOCALIDAD	Número de familias con Formulación e implementación de Plan de Cuidado Diferencial en Familias de comunidades Palenqueras	Número de acciones colectivas diferenciales con familias étnicas de comunidades Palenqueras	Número de acciones propias de medicina ancestral de comunidades Palenqueras	Número de atenciones Individuales de comunidades Palenqueras		
				Medicina	Enfermería	Nutrición
BOSA	6	0	0	0	0	0
KENNEDY	12	0	0	0	0	0
FONTIBON	2	0	0	0	0	0
DISTRITO	48	19	39	0	0	0
PUENTE ARANDA	0	0	0	0	0	0
Total	68	19	39	0	0	0

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Para esta vigencia se realizaron 68 atenciones a familias étnicas palenqueras 17.6% (n=12) en la Localidad de Kennedy, 70.5%(n=48) en el Distrito, 2,5%(n=6) en la Localidad de Bosa;

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

2.9% (n=2) en la Localidad de Fontibón con 81 familias atendidas. El abordaje étnico diferencial con el equipo Palanquero- Kilumba desarrollo acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como la reducción de factores de riesgo con el reconocimiento de las dinámicas de salud urbana, lingüística propia y adecuaciones socioculturales, que fortalezcan las prácticas de cuidado de la salud de forma integral en el distrito fortaleciendo acciones propias de la medicina ancestral en la comunidad palanquera residente en Bogotá.

Dentro del proceso de priorización y caracterización de las familias abordadas no se han identificado usuarios tipo 4 para la realización de las atenciones individuales acorde direccionamiento técnico y operativo requerido por nivel central teniendo en cuenta que son usuarios adherentes según criterio un alto porcentaje son otros eventos en salud, por tal motivo no requieren ser visitados en las viviendas como atención individual.

El equipo Palanquero kilumba mensualmente desarrolla actividades desde la implementación de la estrategia Kilumba palenquera a través de conocimientos de la sabedora y del equipo, realizan diferentes prácticas desde la medicina ancestral a través del uso curativo de los aceites preparados, ron compuesto, incienso, las plantas, hierbas traídas de territorio y frutas.

Para el fortalecimiento de la cultura en el contexto de ciudad y la disminución de los riesgos identificados en cada una de las familias en donde se realiza la compra, preparación y entrega de tratamientos curativos con principio de la medicina ancestral utilizados en implementación del plan de cuidado familiar, sesiones colectivas y medicina ancestral.

Dentro de las acciones propias de medicina ancestral se desarrollan 39 prácticas de medicina tradicional con 311 participantes en donde se brindan atenciones en saberes, usos y costumbres tradicionales de la comunidad Palenquera a través del "Kilumba", dentro de las intervenciones se realiza fortalecimiento de prácticas propias de palenque y alternancia con las sesiones de medicina Ancestral y sesiones colectivas en donde se desarrollan prácticas propias de la comunidad palenquera.

El equipo Kilumba para el desarrollo de sesiones colectivas logró realizar 19 sesiones colectivas con la participación de 131 personas con las siguientes temáticas importancia de la prevención de sustancias psicoactivas, presentan acta de articulación espacio comunitario con el kuagro Monari Palenque Andi Bacata.

Dentro de la priorización se realiza la búsqueda activa para la intervención y atención a menores de 5 años para la promoción de la salud y el bienestar de los niños y las niñas, incidiendo en el mejoramiento de sus condiciones de vida y transformación positiva de los riesgos en salud. Se cuentan con 8 usuarios crónicos, 6 gestantes, 5 menores de 5 años, 48 personas mayores que cuentan con buenas condiciones de salud.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

Frente a los insumos ancestrales se les genera un rubro a la sabedora para asignación de insumos ancestrales el cual se le consigna a un miembro del equipo y se les asigna un vehículo para la compra de los insumos que requieren para la ejecución de sus actividades.

Tabla 21. Equipos Étnicos. Población Rrom- Gitana

LOCALIDAD	Número de familias con Identificación y seguimiento del riesgo familiar Población Rrom-Gitana		Total	Número de acciones ancestrales desde conocimientos y prácticas propias de la medicina tradicional Población Rrom-Gitana		Total
	Organización-ProRrom	Organización-Unión Romaní		Organización-ProRrom	Organización-Unión Romaní	
BOSA	0	0	0	0	0	0
KENNEDY	12	7	19	14	0	14
FONTIBON	0	0	0	0	0	0
PUENTE ARANDA	3	0	3	0	4	4
Total	15	7	22	14	4	18

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Teniendo en cuenta el proceso de Contextualización realizado por el Equipo gitanas para esta vigencia se atendieron 22 familias con 80%(n=19) en la Localidad de Kennedy, 20%(n=3) Localidad de Puente Aranda y 18 acciones de medicina ancestral. Dentro del proceso de priorización para las familias y procesos ancestrales, se llevó a cabo la priorización de 39 familias con pertenencia étnica Rrom y desarrollo de acciones propias de medicina ancestral donde se realiza implementación y entrega de los insumos propios, estos usuarios tipo 4 no requieren atenciones individuales ya que son adherentes al servicio de salud y no presentan eventos que requieran la visita en la vivienda.

Se hace entrega a las comunidades étnicas los insumos ancestrales en dinero para que ellos compren los insumos que necesitan para realizar las actividades por Lineamiento la pieza comunicativa no aplica para este periodo, teniendo en cuenta que se radicó en el mes de julio incluir pieza comunicativa pautas de crianza y cuidado.

Estos avances se complementan con la adaptación de servicios de salud que consideran barreras lingüísticas, el derecho a acompañamiento en consultas, y la integración de

prácticas tradicionales, lo que evidencia un desarrollo progresivo hacia un sistema de salud más equitativo, respetuoso e inclusivo con el pueblo Rrom a raíz de este gran alcance y avance institucional se ha logrado materializar las acciones y las políticas con la organización teniendo en cuenta las necesidades tangibles y reales de la población en un

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

contexto de promoción y prevención en salud a raíz de ello el equipo EBEH ha logrado realizar acercamientos en las familias priorizadas evaluando su estados físicos, emocionales psicoafectivos y culturales donde por medio del equipo se hace un seguimiento donde se fortalece el componente de medicina ancestral para con esto lograr fortalecer sus usos y costumbres, implementando la educación y reconocimiento de su medicina ancestral para prevalecer y mitigar cualquier barrera de salud e intercultural.

Dentro del proceso de priorización y caracterización de las familias abordadas no se han identificado usuarios tipo 4 para la realización de las atenciones individuales acorde direccionamiento técnico y operativo requerido por nivel central teniendo en cuenta que son usuarios adherentes según criterio un alto porcentaje son otros eventos en salud, durante el proceso se ha agendado a la EAPB con asistencia de la población.

Dentro de la priorización se realiza la búsqueda activa para la intervención y atención a menores de 5 años para la promoción de la salud y el bienestar de los niños y las niñas, incidiendo en el mejoramiento de sus condiciones de vida y transformación positiva de los riesgos en salud. Se cuentan con 13 usuarios crónicos, 4 gestantes, 0 menores de 5 años, 5 personas mayores que cuentan con buenas condiciones de salud.

Frente a los insumos ancestrales se les genera un rubro para asignación de insumos ancestrales el cual se le consigna a un miembro del equipo a la sabedora y se les asigna un vehículo para la compra de los insumos que requieren para la ejecución de sus actividades.

Tabla 22. Equipos Étnicos. Población Rrom- Gitana

LOCALIDAD	Número de atenciones Individuales de población Rrom- Gitana - organización Unión Romaní			Número de atenciones Individuales de población Rrom- Gitana - organización Prorom			Total		
	Medicina	Enfermería	Nutrición	Medicina	Enfermería	Nutrición	Medicina	Enfermería	Nutrición
Kennedy	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

No se han realizado atenciones individuales por parte del equipo Rrom Gitana.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

Tabla 23. VACUNACIÓN

Vacunación	Usuarios Remitidos	Usuarios Vacunados
Menores de 5 años	665	481
Gestantes	91	53
Mayores de 60 años	874	749
Total	1630	1212

Fuente: Matriz Seguimiento PAI EBEH

Para esta vigencia se realizaron un total de 1212 vacunas de 1630 usuarios remitidos lo que equivale a 74.3%, así mismo se realizaron vacunas para fiebre amarilla e influenza s para población general.

Los equipos extramurales movilizan vacacionistas que van casa a casa en barrios, lo cual reduce barreras como la movilidad, costos de transporte o dificultades para trasladarse.

Se ha alcanzado mayor cumplimiento de esquemas de vacunación al aprovechar la extramural dad para llegar a quienes estaban retrasados, completando dosis pendientes.

Se logró captar en poco tiempo y por medio de las tomas sectoriales la población que requiere ser vacunada y casa a casa según derivación de los gestores y profesionales de los equipos básicos extramurales hogar.

4.2.3. ATENCIÓN DE JORNADAS Y CONTINGENCIAS

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

Fecha	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
12 de abril al 31 de julio	Contingencia fiebre amarilla, aeropuerto	Valoración a usuarios, registro y transcripción de carnets y	Para el mes de abril Técnicos y Profesionales en medicina y enfermería Para los meses de mayo a julio	abril y mayo 8 gestores y 4 profesionales junio y julio 9 y 10 profesionales y 24 y 20 gestores	para abril y mayo 12 horas para junio y julio 6 horas

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

		actividades educativas	técnicos y Profesionales en medicina		
12 de abril al 31 de julio	Contingencia fiebre amarilla, salitre	Valoración a usuarios, registro y transcripción de carnets y actividades educativas	Para el mes de abril Técnicos y Profesionales en medicina y enfermería Para los meses de mayo a julio técnicos y Profesionales en medicina	abril y mayo 8 gestores y 4 profesionales junio y julio 9 y 10 profesionales y 20 y 18 gestores	para abril y mayo 12 horas para junio y julio 6 horas
15/04/2025	Contingencia llegada de población étnica	Valoración de usuarios y actividades educativas	Técnicos y profesionales	4 gestores 4 profesionales	8 horas, por persona
24 de abril al 31 de mayo	Contingencia seguimiento a fiebre amarilla	seguimiento telefónico a personas mayores de 60 años, posterior a la vacunación con fiebre amarilla	Técnicos	para abril 14 gestores Para mayo 8 gestores	para abril 6 horas día por persona para mayo 3 horas día por persona
1 de agosto a 30 de septiembre	Contingencia fiebre amarilla, aeropuerto	Valoración a usuarios y actividades educativas	Profesionales en medicina	agosto 9 profesionales en medicina cubriendo los 31 días del mes septiembre 1 profesional en medicina por día	para agosto 6 horas por profesional para septiembre 8 horas por profesional
1 de agosto a 30 de septiembre	Contingencia fiebre amarilla, salitre	Valoración a usuarios, registro y actividade	Profesionales en medicina	agosto 10 profesionales en medicina cubriendo los 31 días del mes	para agosto 6 horas por profesional para septiembre 8

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

		s educativas		septiembre 1 profesional en medicina por día	horas por profesional

Durante los meses de abril a septiembre, se atendieron las diferentes contingencias presentadas en las localidades de la subred Sur Occidente, las cuales fueron atendidas por los diferentes perfiles, entre los que contamos con gestores, enfermeros profesionales y médicos, teniendo una dedicación de entre 3 y 12 horas diarias de lunes a domingo, todos los meses para dar cubrimiento a las necesidades reportadas por la población; en cuanto a los seguimientos de fiebre amarilla la dedicación de horas diarias fue alternada con otras actividades como el ruteo.

Contando con un total de entre 912 y 1200 horas al mes para el perfil de medicina y entre 2382 y 2582 horas por mes para el perfil de auxiliar de enfermería.

