LISTA DE CHEQUEO – SEGUIMIENTO RETROSPECTIVO

ENTORNO Y/O COMPONENTE	Vigilancia en Salud Publica
LINEA (VSA) / SUBSISTEMA (VSP)	Transmisibles
NIVEL DE OPERACIÓN (LOCALIDADES – SUBRED – DISTRITO)	Subred
MES / PERIODO VERIFICADO	Abril 1 al 31 de mayo del 2025
FECHA DEL SEGUIMIENTO	24, 25. 28 y 29 de julio del 2025
RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO	Mayten Nayibe Ortiz Bermúdez

1. LISTA DE CHEQUEO

INTER-ACCION INTEGRAL E INTEGRADA: Gestión de la información para la vigilancia en salud pública.

CODIGO ACTIVIDAD EN PPP Y LINEAMIENTO: 103 (Subred Centro Oriente y Norte) – 104 (Subred Sur y Sur Occidente)

PRODUCTO: Unidades de análisis de eventos de interés en salud pública Transmisibles.

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
DOCUMENTO OPERATIVO DEL PROCESO TRANSVERSAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA **1.** Planeación y convocatoria de la unidad de análisis.	**1.1.** Cronograma mensual de unidades de análisis. Enviado	X x		**SUBRED SUR OCCIDENTE** **1.1. Abril-2025** para el mes de abril solo se presentó una unidad de análisis en el cual se visualiza el correo electrónico del día 21/04/2025, sin embargo, se les recuerda que deben generar el cronograma de las unidades de análisis de acuerdo a lo descrito en el lineamiento. **mayo-2025** presentan cronograma por eventos a lo que se sugiere realizar un cronograma general de los eventos con recibido a conformidad por la líder de transmisibles, sin embargo, se valida con el cronograma allegado por los referentes Distrital de TB. Del día 8/05/2025

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	1.2. Soportes de convocatoria por oficio y/o correo electrónico y verificación de confirmación de asistencia en la semana a desarrollarse la unidad; con copia al correo del referente distrital de cada evento.	X		Presentan una unidad de análisis **1,2. Soportes de convocatorias** **Abril-2025** **Evento mortalidad menor de 5 años** Presentan convocatoria del caso Emanuel Suarez Ramírez con ID1030716274 con convocatoria del día 20/04/2025 vía correo electrónico con verificación de confirmación de asistentes para el día 30/04/2025, lo que da cuenta del cumplimiento al criterio de verificación **Mayo-2025** **Se realizaron 3 unidades de análisis para este periodo las cuales se relacionarán a continuación:** Presentan convocatoria del caso **Evento 831- por varicela** 1-Johny Alexander Novoa del día 19/05/2025 con ID: CC: 1032403895 con convocatoria del día 05/05/2025 vía correo electrónico con verificación de confirmación de asistentes para el día 30/04/2025, lo que da cuenta del cumplimiento al criterio de verificación de los correos electrónicos: covid@saludcapital.gov.co y a los correos electrónicos: mpbecerra@saludcapital.gov.co a3fonseca@saludcapital.gov.co; demwalteros@saludcapital.goc.co; skflorez@saludcapital.gov.co y demás convocados. **Evento TB** 2-Jhon Jairo Jiménez Hernández del día 27/05/2025 con ID: CC: 1022360778 con convocatoria del día 10/05/2025 vía correo electrónico con verificación de confirmación de asistentes para el día 27/05/2025, lo que da cuenta del cumplimiento al criterio de verificación a los respectivos referentes distritales **Evento Meningitis** -Rosalba Bautista de Tiguaque del día 19/05/2025 con ID: CC: 42450837 con

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
				convocatoria del día 05/05/2025 vía correo electrónico con verificación de confirmación de asistentes para el día 19/05/2025, lo que da cuenta del cumplimiento al criterio de verificación a los respectivos referentes distritales
	1.3. Soporte de insumos (ficha de notificación, historias clínicas, laboratorios, certificado de defunción, resultados de necropsias, enmiendas estadísticas y demás soportes especificados en la ficha técnica de cada evento).			**1,3. Soporte de insumos** Para los periodos de abril y mayo-2025 presentan soportes de insumos correspondientes a cada unidad de análisis (ficha de notificación, historias clínicas, laboratorios, certificado de defunción, resultados de necropsias, enmiendas estadísticas y demás soportes especificados en la ficha técnica de cada evento).
2. Desarrollo unidad de análisis y socialización de resultados.	**2.1.** Soporte envío de acta preliminar y anexos en los tiempos establecidos (tres (3) días calendario posterior al desarrollo de la unidad). Se aclara que si los días del envío coinciden con fines de semana o festivos el envío se realizará el siguiente día			**2,1 y 2.2 abril-2025** La subred presenta el envío de acta preliminar y anexos caso Emanuel Suarez Ramírez con ID1030716274 con envío a los correos indicados de los referentes Distritales desde el correo covidoccidente@saludcapital.gov.co del día 07/05/2025 H: 2:05 a.m. con los respectivos anexos tardío de 2 horas debido a que no se contaba con los soportes por parte de la UPGD completos por lo que atraso el proceso, se deja la claridad que fue validado por referente Distrital, Dra. Karen Jiménez Fecha de realización de la unidad de análisis del día 30/04/2025 y acta final del día 14/05/2025, con fecha de convocatoria del día 21/05/2025, se evidencia que el acta cuenta con el envío de anexos en los tiempos establecidos, dando cumplimiento al criterio de verificación tardío. Con claridad descrita Cuenta en el resumen de atención con -Acta resumen con 3750 caracteres y para la IEC con 2.476 caracteres.
	2.2. Soporte envío de acta final y anexos en los tiempos establecidos y con los ajustes solicitados (dos (2) días calendario posterior al envío del acta inicial). Se aclara que si los días del envío coinciden con fines de semana o festivos el envío se realizará el siguiente día hábil.	X		**Mayo-2025**