5. GESTIÓN OPERATIVA

5.1.1 COORDINACIÓN TECNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

Se relacionan los avances en la gestión técnica, administrativa y financiera durante el convenio 10 de diciembre 2024 y 30 de septiembre 2025

Asistencia a mesas con el equipo directivo de la Subred con el fin de adelantar los procesos y procedimientos administrativos y técnicos necesarios para la adecuada ejecución de los productos contratados en el convenio de EBEH.
Articulación con la directora de gestión del riesgo para avanzar en la articulación con la gestión intramural y adquisición de insumos para la operación.
Reporte de manera mensual el informe de gestión, con el seguimiento a la ejecución programática y financiera del convenio, favoreciendo el cumplimiento de las actividades programadas.
Articulación con el área de facturación y ambulatorios con el objetivo de garantizar las atenciones individuales y con el área de ambulatorios para la agenda de citas y procedimientos, binomios ejecutados por los equipos más Bienestar en tu Hogar.
Articulación con la referente de facturación de la subred con el objetivo de garantizar la factura de las atenciones individuales
Participación en la jornada 1000 días de Bogotaneidad liderada por la mesa Local para la jornada de la Localidad de Bosa.
Cargue de los diferentes desembolsos Matriz de seguimiento a compromisos con reporte de avance mensual, informe de gestión general, PPP, informe cualitativo de avance de la gestión mensual, matriz de ejecución financiera, informe de áreas físicas.
Seguimiento financiero, este se realiza con la profesional financiera y el equipo de

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

dinamizadoras con el objetivo de revisar y elaborar la PPP y otros manejos de índole financiero en la Subred Suroccidente.
Asistencia y participación en mesas de la subred para seguimiento a contratación de talento humano, mesas de la subred para seguimiento al proceso de facturación, mesas de la subred para articulación en la atención de los binomios madre - hijo, agendamiento, dirección de ambulatorios, reunión EAPB Salud Total, Sanitas, Compensar, Famisanar y Coosalud.
Asistencia y participación en el seguimiento al proceso de contratación desde la SDS
Diligenciamiento de matrices y proyectos de inversión, enviado al entorno comunitario PAEAS y Salud ambiental.
Direccionamiento técnico con los profesionales de apoyo, dinamizadores, componente geográfico, sistemas de información, cohortes, acceso y canalizaciones con el fin de revisar generalidades y aspectos a mejorar.
programación de la reunión de equipo Más Bienestar en tu Hogar
Participación en la reunión de Veedores
Envió informe de ángeles guardianes mensual al componente de SSR y ruta materno perinatal de la Subred.
gestión de PQR, y solicitudes de información, informes, derechos de petición de la Subred Sur Occidente.
participacion en mesas zonales, jornadas distritales con el secretario y el alcalde mayor de Bogota.

Tabla 26. Distribución del Talento Humano

PERFIL	SUBRED SUR OCCIDENTE			
	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 GESTIÓN DEL RIESGO (ORGANIZADO POR LOCALIDADES)	2	2	0	100
APOYO	8	8	0	100
INGEN SIS	1	1	0	100
GEÓGRAFO	2	2	0	100
TÉCNICOS SISTEMAS	5	5	0	100
PROFESIONAL UNIVERSITARIO	1	1	0	100
INGENIERO DISTRITAL	1	1	0	100

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

BACHILLER ACCESO	8	8	0	100
TECNICO AVANZADA	4	3	0	100
GESTOR COMUNITARIO	4	0	4	0
PROMOTOR (TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA)	190	150	40	79
MÉDICO	12	12	0	100
ENFERMERÍA	23	20	3	87
PSICOLOGÍA	23	22	1	96
NUTRICIÓN	2	2	0	100
TERAPIA	7	7	0	100
AGENTE DE CAMBIO	3	3	0	100
CIENCIAS AMBIENTALES	0	0	0	0
TÉCNICO AMBIENTAL	5	4	1	96
ODONTOLOGÍA	3	3	0	100
PSICÓLOGO CLÍNICO	3	3	0	100
AUXILIARES CUIDADORES	7	7	0	100
AUXILIARES PAI	3	3	0	100
PROMOTOR (TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA)-SUMAPAZ	0	0	0	0
APOYO SUMAPAZ	0	0	0	0
MÉDICO-SUMAPAZ	0	0	0	0
ENFERMERÍA-SUMAPAZ	0	0	0	0
PSICOLOGÍA-SUMAPAZ	0	0	0	0
NUTRICIÓN –SUMAPAZ	0	0	0	0
TERAPIA-SUMAPAZ	0	0	0	0
CIENCIAS AMBIENTALES-SUMAPAZ	0	0	0	0
ODONTOLOGÍA-SUMAPAZ	0	0	0	0
AUXILIARES CUIDADORES-SUMAPAZ	0	0	0	0
PROFESIONAL ETNICO AFRO	3	3	0	100
TÉCNICO ETNICO AFRO	3	3	0	100
GESTOR ETNICO AFRO	9	9	0	100
PROFESIONAL ETNICO PALENQUERO	2	2	0	100
TÉCNICO ETNICO PALENQUERO	1	1	0	100

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

GESTOR ETNICO PALENQUERO	2	2	0	100
PROFESIONAL ETNICO GITANO	2	2	0	100
GESTOR ETNICO GITANO	2	2	0	100
TOTAL	**349**	**298**	**51**	**85.3**

Fuente: Base de datos de talento humano, Sur Occidente EBEH septiembre 2025

La subred Sur Occidente contó durante los meses de ejecución del presente convenio diciembre 10 a septiembre 30 con un aproximado del 90% del talento humano contratado para la operación de los EBEH, se cuenta con 4 sedes asignadas y dotadas para la operación de las actividades programadas para los equipos básicos extramurales de hogar EBEH, cerrando en el mes de septiembre con un 85.3% del talento humano contratado; a los largo de la ejecución del contrato hubo grandes movimientos y variaciones con la totalidad del talento humano contratado especialmente con el perfil del gestor en salud, ya que este perfil rota bastante y frecuentemente están realizando terminaciones de contrato por múltiples causas dentro de las cuales se encuentran el movimiento entre subredes, la no adaptación adecuada al trabajo en campo dado por que su experiencia o su proyección se mueve hacia el área asistencial.

Algunos perfiles como el gestor comunitario no se logró conseguir y contratar más allá de dos meses en los cuales se contó con una cuarta parte del perfil requerido; sin embargo por parte de la subred, se tuvo un fortalecimiento constante con el área de talento humano con el fin de lograr la contratación de los perfiles pendientes, en cuanto a los gestores aunque se adelantaron múltiples jornadas de contratación y múltiples campañas para atraer al perfil a la subred, no se logró contar con el 100% del talento humano requerido ya que este perfil ha sido muy cambiante; con el fin de lograr un aumento en el porcentaje de contratación la subred desarrolló diferentes actividades de divulgación de la necesidad y vacante del perfil, mediante distintas estrategias, como la publicación en los chats, y redes sociales de la subred así como el voz a voz.

Tabla 27. Ejecución financiera Plan programático y presupuestal - PPP

Establecer análisis de los resultados generados.

MES	VALOR PROGRAMADO	VALOR EJECUTADO	% DE EJECUCIÓN	VALOR SUBEJECUTADO	% SUBEJECUCIÓN
dic-24	694.205.187	694.205.187	100%	0	0%

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

ene-25	1.089.753.312	1.089.753.311	100%	0	0%
feb-25	1.100.234.999	1.100.234.999	100%	-	0%
mar-25	1.129.604.025	1.129.604.025	100%	-	0%
abr-25	1.039.748.964	1.039.748.964	100%	-	0%
may-25	1.126.647.655	1.126.647.655	100%	-	0%
jun-25	1.142.799.781	1.142.799.781	100%	(0,00)	0%
jul-25	1.183.483.262	1.183.483.262	100%	0,00	0%
ago-25	1.437.845.251	1.162.491.293	81%	275.353.958,35	19%
sep-25	1.431.483.752	1.431.483.752	100%	-	0%
TOTAL	**11.375.806.188**	**11.100.452.230**	**98%**	**275.353.958,55**	**2%**

Fuente: Matriz ejecución programación PPP- sept 2025.

Para el periodo del 1 de septiembre 2025 al 30 de septiembre 2025, se tiene una programación en la Matriz Programática y Presupuestal de $ 1.431.483.753, de la cual se ejecutó $ 1.431.483.753 para un porcentaje de ejecución de 100%, lo anterior dado que se

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

presentaron varias terminaciones anticipadas y ausencia del talento humano requerido lo cual imposibilito el cumplimiento total de los recursos asignados, también es importante mencionar que se cuenta con una subejecución al cierre de septiembre 2025 del 2% acumulado.

Tabla 28. Ejecución financiera

CONCEPTO	VALOR PROGRAMADO	VALOR EJECUTADO	% DE EJECUCIÓN	VALOR SUBEJECUTADO	% SUBEJECUCIÓN
TALENTO HUMANO	**$ 8.455.974.767**	**7.944.568.626**	**94%**	**511.406.141**	**6%**
INSUMOS	**$ 507.358.486**	**476.674.118**	**94%**	**30.684.368**	**6%**
INSUMOS ANCESTRALES	**$ 44.800.000**	**44.800.000**	**100%**	**0**	**0%**
ADMINISTRATIVOS	**$ 2.367.672.935**	**2.224.479.215**	**94%**	**143.193.719**	**6%**
TOTAL	**$ 11.375.806.188**	**$ 10.690.521.959**	**94%**	**$ 685.284.229**	**6%**

Fuente: Matriz de ejecución financiera acumulada sept 2025.

La ejecución del convenio alcanza un 94% del presupuesto total, con una subejecución del 6% equivalente a $690.281.229. El rubro de talento humano representa la mayor proporción del gasto, ejecutando el 83% de lo programado, al igual que el componente administrativo, ambos con una subejecución del 6%. Es importante que la Subred Sur Occidente, cumplió a cabalidad las estrategias para la contratación de todos los perfiles del talento humano, si bien es cierto no se cumplió con la ejecución en un 100%, se alcanzó un 94% el cual es un porcentaje dentro del margen de cumplimiento.

Tabla 29. Desembolsos realizados

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

DESEMBOLSOS	VALOR	RESERVA GLOSA	GIRO DESPUES DE LA RESERVA DE GLOSA	NUMERO FACTURA	FECHA
1 ER DESEMBOLSO	$ 1.628.999.787		$ 1.628.999.787	6571219	10/12/2024
2DO DESEMBOLSO	$ 882.051.272	$ 105.846.153	$ 776.205.119	6586254	7/01/2025
3CER DESEMBOLSO	$ 1.134.065.922	$ 136.087.911	$ 997.978.011	6602749	3/02/2025
CUARTO DESEMBOLSO	$ 1.134.065.922	$ 136.087.911	$ 997.978.011	6623726	4/03/2025
QUINTO DESEMBOLSO	$ 1.134.065.922	$ 136.087.911	$ 997.978.011	6644353	1/04/2025
SEXTO DESEMBOLSO	$ 387.117.406	$ 46.454.089	$ 340.663.317	6670071	7/05/2025
SEPTIMO DESEMBOLSO	$ 1.238.094.392	$ 148.571.327	$ 1.089.523.065	6698923	9/06/2025
OCTAVO DESEMBOLSO	$ 1.238.094.393	$ 148.571.327	$ 1.089.523.066	6720943	4/07/2025
NOVENO DESEMBOLSO	$ 1.238.094.393	$ 148.571.327	$ 1.089.523.066	6746930	1/08/2025
DECIMO DESEMBOLSO	$ 391.282.454	$ 46.953.894	$ 344.328.560	6773081	3/09/2025
UNDECIMO DESEMBOLSO	$ 969.874.325	$ 116.384.919	$ 853.489.406		

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

TOTAL	**$ 11.375.806.188**	**$ 1.169.616.768**	**$ 9.008.371.454**		

Fuente:

Del convenio se evidencia un total desembolsado de $8.776 millones entre diciembre de 2024 y julio de 2025, de los cuales $857 millones (aproximadamente el 9,8%) fueron retenidos como reserva por glosa, quedando efectivamente girados $7.918 millones. El primer desembolso no tuvo glosa, pero a partir del segundo se aplicó una retención uniforme del 12%. Los montos girados presentan patrones regulares y consistentes, lo que podría indicar un cronograma de pagos pactado por fases.