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	2.3. Acta de unidad de análisis con calidad y enmienda estadística según corresponda. En el acta el resumen de atenciones no debe exceder los 5.000 caracteres, mientras que	x		La subred presenta el envío de acta preliminar y anexos **Mortalidad por TB** 1-caso Jhon Jairo Jiménez Hernández con ID: CC: 1022360778 con envío a los correos indicados de los referentes Distritales desde el correo covidoccidente@saludcapital.gov.co del día 30/05/2025 H: 22:01. Fecha de realización de la unidad de análisis del día 19/05/2025 y acta final del día 26/05/2025, con fecha de convocatoria del día 22/05/2025 H:8:37 a.m. Cuenta en el resumen de atención con -Acta resumen con 3.759 caracteres y para la IEC con 5.701 caracteres. **3-Evento** Mortalidad Varicela-831 caso Jhonny Alexander Novoa Rodríguez con ID: CC: 1032403895 con envío a los correos indicados de los referentes Distritales desde el correo covidoccidente@saludcapital.gov.co del día 22/05/2025 H: 21:11. Fecha de realización de la unidad de análisis del día 19/05/2025 y acta final del día 26/05/2025, con fecha de convocatoria del día 20/05/2025 Cuenta en el resumen de atención con 2.042 caracteres y para la IEC con 4.448 caracteres. **-Evento Meningitis** caso Rosa Alba Bautista de Tiaguquecon ID: CC: 41450837 con envío a los correos indicados de los referentes Distritales desde el correo covidoccidente@saludcapital.gov.co del día 22/05/2025 H: 17:54. Fecha de realización de la unidad de análisis del día 19/05/2025 y acta final del día 26/05/2025. Cuenta en el resumen de atención con 2.353 caracteres y para la IEC con 4.217 caracteres. **2,3**. Se evidencia que todas las actas cuentan con el envío de anexos en los tiempos establecidos, dando cumplimiento al criterio de verificación

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	el resumen de IEC y el resumen y análisis final del caso no debe exceder los 7.500 caracteres. En caso que se requiera, la Subred debe dar respuesta a los requerimientos (ajustes) solicitados por el referente distrital.			
3. Divulgación. En el marco de los lineamientos nacionales y las prioridades distritales se establece la realización de unidades de análisis para los siguientes eventos: eventos adversos posterior a la vacunación grave (EAPV); mortalidad por tuberculosis, coinfección TB/ VIH y TBC farmacorresistente; mortalidad por IRA y EDA en menores de 5 años; muertes reportadas en el evento 348 (IRAG inusitado); enfermedades transmitidas por vectores; eventos prevenibles por vacuna: morbilidad y mortalidad; lepra notificada como recidivas; hepatitis de origen desconocido; MISC (síndrome inflamatorio multisistémico); mortalidad por viruela símica y otros eventos de interés en salud pública que por alertas epidemiológicas nacionales o de interés internacional requieran unidad de análisis. Para evento meningitis bacteriana aguda y enfermedad	**3.** Acta y listado de asistencia de divulgación trimestral resultados unidades de análisis y tablero de problemas a través de correo electrónico (comité MPN, COVES, entre otros, corresponde a espacios de socialización). **Periodicidad:** mensual para evento priorizados de salud pública, de acuerdo a la demanda de cada uno de estos. **Perfil:** profesional especializado 4: profesional del área de la salud (médico, enfermera, bacteriólogo, áreas de terapias, odontólogo o nutricionista) con especialización en epidemiologia; con un (1) año de experiencia especifica en procesos de vigilancia en salud pública. En caso de no contar con experiencia realizar fortalecimiento de			**3.**Para el mes de abril-2025 no se presentaron unidades de análisis del evento 591 por ende no hay producto para este periodo. **Mayo-2025** Presentan acta de reunión del periodo de mayo-2025 del día 23/05/2025 llamada mesa de trabajo infancia **Periodicidad:** mensual

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
meningocócica es de carácter obligatorio realizar las unidades de análisis de mortalidad donde se identifique agentes bacterianos: *Haemophilus Influenzae, Neisseria meningitidis y Streptococcus pneumoniae.* El tiempo asignado para cada unidad de análisis es de ocho (8) horas (incluye las tres actividades para el desarrollo total del producto). Las unidades de análisis deben ser realizadas máximo cuatro (4) semanas epidemiológicas después de haber ocurrido la mortalidad. En población migrante extranjera, se debe realizar unidad de análisis exprés (setenta y dos (72) horas) de manera virtual para la clasificación final del caso. Esta unidad se realizará para las siguientes situaciones: eventos de interés en salud pública de carácter pandémico, migrantes extranjeros con residencia en el país menor a seis (6) meses y eventos bajo planes de contingencia. Las unidades de análisis por micobacterias incluyen las unidades de análisis de: mortalidad por coinfección TB / VIH en menores de 49 años; mortalidad por tuberculosis en población indígena y PPL, mortalidad en casos de TB	capacidades de ochenta (80) horas teórico practico, este último incluye trabajo de campo por parte de líder de transmisibles o profesional experto. El componente practico debe ser el 50% de la intensidad horaria.			

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
farmacorresistente y mortalidad por TB en menores de 15 años. Las unidades de análisis de mortalidad por MPOX se programarán por ocurrencia y estas debe realizarse entre la Subred y la UPGD.				
FICHA TÉCNICA DE SUBSISTEMA VIGILANCIA DE LOS EVENTOS PREVENIBLES POR VACUNAS (EPV) **1.** Alistamiento y convocatoria unidad de análisis de mortalidad por EPV. Estos eventos deben ser reportados de manera Inmediata. **2.** Verificación de envío de soportes para la unidad de análisis de EPV. Se deben incluir como soportes: bitácora de atenciones; resumen de historia clínica de las atenciones en el último año previo a la defunción (en niño o niña menor de 5 años debe contar con resumen de las atenciones de la madre en el periodo de gestación y atenciones del niño o niña); carpeta con soporte historias clínicas con resultados de laboratorio; ficha de notificación; certificado de defunción; resultado de patología y laboratorios en	**1.** Realización de convocatoria por oficio y/o medio magnético de todos los actores, mínimo cinco (5) días hábiles antes de la unidad de análisis. **2.** Soportes organizados por carpetas y enviados al correo electrónico epv.sds@saludcapital.gov.co con copia a referente distrital de cada evento.	X X		**1, 2, 3, 4. 5 y 6 Abril-Mayo-2025** No se presentaron eventos para estos periodos No se presentaron eventos para estos periodos

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
general: investigación epidemiológica de campo de mortalidad; y autopsia verbal (cuando aplique). El resumen de atenciones de cada UPGD debe ser enviado a las Subredes máximo setenta y dos (72) horas previas a la ejecución de la unidad de análisis para su revisión y validación.				No se presentaron eventos para estos periodos
3. Acta de unidad de análisis y tablero de problemas de EPV.	**3.** Acta preliminar y final de la unidad de análisis en los tiempos y formatos establecidos, con envió de todos los anexos requeridos al nivel central. En el acta el resumen de atenciones no debe exceder los 5.000 caracteres, mientras que el resumen de IEC y el resumen y análisis final del caso no debe exceder los 7.500 caracteres Se debe enviar el acta preliminar a los tres (3) días calendario siguientes a la reunión a todos los participantes quienes tendrán dos (2) días calendario para realizar observaciones. Cumplido este plazo, se enviará al correo electrónico epv.sds@saludcapital.gov.co con copia al correo del referente distrital del	X		No se presentaron eventos para estos periodos

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	evento el acta final, tablero de problemas y enmienda del certificado de defunción (si se requiere), adicional se debe enviar el acta final en formato PDF, listado de asistencia a los participantes. En caso que la fecha de envío del acta preliminar como la final, coincida con fin de semana, se acepta el envío el primer (1er) día hábil posterior al fin de semana o día festivo.			
4. Acta de unidad de análisis evento adverso grave muertos.	**4.** Acta preliminar y final de la unidad de análisis en los tiempos y formatos establecidos, con envió de todos los anexos requeridos al nivel central.	x		
5. Calidad de la unidad de análisis.	**5.** Formato de calidad de UA aplicado por referente distrital o equipo de apoyo a la supervisión. El puntaje final obtenido debe ser mayor o igual a 70%; de lo contrario se genera hallazgo.			
6. Unidades de análisis de EAPV grave realizadas dentro de las siete (7) semanas epidemiológicas establecidas cumpliendo con los mínimos establecidos en este lineamiento.	**6.** Acta y cargue en Drive dispuesto para EAPV de la unidad de análisis desarrollada. Los soportes adicionales a cargar incluyen: bitácora			

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Se debe garantizar citación virtual de las unidades de análisis quince (15) días antes. La invitación debe salir de los siguientes correos correspondiente a cada Subred: covidnorte@saludcapital.gov.co, covidoccidente@saludcapital.gov.co, covidsur@saludcapital.gov.co y covidcentro@saludcapital.gov.co. Se debe confirmar la asistencia veinticuatro (24) horas antes de la unidad de análisis. Se debe realizar la invitación a las unidades de análisis a los funcionarios de la SDS a los siguientes correos electrónicos: eapvbogota@saludcapital.gov.co, con copia a jslozano@saludcapital.gov.co, DLAnasco@saludcapital.gov.co y jsmolina@saludcapital.gov.co.	de atenciones, soportes de atención IPS que atiende y notifica el evento (historia clínica completa, ficha de notificación, paraclínicos e imágenes diagnostica. Que se le haya tomado al caso, foto del carné y resumen de la atención de cada una de las IPS relacionadas con el evento (incluir atenciones previas en pacientes con comorbilidades)), IEC individual de caso "VSP-PAI" (realizada antes de las cuarenta y ocho (48) horas), visita al punto de vacunación "VSP-PAI" (realizada antes de las cuarenta y ocho (48) horas y con revisión tanto de los biológicos aplicados, competencias del vacunador y búsqueda de casos. Los soportes son el acta y XLS lista de chequeo (anexo en la caja de herramientas)) y resultado de patología o necropsia (si aplica).	x		
FICHA TÉCNICA PARA LA VIGILANCIA INTEGRADA DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA Y MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS POR IRA / EDA / DESNUTRICIÓN En las unidades de análisis de mortalidad por IRA en menores de 5 años la gestión del	**1.** Soporte de articulación con el equipo de SISVAN de la Subred, en todos los casos identificados por fuente RUAF y fuente Sivigila- Evento 591 de muertes probables por IRA – EDA en menor de 5 años, sin patologías	X		**Abril-2025** **1-**Presentan soporte acta de articulación transmisibles SIVIGILA del día 28/04/2025 en donde se evidencia los hallazgos de acuerdo al caso y los compromisos a realizar. -Presentan acta de articulación con el componente de EEVV del día 16/04/2025 cuyo objetivo es realizar verificación de las mortalidades notificadas en la base de aplicativo