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.

No	CONTRATO	PROCESO SECOP	CONTRATISTA	OBJETO	FECHA	VALOR	PLAZO	VALOR	EJECUTADO	
1	3851-2025		**IMCOLMEDICA S.A.**	SUMINISTRO DE EQUIPOS BIOMEDICOS PARA EL APOYO EN LA VALORACION INDIVIDUAL DE USUARIOS EN CUMPLIMIENTO DE ACCIONES Y PRODUCTOS ENMARCADOS EN LAS ACTIVIDADES DE LOS CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS CELEBRADOS	29/06/2025	16.766.153,58	2 meses			

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

				ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL - FFDS Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.”						
2	3852-2025		**ULTRA SCHALL DE COLOMBIA SAS**	SUMINISTRO DE EQUIPOS BIOMEDICOS PARA EL APOYO EN LA VALORACION INDIVIDUAL DE USUARIOS EN CUMPLIMIENTO DE ACCIONES Y PRODUCTOS ENMARCADOS EN LAS ACTIVIDADES DE LOS CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS CELEBRADOS ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL - FFDS Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.”	13/06/2025	29.398.950,00	2 meses			

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

3	3853-2025		**TECNICA ELECTRO MEDICA S A**	SUMINISTRO DE EQUIPOS BIOMEDICOS PARA EL APOYO EN LA VALORACION INDIVIDUAL DE USUARIOS EN CUMPLIMIENTO DE ACCIONES Y PRODUCTOS ENMARCADOS EN LAS ACTIVIDADES DE LOS CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS CELEBRADOS ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL - FFDS Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.”	5/05/2025	8.379.504,00	2 meses			
4	3854-2025		**MEQ TECNOLOGIA MEDICA SAS**	SUMINISTRO DE EQUIPOS BIOMEDICOS PARA EL APOYO EN LA VALORACION INDIVIDUAL DE USUARIOS EN CUMPLIMIENTO DE ACCIONES Y PRODUCTOS ENMARCADOS EN LAS ACTIVIDADES DE LOS CONVENIOS	21/06/2025	56.913.822,98	2 MESES			

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

				INTERADMINISTRATIVOS CELEBRADOS ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL - FFDS Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.”						

Tabla 30. Contratos vigentes (no talento humano)

No	CONTRATO	PROCESO SECOP	CONTRATISTA	OBJETO	FECHA	VALOR	PLAZO
1							
2							

Fuente:

5.1.3. GESTIÓN AMBIENTAL

Plan Institucional ambiental: La subred Sur Occidente cuenta con documento 14-05-PL-0002 Plan Institucional de Gestión Ambiental - PIGA V2, donde se registra el plan institucional vigencia 2020 – 2024 donde se establecen los lineamientos para el desarrollo de actividades y procedimientos necesarios para la ejecución del PIGA. En este se incluyen todas las sedes de la Subred; Así mismo se cuenta con los documentos 14-05-FO-0022 Lista de chequeo Adherencia al cumplimiento del Plan Institucional de Gestión Ambiental - PIGA V2 y 14-05-FO-0018 Medición de apropiación al Plan Institucional de Gestión Ambiental – PIGA V3

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

Se realiza participación en las mesas locales APS por Localidad con la priorización por plan de acción desde las instancias que participan para dar respuesta, socializan la matriz con respuesta al instrumento al plan Local Bienestar y se reitera la importancia de solicitar los

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

datos desde nivel central, socialización tomas sectoriales y Más Bienestar en tu Hogar, se realiza socialización de actividades en la mesa Local de Fontibón; se participa en la jornada Más bienestar en la Localidad de Bosa en el parque la Alameda del líder con la participación de los EBEH en los territorios 170, 171, 176, 177, 178 acciones de abordaje VSP, agendamiento y canalización.

Participación en las jornadas tomas sectoriales en las cuatro localidades, con los siguientes eventos: gestantes, discapacidad, crónicos, menores de 5 años y vacunación PAI, se continúa con la planeación con el componente geográfico territorios que cuentan con propiedad horizontal la cual el equipo de avanzada se encuentra gestionando para el ingreso de los territorios de atención para generar reconocimiento frente a la comunidad, se realizó direccionamiento técnico a las profesionales de apoyo, cohortes, líder de acceso, y canalizaciones para generar un cronograma de acompañamiento y direccionamiento al talento operativo con el fin de aumentar la cobertura, iniciar las atenciones y remitir a la población por agendamiento o por SIRC según corresponda.

Se realiza direccionamiento técnico frente a las necesidades desde el análisis de lo que se requiere para la operación de los EBEH se cuenta con participación de las cohortes para la verificación de los seguimientos y tableros de control e indicadores de gestión vacunación, usuarios con más de 6 sesiones por mes, revisión de los datos en reporte materno perinatal, revisión caso de navegadores

Revisión del 100 por ciento de los menores y de gestantes por parte de los perfiles PAI, seguimiento a la vacunación por fiebre amarilla

Tableros de control para el plano de ruteo gestionado con el objetivo de generar la alerta y conocer los casos gestionados teniendo en cuenta las prioridades (gestantes- menores- crónicos- salud mental-discapacidad) teniendo en cuenta el estado final del mismo, se solicita a los profesionales de apoyo continuar con la gestión del ruteo por rotación de las actividades del talento humano con el objetivo de brindar respuesta a las diferentes cohortes priorizadas por esta estrategia.

Se realizó direccionamiento técnico a las profesionales de apoyo, seguimiento a los tableros de control a nivel territorial, comités de cuidado, PPL.

Se realiza el seguimiento a los compromisos y planes de trabajo de la coordinación y demás áreas de la subred, tales como PQR, matrices, respuesta a solicitudes administrativas.

Se realiza articulación con el componente de gerencia de información para revisar y sacar proyectos de inversión e indicadores y tableros de control y seguimiento a las actividades operativas e informe mensual.

Se realiza seguimiento al proceso de ruteo y se realiza apoyo administrativo de los EBEH

organización de comunidades del cuidado y poblaciones especiales, pagadiarios, recorrido de habitante de calle

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

Se realiza articulación con entorno institucional con el objetivo de realizar acciones en las instituciones del cuidado en el mes de julio con las siguientes instituciones UPIS 32, OASIS Y BOSA, para los CIAI 6, las acciones que realizan desde RBC.

Coordinación de jornadas de Habitante de calle para caracterización y atención individual por el perfil de medicina.

participación en el componente de políticas públicas con el fin de articular las acciones dentro de la subred.

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	Se logró la implementación de los tableros de control requeridos, se trabajó en la actualización de los tableros de productividad, ruteo, derivaciones, calidad u oportunidad de la información. Con el fin de mejorar procesos de gestión, además de requerimientos solicitados por los demás perfiles.
Logros en operación	Entre los logros alcanzados se destaca la toma de decisiones basada en datos concretos y actualizados, la identificación de oportunidades de mejora en los procesos de gestión de ruteo, la calidad de la información reportada y la efectividad en el reporte de la productividad de los diferentes perfiles.
Articulación con otros perfiles	Con la implementación y actualización de los tableros de control fue posible lograr una mejor articulación entre los perfiles de coordinación, apoyo y los equipos operativos en el convenio EBEH. Los responsables de cada área pueden acceder a la información en tiempo real y realizar un seguimiento detallado de los resultados obtenidos, lo que facilita la toma de decisiones y la asignación de recursos de manera más eficiente. Asimismo, se promovió una mayor colaboración y sinergia entre los equipos de trabajo, favoreciendo la consecución de los objetivos comunes.

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

Perfil	Proceso	Tema	Total Participantes

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

AUXHOG	FORTALECIMIENTO APLICATIVO - PRECRÍTICA	Se realiza validación y verificación de hallazgos del aplicativo GTAPS que han sido reportados a través de las salidas por parte del equipo de sistemas de información a las promotoras y profesionales Se realiza una socialización del Drive "**0. Hallazgos Calidad**".	453
PSICOLOGÍA	FORTALECIMIENTO APLICATIVO - PRECRÍTICA	Se brinda una explicación del cómo se debe buscar un predio y los primeros pasos que se llevan a cabo para poder realizar una correcta captura de la información que vamos a suministrar en el aplicativo. Se realiza una socialización del Drive "**0. Hallazgos Calidad**".	73
ENFERMERIA	FORTALECIMIENTO APLICATIVO - PRECRÍTICA	Se abordan dudas e inquietudes que manifiestan los diferentes perfiles al momento de subsanar los hallazgos reportados por parte del equipo de sistemas de información y se les orienta brindándoles ejemplos precisos de lo que se reporta frente al aplicativo.	37
ODONTOLOGÍA NUTRICIÓN PSICLINICOS AMBIENTAL	FORTALECIMIENTO APLICATIVO - PRECRÍTICA	Se realizan verificaciones de calidad del dato de visitas realizadas por diferentes perfiles de Equipos Básicos Extramurales.	15

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

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

   En cuanto a los planes de contingencia frente a las caídas de los sistemas de información, la subred Sur Occidente tiene dentro de sus documentos institucionales los planes de contingencia necesarios e instaurados, los cuales son accesibles a todos los colaboradores a través de la plataforma Almera, tales como las historias clínicas de contingencia para cada uno de los cursos de vida, estos son implementados por los equipos básicos extramurales en caso de ser requeridos.

   - Registro físico de actividades en caso de caídas del sistema de información para posterior registro y sincronización de la información en el aplicativo.
   - Backup de las descargas de los diferentes planos generados por el sistema.

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	Hojas de cálculo de Google/	Interno	Relaciona los hallazgos de calidad en cada uno de los formularios del aplicativo Gitapps	Gerencia de la información	1	10/04/2025	Operativo
2	Hojas de cálculo de google/	Interno	Relaciona por Perfil lo asignado por PCF	Gerencia de la información	1	10/04/2025	Operativo
3	Hojas de cálculo de google/	Interno	Contiene las descargas	Gerencia de la informació	1	10/04/2025	Operativo

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

			de los archivos planos del aplicativo Gitapps	n			
4	Hojas de cálculo de google/	Interno	Relaciona por Auxiliar la gestión diaria	Gerencia de la información	1	10/04/2025	Operativo
5	Hojas de cálculo de google/	Interno	Permite relacionar los casos que requieren reportarse a SDS para ajustar	Gerencia de la información	1	10/04/2025	Operativo
6	Hojas de cálculo de google/	Interno	Archivo para la asignación de número de documentos para AS y MS	Gerencia de la información	1	10/04/2025	Operativo
7	Hojas de cálculo de google/	Interno	Seguimiento creación de usuarios	Gerencia de la información	1	10/04/2025	Operativo
8	Hojas de cálculo de google/Microsoft Excel/Drive	Interno	Requerimientos a SDS	Gerencia de la información	1	10/04/2025	Operativo

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

9	Microsoft Excel	Interno	Agenda para Profesionales	Planeación de la atención/ Abordaje comunitario	1	10/04/2025	Operativo
10	Aplicativo GITAPPS	Externo	APP desarrollada por la SDS a fin de realizar el registro de atenciones realizadas por la Subred.	SDS	1	10/04/2025	Operativo
11	Dinámica	Externo	Sistema de información para el registro de las atenciones realizadas a los Usuarios por parte de los diferentes Profesionales	Planeación de la atención Prestación de servicios Evaluación y seguimiento	1	10/04/2025	Operativo