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
cronograma de las unidades de análisis será dinámico, las Subredes están en la obligación de realizar búsqueda semanal en las bases correspondientes (591, 346 y 348) a fin de identificar algún caso nuevo, integrándolo a la programación del mes según los tiempos correspondientes de citación. El cronograma consolidado del mes será enviado la primera (1ra) semana del mes siguiente. Se cuenta con un máximo de cinco (5) semanas para el ajuste y cierre del caso a partir de la fecha de notificación. El tablero de problemas consolidado para las entidades territoriales municipales, distritales y departamentales, en el formato “Anexo 3”, se debe enviar *al culminar el periodo de la actual vigencia.*	crónicas de base) seleccionados para ser llevados a unidad de análisis. **2.** Soporte de gestión de citación dentro de los diez (10) días calendario una vez notificado el caso. *Se precisa son ocho (8) días calendario.* Las citaciones enviadas a cada uno de los participantes, deben estar acompañadas del formato de LINEA TECNICA GESTION RESUMEN PREPARACION UA. El resumen de atenciones de cada UPGD debe ser enviado a las Subredes máximo setenta y dos (72) horas previas a la ejecución de la unidad de análisis para su revisión y	 X		RUAF y evento 591 Positivo IRA por virus nuevo, 348 IRAG Inusitado, 591 mortalidad menor de 5 años, Se presento una unidad de análisis del usuario Emanuel Suarez Ramírez RC1030716274 por evento IRA descartado del día 30/04/2025. **Mayo-2025** **1-**Presentan soporte acta de articulación transmisibles SIVIGILA del día 27/05/2025 en donde se evidencia los hallazgos de acuerdo al caso y los compromisos a realizar. -Presentan acta de articulación con el componente de EEVV del día 30/05/2025 cuyo objetivo es realizar verificación de las mortalidades notificadas en la base de aplicativo RUAF y evento 346 Positivo IRA por virus nuevo, 348 IRAG Inusitado, 591 mortalidad menor de 5 años y 739 MISC. En este periodo no se presentaron Unidades de análisis **2 y 3- Abril-2025** Presentan soporte de gestión **de** citación vía correo electrónico del día 20/04/2025 desde el correo electrónico covidoccidente@saludcapital.gov.co con los envíos a los diferentes actores que participaron en la unidad de análisis. Para el periodo de **mayo** no se presentaron unidades de análisis de mortalidad del evento **591** Se verifica el cargue al Drive observándose que se realizó el día 7/05/2025 tardío sin embargo, la subred presenta la gestión de solicitud realizada a la UPGD vía correo electrónico desde covid@saludcapital.gov.co del día 20/04/2025 se realizó la convocatoria y se la gestión el día 24/04/2025, adicional en el acta generada por la SDS describe lo siguiente “Resumen de atenciones de acuerdo a lineamiento adjunto en la convocatoria de Centro Médico Colsubsidio” por lo que no se genera el hallazgos. Avalada por la referente distrital Karen Jiménez En cuanto a patología correspondió a necropsia clínica por lo cual no se cita Medicina Legal y

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	validación. En caso de que el equipo SISVAN identifique algún riesgo desde el punto de vista nutricional en el menor (evento 591), se deberá citar al equipo de la Subred y el equipo a nivel central a través del correo electrónico Deicy Andrea, Rozo Villamil DARozo@saludcapital.gov.co. Y Karen Jiménez Rodríguez. (kljimenez@saludcapital.gov.co) En toda mortalidad en menores de 5 años por IRA / EDA / DNT debe participar por parte de la secretaria Distrital de Salud de Bogotá la Dirección de Provisión de Servicios de Salud (smgualteros@saludcapital.gov.co), la Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la salud (mpbecerra@saludcapital.gov.co) y los correos deben ser verificados en cada vigencia con los referentes distritales. Para Medicina Legal y Ciencias Forenses debe realizarse la invitación al correo electrónico drbogota@medicinalegal.gov.co y patología@medicinalegal.	X		Ciencias Forenses. Presentan correo allegado por el área de patología clínica del hospital San José Infantil del día 14/05/2025 en donde de acuerdo establecido el mismo día envían la enmienda estadística con los ajustes

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	gov.co En caso de tratarse de grupos poblacionales especiales debe citarse al grupo funcional de comunidades étnicas al correo electrónico ljcabiativa@saludcapital.gov.co Una vez que se recolecten los soportes de las atenciones del caso y los resúmenes de las atenciones los mismos deben ser subidos al Drive en la brevedad posible, previo a la unidad de análisis. **3.** Soporte de envío de información por correo electrónico dentro de los tiempos previamente mencionados. Las actas (preliminar y definitiva), el listado de asistencia, el tablero de problemas y la lista de chequeo debe ser enviada a todos los participantes en un tiempo no mayor a tres (3) días calendario posteriores a la realización de la unidad de análisis (acta preliminar) para su revisión y aprobación; el mismo tiempo tendrán los participantes para enviar observaciones o solicitudes de ajuste. Después de este tiempo			**3.**Las actas preliminares el día 07/05/2025 tardío presentan correo electrónico enviado a la referente distrital Dra. Karen Jiménez en donde se especifica que se presentó la dificultad debido a la no recepción oportuna de los soportes necesarios para la construcción de la misma con copia a la referente y definitiva), enviada el 7/05/2025 H:2 a.m. sin embargo, se sugiere que en la gestión realizada se solicite el aval y a su vez den respuesta por parte del nivel central. Se acepta con las evidencias presentadas y audio enviado por la referente distrital vía WhatsApp Karen Jiménez en donde refiere dar respuesta al correo electrónico, el cual no se allego por la referente. Presentan correo electrónico del día 8/05/2025 en allegado por la referente distrital Karen Jiménez desde el correo kljimenez@saludcapital.ñgov.co donde describen la justificación de la inoportunidad del acta final “En atención a que varias instituciones no han remitido aún la información esencial requerida para la consolidación del acta definitiva, y considerando que se tiene

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	se enviará el acta final en formato PDF, en un periodo no mayor a dos (2) días calendario posteriores al envío del acta preliminar. En el acta el resumen de atenciones no debe exceder los 5.000 caracteres, mientras que el resumen de IEC y el resumen y análisis final del caso no debe exceder los 7.500 caracteres. Si el día de entrega del acta preliminar y final coincide con un fin de semana, se realizará el envío el primer (1er) día hábil de la siguiente semana. Las actas definitivas deben incluir DENTRO DE SUS ANEXOS TECNICOS los siguientes: el listado de asistencia, pantallazo de ajuste en aplicativo Sivigila según conclusiones de la UA, pantallazo de reporte de agente etiológico en caso de ajustes 3, 14ontac1414azo del certificado de defunción acorde a lo solicitado en la UA, pantallazo de enmienda estadística en aquellos casos que lo amerite acorde a lo			programada una reunión con el patólogo del Hospital San José el día martes 13 de mayo de 2025, con el fin de realizar la clasificación final del caso, cuya conclusión aún no ha sido posible, se informa que el envío final del acta se extenderá. Este comunicado se emite como soporte para los procesos de auditoría, con el propósito de prevenir que esta extensión en la fecha de envío sea considerada como causal de glosa del presente producto.” -Acta resumen con 3750 caracteres y para la IEC con 2.476 caracteres. Presentan en el acta definitiva la inclusión de los anexos técnicos. Envío a los correos electrónicos irag.bogota@saludcapital.gov.co y kljimenez@saludcapital.gov.co .

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	discutido en la UA, soporte de convocatoria de unidad de análisis dentro del acta definitiva de la UA. Actas definitivas sin estos soportes dentro de sus anexos, **deben ser consideradas como una falla en la gestión.** *Esta información debe ser enviada a todos los participantes.* En todos los casos se deberá enviar por correo electrónico y se deberá subir al Drive asignado por la SDS los siguientes soportes del caso: acta preliminar, acta definitiva en PDF, notificación, historia clínica y soportes de atenciones médicas, resultados de laboratorios, IEC, tablero de problemas, certificado de defunción, resultados de necropsias o enmiendas en caso de que el caso lo ameritara y listado de asistencia. El envío de correo electrónico debe ser máximo cinco (5) días calendario posterior al análisis, al correo electrónico irag.bogota@saludcapital.gov.co y kljimenez@saludcapital.gov.co . En casos de IRAG			

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	inusitado se deberá anexar el resultado de análisis virológico de secreción respiratoria y/o histopatológicos de cortes de tejido del tracto respiratorio de pulmón y bronquios. En aquellos casos donde queden soportes pendientes por envío y para subir al Drive, las Subredes deben enviar correo a referente distrital explicando el motivo de la ausencia de los soportes y desde nivel central se debe dar respuesta de validación y autorización de envío posterior. **4.** Soporte de gestión en Drive asignado por la SDS dentro de los tiempos previamente mencionados. Las Subredes deberán subir la información al Drive en una carpeta identificada de la siguiente manera: SIVG_SEM (anexar semana de notificación) _nombre del menor _número de identificación _Subred. Si el caso fue identificado por RUAF y no esta notificado en Sivigila por no cumplir con la definición operativa del evento, el nombre de la			**4.** Presentan soporte de gestión en Drive asignado por la SDS en tiempos inoportunos debido a que la UPGD no allego los soportes a tiempo, adicional fue avalado por la referente distrital con justificación por la inoportunidad presentada

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	carpeta inicia con RUAF **5.** Soporte de gestión de formato Excel LISTA DE CHEQUEO UA_591 (solo en las unidades de análisis de evento 591).			**5,** Presentan soporte de gestión de formato Excel LISTA DE CHEQUEO UA_591 con el 100% de cumplimiento.
FICHA TECNICA DE SUBSISTEMA VIGILANCIA DE LOS EVENTOS TRANSMISIBLES POR MICOBACTERIAS **1.** Planeación y convocatoria de la unidad de análisis.	**1.1.** Cronograma mensual de unidades de análisis enviado por el referente distrital con una anticipación mínima de cinco (5) días hábiles para la convocatoria por parte de la Subred. La Subred podrá solicitar reprogramación o cancelación de la unidad de análisis, informando al nivel central máximo a los tres (3) días calendario posteriores al envío del cronograma. **1.2.** Soportes de convocatoria por oficio y/o correo electrónico institucional en los tiempos establecidos (mínimo cinco (5) días hábiles previos a la fecha de la unidad de análisis). Debe incluir el Anexo técnico para_ UA_TB. Cuando se realizan unidades de análisis	N/A		**1.1. Abril** Para este periodo de seguimiento no se presentaron unidades de análisis **mayo del 2025** La subred presenta cronograma del día 08/082024 allegado por la referente distrital Jenny Sánchez desde el correo: jysanchez@saludcapital.gov.co Donde relacionan 2 unidades de análisis de TB de las cuales una no se realizó programada para el día 28/05/2025 y la otra que se realizó el día 27/05/2025. **Evento-TB-VIH 813** -unidad de análisis de usuario Jhon Jairo Jiménez Hernández CC1022360778 **1.2 y 1.3.** Presentan soportes de correo electrónico desde el correo covid@subredsuroccidente.gov.co del día 10/05/2025 en donde se describe la solitud de participación a los respectivos actores. Con oportunidad, con el anexo técnico correspondiente.