5. Gestión de usuarios del aplicativo GTAPS del periodo.

Tabla 31. Creación Usuarios

Perfil Vs Aplicativo	GTAPS

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

	Creación	Inactivación
Médicos	23	10
Enfermeros	38	14
Nutricionistas	2	
Psicología	33	9
Técnico Sistemas	6	1
Auxiliar Relevo	9	2
Promotores	382	222
Ambientales	10	3
Agente de cambio	3	
Digitador	16	7
ADM	2	1
Geo	2	
Odontología	4	1
Proapo	18	4
Profam	2	
Psiclinicos	3	
Suphog	2	1
Terapeuta	9	2
Total	564	277

Fuente:

5.2.2. GESTIÓN Y SEGUIMIENTO A COHORTES DE RIESGO

COHORTE	ACCIONES DE ACOMPAÑAMIENTO EN CAMPO	ACCIONES DE FORTALECIMIENTO TÉCNICO	NUMERO DE CASOS DERIVADOS	RESPUESTAS EFECTIVAS A CASOS DERIVADOS
GESTANTES	**9**	**15**	**19411**	**3580**
MENOR DE 18 MESES	**8**	**6**	**8449**	**1249**
CRONICO	**18**	**27**	**111025**	**1279**
SALUD ORAL	**5**	**11**	**137**	**40**
VACUNACIÓN	**0**	**0**	**1630**	**1212**
SALUD MENTAL	**23**	**22**	**8383**	**74**
DISCAPACIDAD	**2**	**2**	**5271**	**46**

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

SALUD AMBIENTAL	**0**	**1**	**7637**	**531**
TOTAL				

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 Y MENORES DE 18 MESES

Desde que se implementó el seguimiento a las cohortes de riesgo, se hizo seguimiento a la base de ruteo enviada por la SDS, para la cohorte de gestantes y menores de 18 meses se tienen un total de casos derivados de 19.411 casos para la cohorte de riesgo de gestantes y 8449 casos para la cohorte de riesgo de infancia, de los cuales para la vigencia se gestionaron 3580 casos para la cohorte materno y 1249 casos para la cohorte de infancia. Desde que inicia el seguimiento a las cohortes, en los diferentes comités del cuidado se hizo socialización de la gestión y avance del ruteo por cada uno de los perfiles y además se hizo énfasis al equipo operativo en el orden de abordaje de los casos de ruteo de acuerdo a la cohorte de riesgo, indicando que se debía priorizar y dar respuesta inicialmente de los casos que están asignados para la cohorte materno, seguido de los casos asignados a infancia, teniendo en cuenta los criterios de riesgo establecidos en el documento operativo, se recordó nuevamente al equipo operativo los casos que se derivan al plan de cuidado familiar. Para la implementación de la estrategia guardianes de las gestantes se hizo revisión de los planos de alertas para identificar las gestantes caracterizadas en cada mes, las cuales fueron asignadas a los profesionales de medicina para ejecutar la respectiva estrategia, se hizo una derivación de 543 gestantes, para septiembre se hizo envío de 85 gestantes, las cuales fueron enviadas a las profesionales de apoyo a través de un Excel con el profesional de medicina correspondiente, para que ellas se lo asignen a sus profesionales de medicina, sin embargo se evidenció que no fue posible desarrollar la estrategia por que no se lograba la convocatoria completa para realizar las sesiones virtuales, por tal motivo no se han cargado ni facturado, además que no se lograba que se conectaran los padrinos requeridos por lineamiento de las gestantes, los profesionales de medicina han realizado la convocatoria de las gestantes pero no ha sido posible que se conecten con sus padrinos ya que no tienen disponibilidad y por tal motivo no se cumple

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

con el requerimiento para realizar la actividad virtual, sin embargo se hacía énfasis sobre la importancia de la ejecución de la estrategia.

Dentro de las acciones de ejecución, se hizo seguimiento semanal a la implementación de los planes de cuidado a través de revisiones de las VSP de los eventos correspondientes para la cohorte de riesgo de materno e infancia, donde se verificó que estos seguimientos contarán con la calidad y la oportunidad esperada, verificar que los casos derivados contarán con la gestión por parte del perfil correspondiente, además de identificar la gestión realizada por el equipo operativo a través del proceso de agendamiento o la activación de las rutas correspondientes; semanalmente se hacía socialización con las profesionales de apoyo, líder de acceso y profesional de canalizaciones, de lo identificado en el seguimiento a la implementación de los planes de cuidado, en este espacio se lograba generar alertas al equipo de profesionales de apoyo para el correspondiente seguimiento al equipo operativo. Además, también se hizo generación de alertas al equipo coordinador cada 15 días para generar así acciones de mejora y tomar decisiones con respecto al abordaje de los casos asignados para la cohorte.

Así mismo a través de estos seguimientos al plan de cuidado se identifican los aspectos y temáticas en los cuales se debe mejorar llevando así a realizar fortalecimientos técnicos, que para la vigencia en general fueron 15 fortalecimientos para la cohorte de gestantes y 6 fortalecimientos para la cohorte de infancia, para el mes de septiembre específicamente se hicieron 3 fortalecimientos para la cohorte de gestantes y 2 fortalecimientos para la cohortes de infancia, dentro de los temas abordados en los diferentes fortalecimientos técnicos se trabajaron: orden de priorización de las cohortes de riesgo, criterios para derivación a plan de cuidado familiar, toma de medidas antropométricas en menores de 5 años y gestantes, así como la interpretación del estado nutricional, valoración de las gestantes, abordaje de los casos de morbilidad materna extrema, abordaje de las gestantes con sífilis gestacional entre otros. A través de estos fortalecimientos se dan claridades al equipo operativo y se fortalecen habilidades y capacidades para la intervención de esta cohorte. Por otro lado, durante esta vigencia se realizaron 17 acompañamientos en campo a aquellos perfiles en los que se observó varios hallazgos o dificultades en los seguimientos a la implementación del plan de cuidado familiar, durante estos acompañamientos en campo, se verificó la pertinencia de la intervención del profesional o del gestor en salud, se identifican los aspectos que deben ser trabajados para mejorar el proceso, se dan recomendaciones específicas de acuerdo al evento intervenido. Específicamente para el mes de septiembre para la cohorte de gestantes e infancia se realizaron 2 seguimientos en campo, 1 seguimiento para cada cohorte respectivamente.

En cuanto a las acciones de control, a través de los diferentes seguimientos a la implementación del plan de cuidado, verificación de los tableros de control, se hizo seguimiento a la gestión de los casos derivados para la cohorte, sobre todo en los casos de morbilidad materna extrema a través de la estrategia Ángeles Guardianes que requieren de una respuesta inmediata y dentro de los tiempos establecidos, así mismo como para los otros eventos relacionados con la cohorte materno e infancia se verifica que se cumplan los tiempos de intervención y la pertinencia de la intervención de acuerdo al perfil, además de verificar el cargue oportuno de las intervenciones en el aplicativo GITAPS, sin embargo

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

cuando se identifica por ejemplo un caso sin cargue oportuno o sin cargue en el aplicativo se genera la alerta a las profesionales de apoyo, como es el caso del evento de morbilidad materna extrema. Además también cuando el equipo operativo identifica alguna cita pendiente, como por ejemplo alguna usuaria que egrese sin control postparto, control de recién nacido o alguna otra cita médica en la que se identifique barrera de acceso para el agendamiento, se hace articulación con la líder de acceso para dar la respectiva respuesta o articulación con la líder de la ruta materno perinatal o en casos de usuarios que son de otra EAPB que no capitan con la Subred Suroccidente, se hace remisión del caso a través de correo electrónico a la EAPB correspondiente para la respectiva gestión. También en casos de usuarias de morbilidad materna extrema con barreras de acceso a medicamentos, se cuenta con una articulación constante con la ruta materno perinatal para gestionar estos casos y disminuir el riesgo de complicaciones. Para la vigencia se recibieron 204 casos de morbilidad materna extrema de EAPB Capital Salud y Fondo Financiero, que se intervienen a través de la estrategia Ángeles Guardianes, de estos casos fueron efectivos 146 casos, donde se identifica que el criterio que se presentó con mayor frecuencia fue preeclampsia severa con 87 casos, seguido de hemorragia obstétrica con 36 casos, choque séptico con 18 casos y TEP 5 casos; los demás casos restantes se encuentran en fallidos, rechazados, fuera de Bogotá, interlocales o se encuentran pendientes ya que son de los casos notificados a final del mes de septiembre. De estas usuarias notificadas por morbilidad materna extrema se puede identificar que la gran proporción de mujeres notificadas son migrantes específicamente de nacionalidad venezolana con 79 casos y 67 casos de nacionalidad Colombiana, además también es muy sorprendente que la morbilidad se está presentando en edades extremas menores a 18 años y mayores de 35 años, se identificaron 16 casos de mujeres que presentaron morbilidad materna extrema entre edades que oscilaban entre los 14 a los 17 años de edad, y 18 casos de mujeres con edades entre los 36 a 44 años de edad. También se pudo identificar 57 mujeres sin aseguramiento, sin embargo, a través de la estrategia PAISS se ha logrado disminuir las barreras para el acceso a los controles prenatales de esta población. Además, también se reciben casos de Morbilidad Materna Extrema remitidos de otras EAPB, para esta vigencia se tuvieron 100 casos efectivos. Además, también es importante mencionar los casos de salud sexual y reproductiva como sífilis gestacional, sífilis congénita, VIH gestacional y HB gestacional, los cuales son remitidos por Vigilancia Epidemiológica de la Subred en coordinación con la ruta materno perinatal, durante la vigencia se recibieron 171 casos de sífilis gestacional de los cuales 69 fueron efectivos y los demás son casos fallidos, rechazados, foráneos o interlocales, sífilis congénita se recibieron 7 casos, de los cuales 3 son efectivos, los otros 4 son fallidos ya que no se logró contactar ni encontrar en domicilio a la familia, de HB gestacional se recibieron 8 casos, de ellos 1 es efectivo, 4 interlocales, 2 fallidos y 1 se encuentra pendiente por abordar por disponibilidad de tiempo. De VIH gestacional se recibieron 8 casos, de los cuales 3 casos son efectivos, 2 fallidos, 2 interlocales, 1 rechazado. En todos estos casos se ha hecho la respectiva gestión de los riesgos y las acciones promocionales correspondientes. Así mismo con la cohorte de infancia, para la vigencia se caracterizaron 146 niños con el evento de DNT aguda moderada o severa, dentro de los cuales había casos que no cumplían criterio debido a que su Z Score se encontraba en adecuado, sin embargo, de estos 146 niños 28 menores se encontraban en DNT aguda moderada o severa y también se encontraron 67 menores con riesgo de desnutrición con Z Score entre -1.5 a -2.0, 62 casos de no cumple criterio. Con estos niños el profesional de nutrición o enfermería realizó la verificación de la asistencia a su consulta

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

con nutrición y además se verificó que estuviera con la fórmula de recuperación nutricional, de no ser así se hizo la gestión de riesgo correspondiente a través del proceso de agendamiento, activación de ruta o articulación con líder de alteraciones nutricionales. Por otro lado se caracterizaron 204 menores en el evento de familias con menores de 5 años, es de aclarar que dentro de este evento se están viendo los menores que habían sido vistos en la consulta de binomio realizada por los profesionales de medicina de los EBEH y se les da continuidad por plan de cuidado familiar por parte del perfil de enfermería; con respecto a estos niños se identificaron 2 menores en desnutrición aguda moderada, gran proporción de los menores se encontraban en peso adecuado para la talla, con estos niños se hizo la respectiva valoración, identificación de riesgos, gestión de los riesgos y acciones promocionales. Además, también se realizó articulación con la ruta de alteraciones nutricionales con el fin gestionar aquellos casos que tengan alguna barrera de acceso y así mismo en doble sentido desde los EBEH identificar aquellos niños que se encuentran perdidos para la intramuralidad.