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	exprés o priorizadas por la secretaria de Salud con una convocatoria inferior a ocho (8) días se acepta que la convocatoria sea únicamente por correo electrónico (correos institucionales). **1.3.** Soporte de carpeta con los insumos requeridos, enviados por correo electrónico al referente distrital (jysanchez@saludcapital.gov.co) previo a la unidad de18ontacis (cinco (5) días hábiles antes de la UA). Debe incluir como soportes: bitácora de atenciones en salud, historia clínica y resumen de todas las instituciones en donde recibió atenciones el paciente desde el momento que se inicia la sospecha de tuberculosis o VIH, historial del aseguramiento y soportes de este, certificado de defunción, laboratorios confirmatorios del evento (TB o coinfección TB / VIH), ficha de tratamiento, ficha de notificación, necropsia verbal o IEC. Cuando se realizan unidades de análisis exprés o priorizadas por la			**1.3 Soportes de carpeta con los insumos requeridos,** No Presentan la carpeta con los insumos requeridos enviados por correo electrónico a la referente distrital Cinco (5) días hábiles presentan correo de gestión del día 21/05/2025, el día 22/05/2025 y 23/05/2025. Y los soportes fueron allegados el día 26/06/2025

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	secretaria de Salud con una convocatoria inferior a ocho (8) días se acepta los soportes para la unidad de análisis sean enviados mínimo dos (2) días antes del desarrollo de la misma.			
2. Desarrollo unidad de análisis y socialización de resultados.	**2.1.** Soporte envío de acta preliminar y anexos en los tiempos establecidos (tres (3) días calendario posterior al desarrollo de la UA). En el acta el resumen de atenciones no debe exceder los 5.000 caracteres, mientras que el resumen de IEC y el resumen y análisis final del caso no debe exceder los 7.500 caracteres.			**2,2. Presentan soporte de envío de acta** preliminar del, día 30/05/2025 oportuno teniendo en cuenta que la unidad de análisis se realizó el día 27/05/2025. Con resumen de atención con 3.960 caracteres y la IEC con 5.701 caracteres.
	2.2. Soporte envío de acta final a todos los asistentes; en los tiempos establecidos (dos (2) días calendario posterior al envío del acta preliminar).			**2.2.** Presentan acta final del día 4/06/2025 oportuno
	2.3. Soporte de envío del acta final en formato PDF, soportes anexos y tablero de problemas al correo electrónico del referente distrital (jysanchez@saludcapital.gov.co) con copia a epv@saludcapital.gov.co (dos (2) días calendario posterior al envío del acta			**2.3**. Presentan soportes de envío del acta final del día 04/06/2025 en formato PDF, soportes anexos y tablero de problemas al correo electrónico del referente distrital (jysanchez@saludcapital.gov.co) con copia a epv@saludcapital.gov.co oportunamente

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	preliminar). Cuando la fecha de envío del acta preliminar o final, coincida con fin de semana, se acepta que el acta se envíe el siguiente día hábil posterior al fin de semana o día festivo. **2.4.** Soporte de participación en unidades de análisis de casos de TB farmacorresistencia, socializando el informe de intervención epidemiológica de campo. Los casos de tuberculosis resistente son evaluados en Comité Regional de Expertos en Tuberculosis (CERCET), el cual es liderado por el programa de prevención y control de tuberculosis de la localidad en donde el paciente se encuentra recibiendo el tratamiento.	N/A		**2.4.** Para estos periodos no se requirió la participación. en unidades de análisis de casos de TB farmacorresistencia
3. Calidad de la unidad de análisis.	**3.** Formato de calidad de UA aplicado por referente distrital o equipo de apoyo a la supervisión. El puntaje final obtenido debe ser mayor o igual a 70%, de lo contrario se genera hallazgo.			**3.**Se realiza el formato de UA dando como puntaje final **96,2%**
FICHA TÉCNICA DE MPOX **1.** Alistamiento y convocatoria unidad de análisis de	**1.** Realización de convocatoria por oficio y	X		**Abril y mayo del 2025** Para este periodo no se presentaron unidades