Respecto al análisis y las acciones de refuerzo, teniendo en cuenta lo identificado durante los seguimientos a la implementación del plan de cuidado y acompañamientos en campo, se identifica esos aspectos específicos a reforzar en los fortalecimientos técnicos, como por ejemplo para la vigencia se hicieron 15 fortalecimientos para la cohorte de gestantes y 6 fortalecimientos para la cohorte de infancia, para el mes de septiembre específicamente se hicieron 3 fortalecimientos para la cohorte de gestantes y 2 fortalecimientos para la cohortes de infancia, dentro de los temas abordados en los diferentes fortalecimientos técnicos se trabajaron: orden de priorización de las cohortes de riesgo, criterios para derivación a plan de cuidado familiar, toma de medidas antropométricas en menores de 5 años y gestantes, así como la interpretación del estado nutricional, valoración de las gestantes, abordaje de los casos de morbilidad materna extrema, abordaje de las gestantes con sífilis gestacional entre otros.

Dentro de las acciones de retroalimentación, se mantiene informado al equipo coordinador como a las profesionales de apoyo de aquellos hallazgos que son muy repetitivos en el equipo operativo para generar así acciones de mejora, los seguimientos realizados a los planes de cuidado establecidos son enviadas tanto al equipo operativo como a las profesionales de apoyo. Así mismo se tiene una articulación constante con la líder de acceso, líder de canalizaciones, la ruta materno perinatal y de alteraciones nutricionales cuando se identifica alguna dificultad que no se pueda resolver desde los EBEH. Además durante la vigencia se participó en diferentes espacios de análisis, como por ejemplo en las unidades de análisis de las morbilidades maternas, mortalidades perinatales, sífilis congénita, mesas como la mesa de salud sexual y reproductiva, mesa de infancia y mesa materna, los cuales son espacios de análisis y toma de decisiones, en los cuales se logra articulación y comunicación de los casos con los cuales se ha tenido alguna dificultad o han presentado barreras de acceso, son espacios enriquecedores por que también se identifican áreas para ajustar y así optimizar la efectividad de la atención brindada.

COHORTE CONDICIONES CRÓNICAS Y SALUD ORAL.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

Por parte de la cohorte de condiciones crónicas para la presente vigencia se contó con base de ruteo para el grupo de riesgo de CCVM, con un total de 111025 casos derivados, de los cuales se les da respuesta y gestión a 1279 durante el mes previamente ejecutado, identificando un aumento de la gestión del perfil de gestores de salud, frente al ruteo; por parte de las derivaciones a planes de cuidado a enfermería, se identificaron 338 casos, por los distintos criterios para el inicio de acompañamiento, 216 mujeres y 122 hombres, en cursos de vida, juventud cuatro, adultez ciento cuarenta y cuatro y en vejez ciento noventa, frente al abordaje de estos usuarios se identifican 176 casos con planes de cuidado de autocuidado y 162 con estados rechazados, fallidos o a la espera de ser abordados, dado el orden de abordaje de los casos de acuerdo a la cohorte de riesgo, como profesional de cohortes se realiza semanalmente el envío de archivo Excel con los porcentajes de gestión frente a la base de ruteo, ya que previamente se verifica el talento humano que contaba con casos de las cohortes de riesgo prioritarias y ya contaban con la evacuación de estos, de tal manera se indicaba la importancia de gestionar los usuarios con condiciones crónicas, refiriendo a cada profesional de apoyo los gestores que contaban con poca gestión frente a los casos asignados, como otros que habían ya cumplido con el total de los casos; se participó activamente en comités de cuidado socializando y dando a conocer a el talento humano frente el porcentaje de ejecución, además de los hallazgos evidenciados en el plan de cuidado, ya que no se evidenciaban en las observaciones, la intervención del perfil de gestor, recalcando la importancia de plasmar los diagnósticos, controles médicos, tratamiento farmacológico, hábitos alimenticios, resultados de tamizajes, signos vitales, medidas antropométricas (con su interpretación), la gestión realizada con estos usuarios y educación brindada a las familias, donde se indica que se siguen observando plantillas, distintos caracteres u observaciones incompletas, en notas de planes de cuidado familiar. Se reitera en estos comités la importancia de gestionar el riesgo de estos usuarios, donde si por alguna barrera no se puede gestionar citas para los usuarios riesgo tipo 4, se pueden comunicar con la cohorte y se articula con agendamiento para poder dar respuesta a casos los cuales presentan barreras a la hora de en campo poder gestionar citas.

Durante el mes de septiembre se realizó dos acompañamientos en campo para la cohorte de crónicos, para profesionales de enfermería, donde el primero se confirma usuario derivado de ruteo y el segundo derivado del abordaje territorial, profesional de la cohorte logra identificar una adecuada valoración a las familias abordadas, los profesionales a cargo brinda información y educación frente al riesgo y necesidad identificado, gestionando y orientado en el proceso a los usuarios para sus controles médicos y adherencia al tratamiento farmacológico, al momento del acompañamiento se evidencia barrera para el agendamiento de controles médicos en una familia abordada, donde se verifica que se logra el agendamiento por línea telefónica, recalcando la importancia de asistir a este e iniciar nuevamente controles médicos, adhiriendo a esta a la ruta, se fortalece con el talento humano la importancia de la continuidad y calidad del acompañamiento por el evento, implementando herramientas y actividades dirigidas en el autocuidado de los usuarios y su núcleo familiar.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

Frente a el seguimiento de la cohorte de riesgo a los planes de cuidado instaurados, semanalmente se realiza descargas de bases de vsp, para pertinente verificación, donde se observan hallazgos en el uso de las estrategias, que no van con el evento, se fortalece la importancia del dato, cumplir con los tiempos establecidos en el lineamiento, se reitera la continuidad del plan de cuidado familiar, se abordan familias, no solo a el usuario índice, las cuales se envían a las profesionales de apoyo, para que se les baje a los profesionales, se genera la alerta de las notas de los seguimientos, se acuerda con profesionales de apoyo la participación en comité, donde se indica nuevamente los hallazgos evidenciados y la importancia de plasmar en las notas toda la gestión realizada por el gestor y profesional de enfermería, para los profesionales nuevamente se indican los criterios del grupo de riesgo en los usuarios crónicos, para el abordaje y la implementación del plan de cuidado familiar, reiterando el uso de las estrategias planteadas para el evento y acciones.

Para la cohorte de salud oral en el mes de septiembre se continúa con los 137 casos asignados para el evento, donde se realiza una gestión de cuarenta casos, para el caso de las derivaciones a profesionales de odontología, se identifican 230 casos remitidos por los distintos perfiles a plan de cuidado familiar por parte de salud oral, evidenciando que se encuentran en un curso de vida, 28 primera infancia, 27 en infancia, 14 en adolescencia, 23 en juventud, 90 en adultez y 48 en vejez, con un total de 92 hombres y 138 mujeres; de acuerdo a el seguimiento de la cohorte a la gestión y seguimiento en campo se genera la alerta a profesionales de apoyo y odontólogas, frente a la importancia de realizar la gestión de estas, donde se observe está en el aplicativo GTAPS, de nuevo se observa pérdida de la continuidad del acompañamiento, no respetando los tiempos estipulados en el aplicativo, se comunica y socializa los hallazgos evidenciados a cada profesional y profesional de apoyo, dando la periodicidad del evento, en el cual son dos seguimientos mensuales, si por distintos motivos no se pudo realizar el acompañamiento, justificar por qué no pudieron intervenir en la familia, registrando los fallidos, respetando los tiempos y periodicidad, además se socializa la importancia de subir la observación completa, indicando la valoración realizada y gestión realizada por el profesional, el registro en el aplicativo es a diario con datos de calidad y válidos.

COHORTE DE RIESGO SALUD MENTAL

Desde el inicio de la implementación de la cohorte de riesgo de salud mental, se realizaron seguimientos a la base de ruteo recibida desde salud mental a cada uno de los profesionales universitarios. Lo que arrojaba un total de 8383 casos derivados. Durante la vigencia abril – septiembre de 2025 se logró gestionar 78 casos.

Se generaron, desde el inicio de la implementación, se generaron espacios para la socialización a profesionales y gestores, donde se explicó de manera detallada la priorización de los usuarios conforme a los criterios de riesgo establecidos, la importancia de tener claridad los criterios de priorización para derivar a psicología o al psicólogo clínico, la importancia de fortalecer el trabajo en equipo y comunicación entre el equipo para poder brindar atención integral a los usuarios. Por otro lado, la importancia de tener presente en la implementación de los planes de cuidado familiar y atención individual por psicología, los criterios de cantidad, oportunidad, calidad conforme a los hallazgos evidenciados en la

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

revisión de las bases VSP acompañamiento psicosocial, apoyo psicológico en duelos, conducta suicida (ideación, intento), violencia en gestantes y violencia reiterada, salud mental. Así mismo, en los diferentes comités se socializaron los avances de la gestión de ruteos realizados, y se reiteró la importancia de dar respuesta a los casos derivados, teniendo en cuenta el orden de priorización de los usuarios basados en los criterios de riesgo establecidos en el documento operativo.

En cuanto a las acciones de ejecución, se realizaron un total de 23 acompañamientos en campo a los profesionales de psicología, donde se evidenció a nivel general el porte de sus elementos de identificación institucional, con buena presentación personal y una actitud respetuosa, asertiva, empática con los usuarios. Brindaron explicación frente al objetivo de la atención a desarrollarse en el marco del Modelo de salud Más Bienestar. Se evidenció en los profesionales un desempeño apropiado en la ejecución de las sesiones que desarrollan, no sólo en los procesos de caracterización e identificación de riesgos, sino en el desarrollo de las sesiones de atención, implementando diferentes metodologías para fortalecer el aprendizaje y diálogos reflexivos desde técnicas narrativas y expresivas; brindaron espacios para la expresión y canalización emocional logrando estabilizar a los usuarios a nivel emocional y reforzaron sus recursos de afrontamiento. Las acciones que desarrollaban eran acordes a la prioridad, y necesidades identificadas en el inicio del proceso de acompañamiento. Orientan y socializan sobre las líneas de atención psicosocial a nivel distrital y líneas de emergencia ante signos de alarma en salud mental. Realizaron acciones propias de gestión en salud, en agendamiento y canalización de acuerdo a necesidades y riesgo en salud identificadas. Se evidenció también en los casos en que las sesiones habían avanzado, el reconocimiento al profesional por parte de las familias, la comunicación entre familias y profesionales se enmarcaron en el respeto, la confianza, la comunicación activa y asertiva. Por otro lado, se evidenciaba apropiación conceptual y metodológica en el desarrollo de las sesiones realizadas por los profesionales.