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
mortalidad. Las unidades de análisis de mortalidad por MPOX se programarán por ocurrencia y estas debe realizarse entre la subred y la UPGD; la subred debe garantizar la calidad de su desarrollo y completitud del acta; esta acta debe tener aval del referente distrital	medio electrónico a todos los actores que deben asistir, máximo diez (10) días calendario posteriores a la defunción. **2.** Soportes organizados por carpetas, incluyendo el resumen del evento y soportes del envío al correo del referente distrital.			de análisis de este evento. **Abril y mayo del 2025** Para este periodo no se presentaron unidades de análisis de este evento.
2. Verificación de envío de soportes para la unidad de análisis.	Los soportes que se deben enviar a nivel central en casos de mortalidad son: bitácora de atenciones; resumen de historia clínica de las atenciones en el último año previo a la defunción (enviados a la Subred máximo setenta y dos (72) horas previas a la ejecución de la unidad de análisis para su revisión y validación).; carpeta con soporte historias clínicas con resultados de laboratorio; ficha de notificación; certificado de defunción; resultado de patología y laboratorios en general; investigación epidemiológica de campo y autopsia verbal (en los casos que aplique).	N/A		**Abril y mayo del 2025** Para este periodo no se presentaron unidades de análisis de este evento.
3. Unidades de análisis realizadas en las tres (3) semanas epidemiológicas desde la defunción, cumpliendo con los mínimos establecidos en este	**3.** Acta preliminar (tres (3) días calendario) y final (dos (2) días adicionales calendario) de la unidad			**Abril y mayo del 2025**

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
lineamiento.	de análisis en los tiempos y formatos establecidos por este lineamiento con envió de todos los anexos requeridos al nivel central.			Para este periodo no se presentaron unidades de análisis de este evento. .

INTER-ACCION INTEGRAL E INTEGRADA: Gestión de la información para la vigilancia en salud pública.

CODIGO ACTIVIDAD EN PPP Y LINEAMIENTO: 112 (Subred Norte y Sur Occidente) – 113 (Subred Centro Oriente) – 114 (Subred Sur)

PRODUCTO: Gestión de la información del componente Transmisibles.

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
DOCUMENTO OPERATIVO DEL PROCESO TRANSVERSAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA		X		
1. Recepción de la notificación, registro, consolidación y geo referenciación del evento. En los casos de morbilidad por EDA si se identifican inconsistencias (duplicidad, errores de digitación o silencios epidemiológicos), se deben reportar los días jueves o ante comportamientos que generen alerta epidemiológica el referente distrital notificará el cambio	**1.1.** Concordancia del 100% de la base de notificación con la base de intervenciones epidemiológicas de campo. El error máximo permitido Es el 5% sobre el total de registros ingresados en el periodo o de acuerdo a concepto técnico del referente distrital. Periodicidad: mensual.			**1.1. Abril-2025** Se verifica la concordancia posterior a los ajustes quedo 100% de la base de notificación con la base de intervenciones epidemiológicas de campo la cual refleja en un 100%. Con periodicidad mensual, relacionada diariamente. Para estos periodos no se presentaron silencios epidemiológicos -Antes de los ajustes estaba en 98.5% con el error máximo permitido de 1.5% lo que da cuenta del cumplimiento a este criterio- Perfil técnico: 2 en sistemas. Jhon Hawey Ramírez Semanalmente envían la retroalimentación de evento EDA 998 a la referente distrital en la cual

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
de día. Adicionalmente, se debe llevar un tablero de control del reporte semanal por UPGD identificando aquellas con tres (3) semanas o más en silencio epidemiológico a las cuales se le solicitara BAI para EDA.	Perfil: técnico 2 (en áreas administrativas, financieras, archivo, sistemas, programación y bases de datos).	X X		se evidenciaron las siguientes inconsistencias:Abril-2025 Localidad Fontibón Semana 14 -UPGD Centro Médico Colsubsidio Fontibón Variabilidad en las atenciones Localidad Kennedy Clinica Colsubsidio Ciudad Roma Variabilidad en las atenciones Unidad Médica Santa Fe Américas - UPGD Virrey Solis IPS SA Américas por variabilidad UPGD Puente Aranda IPS SURA Plaza Central por variabilidad SEMANA15 Clínica Medical Fontibón por variabilidad -Centro médico Colsanitas Premium Salitre de Fontibón -- UPGD Virrey Solis IPS SA Américas por variabilidad SEMANA 16 Unidad de Servicios Kennedy por variabilidad MAYO-2025 SEMANA 18 A LA 22 Semana 18 -Centro Médico Kennedy Bomberos por variabilidad -Centro Médico Colsanitas Premium Salitre por variabilidad -Dispensario médico de la fuerza Aérea Colombiana por variabilidad. -- UPGD Virrey Solis IPS SA Occidente por variabilidad Para la semana 19 se presentaron 16 UPSD con variabilidad en las atenciones. Semana 20=1 Centro Médico Colmédica Sede Multiplaza por duplicidad Semana 21=3 -UPGD Centro médico Plaza de las Américas por Silencio epidemiológico por notificación. Eusalud Clínica de Traumatología y Ortopedia por Silencio epidemiológico por notificación

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
				epidemiológica Medicentro Familiar IPS SAS por Silencio epidemiológico por notificación epidemiológica Los cuales fueron reportados a los referentes distritales semanalmente los días jueves. No se presentaron alertas epidemiológicas en esta vigencia. Enviado al correo electrónico a3fonseca@saludcapital.gov.co . Y epv.sds@ssaludcapital.gov.co
	1.2. Bases de datos con los criterios de evaluación del subsistema transmisibles debe tener calidad, oportunidad y concordancia, de acuerdo a lo descrito.	X		**Abril y mayo del 2025** **1.2.** Se observa bases de datos con los siguientes criterios de evaluación. Presentan base con 151 variables con los siguientes criterios de evaluación: notificación con oportunidad, que cumpla definición de caso, y que tenga los ajustes con el laboratorio de acuerdo a la base de LSP. con concordancia acorde a los criterios requeridos y definidos. Se hace recepción de la base de laboratorios de salud pública, se hace el ajuste según los hallazgos del laboratorio 6 Descartado. Se hace la línea de verificación de nombre, documento, dirección, localidad, fechas de consulta, fecha de inicio de síntomas, tipo de caso, los antecedentes vacunales, fecha de la visita domiciliaria y la efectividad del bloqueo y las respuestas de los correos distritales allegados por los referentes distritales.
	1.3. ajustadas Bases de datos con ingreso de datos de laboratorio en los tiempos establecidos, con las claridades especificadas anteriormente, incluye los ajustes solicitados por SDS y unidades de análisis con oportunidad. El error máximo permitido en la calidad del dato es máximo de 5% de los registros ingresados en el			**Abril y mayo del 2025** 1,3. Presentan acta con articulación SIVIGILA del mes de abril del 2025 con fecha del 28/04/2025 en donde especifica los datos de la base de laboratorios en los tiempos establecidos y con las solicitados por la referente distrital de manera oportuna, presentan acta del 14/04/2025. Presentan un total de 162 registros de los cuales con ajustes 6 de los eventos 710, 720, 730 y 800 con ajuste 6=150 y del D, se identifican 3 eventos que son confirmados de tosferina=9

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	periodo o de acuerdo al concepto técnico del referente distrital.			
	1.4. Revisión de notificación inmediata y archivo con acciones de IEC.	X		**1,4. Abril y mayo del 2025** **Notificación Inmediata para los 2 periodos llegaron eventos con acciones inmediatas 710**, 720, 730, 800, 535, 880, 205, 220, 610, 831, 320, 895,298, 455, 310, 205. 620 y de control 330 y 813, 900, 831, 591 se valida información evidenciándose que las IEC se encuentran cargadas en el DRIVE con los soportes requeridos. 535-Meningitis=17 710, 720,730= 123 Tosferina 800=156 TB 813=72 Hepatitis 330=5 Fiebre Amarilla 310= 71 Chagas gestante 205=2 Dengue Grave 220=1 Fiebre Tifoidea 320=3 Oropuche 900=1 PFA 900= 1 Varicela 831=4 EAPV 298=2 Mortalidad en menores de 5 años=2
	1.5. Fichas de notificación con precrítica, las que corresponden a la Subred propia de notificación.			**1,5. Abril y mayo del 2025** Al validar con la base de SIVIGILA se evidenció que Presentan 191 de las UPGD notificados de los cuales corresponden a la subred sur occidente las fichas de notificación precríticas las siguientes: Localidad de Bosa: 57 Localidad de Fontibon:19 Localidad de Kennedy:89 Localidad de Puente Aranda:17 se validan aleatoriamente observándose con los registros adecuados y sin observaciones
	1.6. Gestión articulada con Sivigila para garantizar			**1.6. Abril-2025** Presentan acta de articulación interna entre las

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	envío de soportes por UPGD para acciones individuales y colectivas.	X		líneas SIVIGILA, Transmisibles, SSR. Del día 29/04/2025, se presentan 104 eventos del 345 y del evento 591=2 casos, 2 del 298 de EAPV no se presentan casos. de las siguientes instituciones las cuales corresponden a: Individuales -Hospital Occidente de Kennedy =57 del 345 -Hospital Pediátrico Tintal =2 del 591 -Hospital Tintal= 47 del 345 Acciones Colectivas Se enviaron solicitudes de soportes de notificación para el mes de febrero: Del evento 995 colectivo IRA -Aeroespacial -Zedit SAS -Fernando Varón Barrera Del evento 998 colectivo EDA solicitudes de silencios, duplicidad a 17 UPGD **Mayo-2025** Acciones Individuales Presentan acta de articulación interna entre las líneas SIVIGILA, Transmisibles, SSR. Del día 27/05/2025, se presentan 68 casos en general de los cuales corresponden al evento 345=68 1 del 298 de EAPV no se presentaron casos, del 591 corresponde 1 casos de las siguientes instituciones las cuales corresponden a: Las siguientes UPGD corresponden al evento 345 -Hospital Occidente de Kennedy =33 -Hospital Tintal= 35 Las siguientes UPGD corresponden al evento 591, no se presentaron casos de este código. - **Periodicidad: mensual.**
	1.7. Soporte de acta de reunión o correo electrónico con respectivo seguimiento a respuesta en caso de incumplimiento en la oportunidad de			**Abril y mayo del 2025** **Presentan como soporte para el periodo Abril y mayo el envío de correo electrónico** con respectivo seguimiento a respuesta en caso de incumplimiento en la oportunidad de notificación interlocal realizada por Sivigila. No se presentaron envíos casos en estos periodos.

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	notificación interlocal realizada por Sivigila. Periodicidad: mensual. Perfil: profesional especializado 4: profesional del área de la salud (médico, enfermera, bacteriólogo, áreas de terapias, odontólogo o nutricionista) con especialización en epidemiologia y con un (1) año de experiencia especifica en procesos de vigilancia en salud pública.			**Periodicidad: mensual.** Perfil: profesional especializado 4:
2. Monitoreo y seguimiento de la calidad del dato de las fuentes de información de VSP (depuración, precrítica, critica, ajuste y realimentación).	**2.1.** Cargue en Drive dispuesto para las IEC por la Subred de residencia especificados en la respectiva ficha técnica de cada evento actualizado y con completitud, y en caso de ser necesario la respectiva generación de alerta a Subred de residencia con copia a referente distrital. Perfil: Profesional universitario 2, con formación en áreas de la salud (médico, enfermera, bacteriólogo, áreas de terapias, odontólogo, nutricionista) Técnico 2 (en áreas administrativas, financieras, archivo, sistemas, programación y bases de datos)			