Desde el ejercicio de seguimiento a la cohorte de riesgo de salud mental, se generó espacio de retroalimentación a los profesionales, al finalizar el acompañamiento, con el fin de fortalecer habilidades y capacidades. Así mismo, se brindó orientación técnica de acuerdo a lo evidenciado en las revisiones de las VSP. Se reforzó el desempeño en sus acciones realizadas con profesionalismo y ética en el desarrollo de las atenciones. Se hizo énfasis en el diligenciar en el aplicativo en el campo de observaciones, todas las acciones trabajadas en las sesiones pues, se evidenció en las revisiones de las VSP, que los profesionales no plasman la totalidad de las acciones realizadas, por tanto, no se reflejan los logros obtenidos teniendo en cuenta los aspectos abordados y trabajados en la sesión. También se reiteraba en la importancia de que los profesionales motiven a las familias para que participen de manera constante en las sesiones y que cumplan desde la corresponsabilidad, a las citas agendadas. De la misma manera, se retroalimentó en la importancia de diligenciar los formularios que hacen parte de la caracterización y el registro de los tamizajes, en el aplicativo GTAPS, así como realizar los cierres resaltando la evaluación de los compromisos, plasmar el balance del proceso de acompañamiento por parte de psicología, y generar el respectivo cierre del Plan de Cuidado Familiar, con la aplicación de la escala Likert y tamizajes de cierre conforme al evento que activaron.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

El ejercicio de acompañamiento en campo permitió no solo fortalecer técnicamente a los profesionales y, en sus capacidades, habilidades sino también aportó para reforzar su labor y misionalidad en el marco de la implementación del Modelo, la importancia de su accionar y trabajo de equipo a nivel interdisciplinario y aporte en el mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios. Adicional reforzarlos en la importancia de implementar ejercicios de autocuidado, teniendo en cuenta las altas cargas emocionales que se pueden generar en el ejercicio de atención y acompañamiento psicológico y psicosocial y que pueden conllevar a fatiga por compasión o desgaste emocional por empatía.

Se realizaron seguimientos a la implementación de los planes de cuidado, a través de la revisión de las VSP de salud mental, verificando que los seguimientos cumplan con los criterios de calidad, concordancia y oportunidad requerida. Se pudo evidenciar una disminución considerable de los hallazgos frente al no cumplimiento de la periodicidad; los profesionales han tomado mayor conciencia en torno a la importancia de colocar los estados fallidos cuando no es posible brindar la atención a los usuarios en los tiempos establecidos, mostrando una trazabilidad más clara frente a lo que acontece con la implementación en los hogares. Así mismo, se observó una mejoría en la calidad del dato. Hubo también cambios positivos en el registro de la información en las observaciones de cada seguimiento en el aplicativo GTAPS. Se socializó a lo largo de las reuniones convocadas de seguimiento a la implementación de los planes de cuidado con profesionales de apoyo y articulación con líder de acceso y profesional de canalizaciones, los hallazgos identificados. También se socializaron con el equipo coordinador. A lo largo de los meses de implementación se identificaron hallazgos relacionados con la no periodicidad en las atenciones, observaciones incompletas, énfasis en las observaciones sólo hacia el usuario índice, observaciones en los cierres incompletos, en la que no se plasma el balance del proceso de acompañamiento realizado. En estos espacios se lograron generar alertas a las profesionales de apoyo quienes informaban a sus equipos y solicitaron los respectivos ajustes a que diera lugar. De igual forma con el equipo coordinador se socializaron los hallazgos para acciones de mejora.

A lo largo del proceso, se realizaron en total 22 fortalecimientos, teniendo en cuenta los hallazgos identificados ante el cual se enfatizó en:

- Los criterios de atención, grupo de riesgo de salud mental, estrategias y acciones de acuerdo a eventos.

- Diligenciamiento de la ficha de Notificación SISVECOS, la importancia de realizar la respectiva notificación y gestión de activación de rutas.

- Los criterios de atención frente a evento conducta suicida, factores de riesgo, factores protectores, concepto de cada tipo de conducta, la importancia del trabajo en equipo interdisciplinario EBEH, diligenciamiento ficha de notificación explicando el diligenciamiento y calidad del dato.

- Estrategia Más Bienestar para el cuidador, indicando el modelo EP+PLUS, tamizajes a implementar, temáticas de cada sesión. Diligenciamiento de la historia clínica, cargue en dinámica e íconos correspondientes a la atención individual, incluyendo ícono de admisión;

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

se resalta que en atención individual no se realiza caracterizaciones, ni planes de cuidado familiar. Se refuerza la importancia de la calidad del dato tanto en los planes de cuidado familiar como en las atenciones individuales, la periodicidad y dejar la trazabilidad de las atenciones incluyendo los fallidos cuando por algún motivo no es posible la atención quincenal dadas las dinámicas familiares y profesionales. La importancia de realizar los balances de cierre y las recomendaciones debido que es la última sesión de acompañamiento.

- Cargue de la información en aplicativo GTAPS, realizando el ejercicio práctico y el diligenciamiento de una sesión de atención individual de salud mental.

- La importancia de evaluar en la sesión 1 individual, sesión de evaluación integral, las afecciones posiblemente causadas por serios trastornos mentales, neurológicos o por uso de sustancias, al usuario que son atendidos a nivel individual, indicando que este ejercicio se basa en sus observaciones y su opinión acerca del comportamiento de la persona; se enseñó el formato dispuesto en el Manual EP+PLUS. Se fortaleció frente a la evaluación pre EP+, durante y Post EP+, así como también en la finalidad de las evaluaciones, importancia de hacer las evaluaciones EP+ y el diligenciamiento en el aplicativo, aclarando dudas e inquietudes por parte de los profesionales. Se logró socializar a los profesionales la importancia de tener claridad en los criterios y estrategias de intervención para el perfil de psicología y psicología clínica, la importancia de fortalecer el trabajo y comunicación en equipo para poder brindar atención integral a los usuarios.

- Fortalecimiento frente a los criterios de atención para el grupo de riesgo salud mental, no sólo con el equipo de profesionales de psicología, sino también con el equipo de gestores.

- Fortalecimiento enfocado a la atención individual por psicología desde la estrategia Más Bienestar para el Cuidador, con enfoque en las temáticas de cada sesión, el diligenciamiento de la información con calidad en el aplicativo e historia clínica, entre otros.

- Fortalecimiento a los gestores y profesionales en la importancia de conocer los criterios de atención para la cohorte de salud mental con énfasis en conducta suicida y la estrategia asociada a este evento, la importancia de la notificación de eventos en salud mental, y el diligenciamiento de la ficha de notificación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Conductas Suicidas – SISVECOS.

- Fortalecimiento a los gestores sobre la importancia de la aplicación del tamizaje APGAR en la sesión de caracterización, la importancia de realizar todas las preguntas ya que cada pregunta cubre un área fundamental de la dinámica familiar, permitiendo detectar posibles disfunciones y conflictos. Así mismo se fortalece en la derivación a salud mental cuando el resultado APGAR sea Disfunción severa.

- Fortalecimiento enfocado a la implementación de los planes de cuidado familiar con profesionales de psicología nuevos, con énfasis en la importancia mantener el abordaje al 100% de los casos con acciones promocionales y gestión del riesgo con seguimiento cada 15 días, así como también énfasis en el diligenciamiento de la información en el aplicativo GTAPS teniendo en cuenta los criterios de cantidad, oportunidad, calidad, concordancia.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

- Fortalecimiento sobre diligenciamiento de ficha de notificación SISVECOS.

Se participó en los comités RBC junto con la profesional de seguimiento a la cohorte de discapacidad, y con profesionales de apoyo, perfiles de psicología, terapeutas, auxiliares de cuidado, agentes de cambio. En este espacio se logró socializar casos y se construyó de forma conjunta acciones alternativas para fortalecer el abordaje; el haber generado el espacio de fortalecimiento frente a las acciones que desarrolla el perfil de psicología aportó para que los otros perfiles reconocieran y comprendieran la labor que desde psicología se realiza en pro del bienestar del cuidador y esto aunado a la intervención de los otros perfiles, se aporta al mejoramiento de la salud integral individual y familiar.

En lo que respecta a las acciones de control, se mantuvo la articulación con el equipo de sistemas de información quienes apoyaron la gestión de los tableros de control; se realizaron los seguimientos que también aportaron a las acciones de control, se verificó el cargue de información de los seguimientos realizados en el aplicativo GTAPS, planes de cuidado familiar activos, la periodicidad en la atención, esto aportó a disminuir el número de planes que quedaban abiertos y sin gestión de cierre. Este monitoreo no solo se realizaron con las VSP sino también con las bases derivadas como SRPA, SIRC.

Con respecto a análisis y acción de refuerzo, se logró un refuerzo continuo técnicamente a los profesionales en las atenciones desde la estrategia Más Bienestar para el cuidador, el diligenciamiento de las atenciones en el aplicativo GTAPS, la importancia de realizar una evaluación integral al usuario, la importancia de registrar la información de todas las actividades que se realizan en la sesión tanto desde los planes de cuidado familiar como desde las atenciones individuales por psicología. En cuanto a acciones de retroalimentación, se mantuvo comunicación continua con las profesionales de apoyo y equipo coordinador sobre los hallazgos frecuentes evidenciados en los seguimientos para generar acciones de mejora, y en la participación en los espacios de fortalecimiento técnico, se reforzó a los profesionales buscando una mejora en calidad frente a la implementación de los planes de cuidado familiar e individual. Adicionalmente se participó en el taller aportes estrategias de comunicación para prevención de la conducta suicida, realizado por la SDS y en la que se generó un espacio participativo y de articulación con los diferentes entornos ante el cual se compartieron experiencias y accionar desde cada uno de su misionalidad; se compartió al equipo EBEH la importancia de identificar factores de riesgo de conducta suicida y factores protectores y realizar el abordaje requerido. También asistió en el espacio de Coordinación Técnica Institucional – Política Pública de SPA, la cual buscó fortalecer la articulación entre actores, establecer acciones conjuntas y mejorar la ejecución de programas y servicios dirigidos a la prevención, mitigación y atención del consumo de estas sustancias. Se generó espacios de articulación con la profesional de canalizaciones con el fin de revisar los casos que están llegando de la base SIRC, lo que conllevó a generar espacios de articulación con el equipo de Vigilancia de Salud Pública para socializar los criterios que se tienen en cuenta para realizar el abordaje de los casos por el profesional de psicología del EBEH, así como socializar los hallazgos encontrados en las canalizaciones realizadas por el equipo de VSP hacia EBEH dado que se encontraron no pertinencia en algunas canalizaciones. Posteriormente se realizó reunión de articulación con equipo de entorno educativo y equipo de gestión de Salud mental- VSP. Esto favoreció el que desde el subsistema de VSP, conozcan los criterios de atención para la cohorte de riesgo en salud

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

mental y se lograra filtrar y direccionar los casos teniendo en cuenta los criterios de atención para la cohorte de salud mental.

COHORTE DISCAPACIDAD Y SALUD AMBIENTAL

Durante el mes de septiembre se tiene 5271 casos para discapacidad para los cuales el profesional de terapias tiene la misión de dar cumplimiento con la base, dando un abordaje de 46 casos, para ello es necesario contar con datos veraces vía telefónica y de no contar con dicho contacto poder ir hacer la búsqueda efectiva en campo.

En este mes además de la gestión por parte de ruteo se realizaron 2 acompañamientos en campo, uno de ellos donde se priorizo debido a los continuos hallazgos con información igual según lo evidenciado en el seguimiento al plan de cuidado familiar, ya que en se ha evidenciado que se realizan acciones que aportan a la construcción hacia el proceso de más bienestar pero no queda consignado dentro de las sesiones realizadas, para dicha visita se contó con la intervención desde el perfil de fisioterapia y agente de cambio; evidenciando reconocimiento por parte de las acciones desarrolladas por parte de los perfiles que intervienen la familia, educación brindada por los perfiles acorde a la necesidad de la familia y su correspondiente orientación, como realimentación fuera del hogar se comenta la importancia de manejar un directorio con números de teléfono importantes como direcciones, lugares, de estrategias a nivel local, dispensarios de medicamentos de las diferentes EPS, esto permitirá tener claridad con el usuario, se dan recomendaciones para el diligenciamiento oportuno en el aplicativo considerando toda la intervención desarrollada.

Para las acciones desarrolladas dentro del fortalecimiento en el mes de septiembre se priorizo a los perfiles de terapias y auxiliares de cuidado, para las profesionales de terapia el objetivo estuvo encaminado a las acciones que desarrollan dentro del hogar y lo descrito en los seguimientos del aplicativo, puesto que en los diferentes acompañamientos en campo se han evidenciado intervenciones donde hay un reconocimiento por parte de las familias y su gestión realizada pero no se evidencia la trazabilidad en lo descrito y para ello es necesario plasmarlo allí para conocer si se tiene un impacto en las mismas. Se comenta que si bien pueden trabajarse los mismos temas dentro de las familias acorde a su necesidad se conoce que son abordajes diferentes. Se recuerda el papel que desempeña el agente de cambio haciendo la aplicabilidad de la estrategia RBC.

En otro momento se realiza el fortalecimiento para las auxiliares de cuidado, donde se inicia por reconocer la estrategia de la RBC y dar las claridades correspondientes, posteriormente se ejemplifica cual es la misionalidad de cada perfil que compone las intervenciones en cuidado como lo es el psicólogo, la terapeuta, el agente de cambio y ellas, permitiendo reconocer el campo de acción en cada uno, que si bien es cierto están siendo lideradas por terapeutas todos cumplen un rol específico, en ellas la importancia de conocer diagnósticos y dinámicas familiares ya que ellas tienen una duración prolongada dentro del domicilio.

Dentro del fortalecimiento se orientan intervenciones de actividades a la luz de lo contemplado dentro del lineamiento ya que este es la carta de navegación para la intervención de la estrategia, adicional se hace una invitación a leerlo o consultarlo cuando

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

sea necesario. Posteriormente se recuerda la adecuada toma de signos vitales dentro de ellas tensión arterial y oximetría, bien sea para un equipo digital o uno análogo.

Dando continuidad se tiene por acciones desarrolladas dentro del comité RBC el estudio de casos por terapeuta evidenciando situaciones de análisis y particularidades frente a la intervención o pendientes según sea el caso, en esta oportunidad el fortalecimiento estuvo en otra reunión por perfil.

En lo relacionado a la cohorte de salud ambiental se tenía el compromiso de brindar fortalecimiento al perfil en meses anteriores, se priorizan los hallazgos encontrados en la revisión de planos dentro de ellos esta no diligenciamiento de la información, información repetida, claridad en la sesión si es apertura o cierre respectivamente, para ello se evidencia con ejemplos para cada uno de los subido y como se observa al momento de la revisión, se recuerda que el tema a educar podría ser el mismo pero la revisión de compromisos intervención es única en cada hogar y esto debe verse reflejado al momento de escribir, ya que se han realizado acompañamientos en campo en oportunidades anteriores y son adecuadas pero no se describe de forma correcta en la sesión, se hace un llamado especial en este componente.

Adicionalmente se evidencia que hay algunas familias que superan la cantidad de sesiones y esto llama la atención al momento de revisar, considerando que la línea en relación a cantidades, intervenciones, temáticas y demás abordaje es lo que se puede consultar dentro del lineamiento o acudir la línea técnica o el profesional de apoyo respectivamente, es importante aclarar que toda la información debe contener calidad y oportunidad.

5.2.3 DERIVACIONES Y ACTIVACIÓN DE RUTAS SECTORIALES E INTERSECTORIALES.

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

Tipo de RIAS	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	7.112	5.530	1.582	77,76%

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

2 RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones cardo — cerebro — vascular — metabólicas manifiestas	1.445	1.285	160	88,93%
3 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades respiratorias crónicas.	64	56	8	87,50%
4 RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales.	65	54	11	83,08%
5 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones.	11	9	2	81,82%
6 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos psicosociales y del comportamiento.	268	223	45	83,21%
7 RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones en la salud bucal.	148	107	41	72,30%
8 RIAS para población con riesgo o presencia de cáncer.	3	2	1	66,67%
9 RIAS para población materno — perinatal.	167	142	25	85,03%
10 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas.	4	3	1	75,00%
11 RIAS para población con riesgo o presencia de zoonosis y agresiones por animales.	0	0	0	0,00%
12 RIAS para población con riesgo o presencia de	1	0	1	0,00%

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

enfermedad y accidentes laborales.				
13 RIAS para población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas.	2	2	0	100,00%
14 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente.	3	3	0	100,00%
15 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades huérfanas.	0	0	0	0,00%
16 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos visuales y auditivos.	3.204	2.618	586	81,71%
17 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos degenerativos, neuropatías y auto-inmunes.	4	3	1	75,00%
Canalización de Casos sin Aseguramiento / Oficina De Atención e Información Al Ciudadano - S.I.S.S	225	0	225	0,00%
Total	12.726	10.037	2.689	78,87%

Fuente: SIRC

Durante el periodo comprendido entre el 10 de diciembre de 2024 y septiembre de 2025, se consolidó un total de 12,726 canalizaciones generadas a través de las diferentes Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS. Este volumen refleja un trabajo continuo y comprometido del equipo territorial para identificar necesidades en salud y canalizar a la población hacia las rutas más adecuadas según su condición y riesgo.

Las canalizaciones se concentran en tres rutas principales:

Ruta 01 – Promoción y Mantenimiento de la Salud, con 7.112 canalizaciones (55.89% del total),

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

Ruta 16 – Riesgo o presencia de trastornos visuales y auditivos, con 3.204 canalizaciones (25.18%),

Ruta 02 – Riesgo o presencia de alteraciones cardio — cerebro — vascular — metabólicas, con 1.445 canalizaciones (11.35%).

En conjunto, estas tres rutas agrupan el 92.42% del total de canalizaciones, lo que evidencia su alta relevancia en el perfil de salud del territorio. Este comportamiento también permite inferir que estas áreas representan necesidades prioritarias de intervención en la población atendida.

En términos de efectividad, el promedio general de las canalizaciones fue de 78.87%, indicador que muestra un buen nivel de respuesta, aunque con oportunidades claras de fortalecimiento en algunas rutas específicas. Se destacan con un 100% de efectividad las siguientes rutas, las cuales, aunque manejan volúmenes bajos participando en un 0.04% sobre el total de rutas activas, demuestran procesos bien articulados entre el equipo de salud y la red de atención:

Ruta 13 – Población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas,

Ruta 14 – Población con presencia de enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente.

Estas rutas pueden considerarse referentes de buenas prácticas que podrían ser replicadas en otras áreas con mayores volúmenes o niveles de complejidad.

Por otro lado, se identifican rutas y modalidades con efectividades inferiores al 70%, las cuales requieren acciones de mejora para reforzar mecanismos de articulación, trazabilidad y seguimiento, aun cuando en conjunto participan en un 3.19% del total de RIAS. Estas son:

Canalización de Casos sin Aseguramiento / Oficina de Atención e Información al Ciudadano - SISS (0.00%),

Ruta 12 – Población con riesgo o presencia de enfermedad y accidentes laborales. (0.00%).

Ruta 8 – Población con riesgo o presencia de cáncer (66.67%),

Aun cuando la participación de las rutas anteriores no supera el 1.8% de participación con respecto al total de canalizaciones, estas cifras alertan sobre la necesidad de revisar los flujos de atención, garantizar la operatividad de los canales de referencia y fortalecer la capacidad de respuesta institucional, especialmente en aquellas rutas con menor nivel de resolución, tipo de RIAS, Efectividad del proceso y acciones implementadas en el proceso de acuerdo con los resultados obtenidos.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

Modalidades	Número de canalizaciones o activaciones	Número de canalizaciones o activaciones efectivas	Número de canalizaciones o activaciones con otros estados	% efectividad
Canalizaciones hacia la oferta Distrital e Intersectorial	63	0	63	0,00%
Canalizaciones entre espacios de vida cotidiana y transversalidad	20	9	11	45,00%
Total	83	9	74	10,84%

Fuente: SIRC

Otras de las modalidades que participan en el proceso de canalizaciones son: Canalizaciones hacia la oferta Distrital e Intersectorial con una efectividad del 0.00% y Canalizaciones entre espacios de vida cotidiana y transversalidad con un nivel de efectividad del 45.00%. Estas modalidades se encuentran inmersas en el total de canalizaciones generadas, por ende, no son contadas como un producto independiente aun cuando son sujetas de revisión.

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

Fuente que Genera la Canalización	**Número de canalizaciones o activaciones recibidas**	**Número de canalizaciones o activaciones con gestión efectiva**	Número de canalizaciones o activaciones pendientes por gestión	% efectividad
1 entorno Laboral	3	3	0	100%
2 entorno Educativo	8	8	0	100%
4 entorno Comunitario	21	21	0	100%

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

5 transversalidad Vigilancia en Salud Pública	3.362	3362	0	100%
6 transversalidad GPAISP	1	1	0	100%
Análisis y políticas para la Salud y la Vida	0	0	0	0.00%
Línea 106	0	0	0	0,00%
10 entorno Institucional	7	7	0	100%
Red Distrital de Banco de Sangre	0	0	0	0,00%
DASCD	0	0	0	0,00%
Universidades	0	0	0	0,00%
Contrato Jurídico Indígena	0	0	0	0,00%
7 transversalidad Gobernanza	4	4	0	100,00%
Total	3406	3406	0	100%

Fuente: SIRC

Para los casos remitidos desde otros entornos hacia EBEH durante el periodo evaluado se presentaron 3406 casos los cuales se asignan a los profesionales según el riesgo identificado.

Todas las respuestas de los casos asignados se encuentran registradas en el módulo SIRC donde se puede realizar dicha validación, para la fecha se cuenta con el 100% de casos gestionados en cuanto a la asignación a profesionales y generación de respuestas en el módulo para los casos rechazados y no contactables.

Frente a la efectividad de casos abordados contamos con los siguientes datos:

Casos efectivos: 1100

Casos rechazados: 153

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

Casos fallidos:145

Casos pendientes por abordar: 2003

Frente a los datos generados, el 63.2% de casos se encuentran pendiente por abordar, relacionado con el mes anterior hubo un incremento en la respuesta a los casos por parte de los profesionales por ende una disminución en el % de casos que se encuentran

Se ha realizado concertaciones con los diferentes profesionales donde se ha validado los casos asignados identificando respuestas oportunas y claridad en los criterios establecidos dentro del lineamiento para el abordaje de dichos casos

Se realizó la redistribución de casos asignados a los profesionales clínicos teniendo en cuenta que en operación quedaron 2 personas, lo que aumenta la operatividad sin embargo se ve afectada la respuesta ya que se supera la asignación por profesional clínico.

Desde la profesional de canalizaciones con apoyo del técnico en sistemas se vienen realizando validaciones constantes en la base de seguimiento con el fin de identificar fallas, así mismo se viene realizando socialización a las profesionales de apoyo sobre el avance de los casos y los pendientes para bajar la información de forma directa a todos los profesionales, se aclara que el ingreso de casos para abordaje por todos los profesionales de la salud, no se remiten directamente por la base SIRC, sino que también hay otras fuentes de ingreso como son las derivaciones del barrido casa a casa, el ruteo y casos notificados por SDS.

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

Durante el periodo se realizan seguimientos telefónicos y acompañamientos presenciales a los equipos de las acciones realizadas, por las 8 profesionales de apoyo contratadas.

Se realiza entrega de actividades requeridas para cada perfil, seguimiento de calidad de bases de datos, revisión de cumplimiento de actividades y comités de cuidado, con el fin de verificar el seguimiento y cumplimiento de las acciones realizadas para el cumplimiento de las actividades operativas realizadas, encontrando en términos generales buena adherencia a la guía operativa; sin embargo se fortaleció la determinación del tipo de riesgo por individuo, así como la determinación de la prioridad familiar; se recordó la importancia de realizar las activaciones de ruta correspondientes en los casos que no se logre agendar la cita, así mismo se realizan recomendaciones frente a la presentación personal, que incluyen recomendaciones como el uso del cabello recogido, uñas largas, accesorios no correspondientes, lo que dificulta la adherencia a prácticas seguras, se fortalece el lavado de manos durante la visita, desinfección de equipos biomédicos y uso de elementos de protección personal; se evidencia adecuada técnica de valoración, análisis e interpretación de signos vitales, toma de medidas antropométricas acorde a la técnica establecida en la resolución 2465 de 2016, análisis e identificación de riesgos a nivel ambiental, psicosocial

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

y en salud, manejo adecuado de frecuencias de uso acorde a la resolución 3280 de 2018, estrategias de comunicación, información y educación durante la visita, identificación de activaciones de ruta acorde a los riesgos y necesidades encontradas, además se evidencia que el equipo operativo en general comprende los diferentes tipos de usuario dándole el manejo acorde a los lineamientos operativos y las fichas técnicas de los diferentes grupos de riesgo.

Se realizan actividades de planeación y seguimiento de las actividades realizadas en territorio con el fin de verificar la productividad y calidad de las actividades realizadas en el territorio.

Apoyo con información para diligenciamiento de segplan y unidades de análisis.

Seguimiento en la operación y acompañamiento en campo en las tomas sectoriales verificando la cantidad de caracterizaciones, barrido, efectividad del terreno, acercamiento y avanzada en los sectores, cargue oportuno en el GTAPPS.

Apoyo y seguimiento a las tomas sectoriales organizadas desde los equipos más Bienestar en tu Hogar

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.
91306	9482	857	8625

En cuanto a los casos derivados desde los gestores en salud a los profesionales para plan de cuidado familiar, se cuenta con un acumulado a la fecha del reporte de 91306 casos, con 13.9%(n=857) casos derivados en el mes de septiembre para un pendiente de 86.0% (n=8625 casos).se cuenta con un gran número de derivaciones al perfil ambiental y salud mental seguido de RBC, y enfermería.

se cuentan con 326 casos pendientes de CCVM, 222 casos pendientes de Salud Bucal, 673 pendientes de Salud Mental, 100 pendientes de Infancia, 49 pendientes materno perinatal, y el restante don pendientes de discapacidad y salud ambiental

PLANES DE CUIDADO FAMILIAR (PCF) POR PERFIL/EQUIPO	PCF CONCERTADOS EN EL MES DE REPORTE	PCF CONCERTADOS EN LA VIGENCIA-ACUMULADO (Desde	PCF CON CIERRE EN EL MES DE REPORTE	PCF CON CIERRE EN LA VIGENCIA-ACUMULADO (Desde	% DE PCF CON CIERRE (Acumulado de PCF Concertado / Acumulado	PCF ACTIVOS CON MÁS DE 6 SESIONES DE

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

		10/12/2024 a la fecha de reporte)		10/12/2024 a la fecha de reporte)	de PCF con cierre)	IMPLEMENTACIÓN
Enfermería	267	1903	242	2918	65,22%	3
Psicología	327	1826	303	3006	60,75%	0
Odontología	53	183	39	423	43,26%	0
Terapias	136	776	90	1116	69,53%	0
Nutrición	16	110	24	240	45,83%	0
Ciencias Ambientales	50	425	70	750	56,67%	0
Equipos Afro	102	102	112	103	100%	0
Equipo Palenquero	35	40	6	16	30,00%	0
Equipo Gitano	13	14	3	3	21,43%	0
Equipos Ruralidad Cercana	0	0 0	0 0	0	0%	0
TOTAL	999	5379	889	8575	71,79%	3

En el período analizado del 10 de diciembre 2024 al 30 de septiembre 2025 se concertaron 999 PCF en el mes de septiembre y un total de 5379 en toda la vigencia. De estos, 889 se cerraron en el mes y 8575 en total desde el inicio del período del 10 de diciembre del 2024, lo que representa aproximadamente un 87% de cierre. Además, hay 3 PCF activos con más de 6 sesiones de PCF en proceso o activos, y que se está trabajando en cerrar una parte de los planes concertados con seguimiento de las cohortes, para el caso de las gestantes

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

se evidencia que cuentan con más de 6 sesiones ya que deben continuar con plan familiar hasta disminuir los riesgos existentes.

6. 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 por los EBEH en un período de tiempo específico.	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 realizar ajustes necesarios para mejorar la cobertura.	95%	Este indicador debe tener la medición a nivel local, por sector catastral y equipo EBE y Promotor de salud
2	Porcentaje de Gestantes con Sífilis Gestacional que completan el	Este indicador mide el porcentaje de mujeres embarazadas diagnostic	Total, de mujeres embarazadas diagnosticadas con sífilis que han completad	Total, de mujeres embarazadas diagnosticadas con sífilis remitidas por las EPS o diagnosticad	* Evaluar la efectividad de los programas de tratamiento de sífilis gestacional. * Identificar	100%	Este indicador requiere medición local y por EPS

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

	Tratamiento bajo Supervisión de los EBEH	adas con sífilis que han completado el tratamiento recomendado bajo la supervisión de los Equipos Básicos Extramurales (EBEH).	o el tratamiento durante el período de evaluación.	as por los EBEH durante el período de evaluación.	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.		
3	Porcentaje de la población menor de 5 años del territorio asignado al EBEH con esquema de vacunación completo para la edad.	Este indicador mide el porcentaje de niños menores de 5 años en el territorio asignado a los Equipos Básicos Extramurales (EBEH) que han recibido todas las vacunas establecidas para su edad según el programa nacional de vacunación.	Total de niños menores de 5 años que han recibido todas las vacunas definidas para su edad durante el período de evaluación.	Total de niños menores de 5 años en el territorio asignado a los EBEH durante el período de evaluación.	*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
4	Porcentaje de	Este indicador	Total, de mujeres	Total, de mujeres	* Evaluar la efectividad	100%	Este indicador requiere

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

	Gestantes con Sífilis Gestacional que presentan reinfección	mide el porcentaje de mujeres embarazadas diagnosticadas con sífilis que han presentado reinfección bajo la supervisión de los Equipos Básicos Extramurales (EBEH).	embarazadas diagnosticadas con sífilis con reinfección durante el período de evaluación.	embarazadas diagnosticadas con sífilis remitidas por las EPS o diagnosticadas por los EBEH durante el período de evaluación.	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.		medición local y por EPS
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	95%	Este indicador requiere medición local y por EPS

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

					calidad de los servicios de vacunación.		
6	Fortalecimiento en habilidades de afrontamiento	Este indicador mide el porcentaje de usuarios que mejoran habilidades de afrontamiento bajo la supervisión de los Equipos Básicos	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 ajustes necesarios para mejorar la cobertura.	Por establecer	Este indicador requiere medición local y por EPS
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	Usuarios con glucometría en	Usuarios con plan de cuidado de	Evaluar la efectividad de las acciones de	Por establecer	Este indicador debe tener medición por: * EPS que

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

		de usuarios con cifras tensionales en rangos normales en población con DM bajo la supervisión de los Equipos Básicos	rangos normales terminado la implementación de plan de cuidado	automanejo terminado	gestión del riesgo familiar en modalidad extramural. * Monitorear el desempeño de los EBE y realizar ajustes necesarios para mejorar la cobertura.		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

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

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	**6845**	**8066**	**85%**
2	Porcentaje de Gestantes con Sífilis Gestacional que completan el Tratamiento bajo Supervisión de los EBEH	**602**	**623**	**97%**
3	Porcentaje de la población menor de 5 años del territorio asignado al EBEH con esquema de vacunación completo para la edad	**1128**	**1294**	**87%**
4	Porcentaje de Gestantes con Sífilis Gestacional que presentan reinfección	**91**	**623**	**15%**
5	Porcentaje de Recuperación nutricional en menores de 5 años con DNT Y RIESGO	**1007**	**1632**	**62%**
6	Fortalecimiento en habilidades de afrontamiento	**2684**	**3090**	**87%**
7	controlado HTA	**1089**	**1439**	**76%**
8	Paciente controlado DM	**1010**	**1439**	**70%**
9	Efectividad en la Gestión de casos Ruteo	**17755**	**17755**	**100%**

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS.

Análisis de los datos obtenidos

1. El 85 % de cumplimiento refleja un logro significativo del programa Equipos Básicos Extramurales de Hogar, por alta efectividad del acompañamiento domiciliario, buen nivel de apropiación de los planes por parte de las familias, una gestión sólida de los profesionales, incluidos los de psicología y enfermería.

2.El 97 % de gestantes con sífilis gestacional que completaron su tratamiento bajo supervisión de los EBEH representa un resultado de excelencia y demuestra, alta capacidad resolutiva de los equipos extramurales, efectividad del seguimiento domiciliario y la educación en salud, contribución directa a la meta distrital y nacional de eliminar la sífilis congénita como problema de salud pública.

3.El 87 % de menores de 5 años con esquema de vacunación completo muestra un buen avance del trabajo extramural de los EBEH, evidenciando, amplia cobertura territorial, buena adherencia de las familias, impacto positivo de la estrategia.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

4.El 15 % de reinfección en gestantes con sífilis representa un reto importante para los EBEH y el programa extramural. Aunque el tratamiento inicial tiene una cobertura excelente (97 %), el nivel de reinfección revela que el abordaje integral de la pareja sexual y la educación en salud sexual aún requieren fortalecimiento, en reforzar el componente psicosocial, educativo y comunitario, fortalecer la corresponsabilidad de las parejas y garantizar seguimiento serológico y domiciliario continuo.

5.El 62 % de recuperación nutricional en menores de 5 años con DNT o riesgo representa un avance importante gracias al acompañamiento extramural, a través del impacto positivo del trabajo domiciliario y educativo de los EBEH, pero también la influencia de determinantes sociales persistentes (pobreza, inseguridad alimentaria, falta de apoyo institucional).

6.El 87 % de fortalecimiento en habilidades de afrontamiento demuestra un impacto altamente positivo de las acciones psicosociales desarrolladas por los Equipos Básicos Extramurales de Hogar, debido a la alta efectividad en el acompañamiento emocional, mejora significativa en la capacidad de afrontamiento y resiliencia de las familias y una consolidación del componente de salud mental comunitaria dentro del programa.

7.El 76 % de control en personas hipertensas bajo seguimiento de los EBEH evidencia un logro significativo en la gestión del riesgo cardiovascular en el territorio, debido a la mejora de la adherencia al tratamiento, al Fortalecimiento en el autocuidado, reducción a complicaciones asociadas a la hipertensión.

8. El 70 % de control en pacientes con Diabetes Mellitus bajo seguimiento de los EBEH refleja un impacto positivo en la gestión del riesgo crónico y la calidad del cuidado extramural. Este resultado confirma el compromiso del programa con la continuidad del cuidado y la prevención de complicaciones crónicas, consolidando el papel de los Equipos Básicos Extramurales de Hogar como agentes esenciales en el control de enfermedades no transmisibles.

9. El 100 % de efectividad en la gestión de casos ruteo demuestra un alto nivel de desempeño operativo, articulación intersectorial y compromiso de los EBEH con la atención integral de las familias del territorio lo cual refleja cobertura total de los casos identificados, cumplimiento del principio de atención integral y continua y fortaleza institucional en la respuesta comunitaria y la coordinación entre sectores, garantizando que cada caso ruteado no solo sea gestionado, sino efectivamente resuelto y acompañado hasta su cierre.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley

7. **CONCLUSIONES**

Desde los diferentes procesos a lo largo de la ejecución del convenio se realizaron varias articulaciones con diferentes áreas de la subred para garantizar la ejecución de las actividades alineados a las directrices institucionales y en concordancia con las directrices dadas por la SDS, garantizando la ejecución de las actividades dentro de la normatividad vigente y dando cumplimiento a las guías de práctica clínica y a las guías institucionales.

Durante la ejecución del convenio se generaron diferentes estrategias para la consecución y contratación de los diferentes perfiles requeridos para el desarrollo de las diferentes actividades y estrategias con el fin de dar cumplimiento a las actividades programadas de manera mensual

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley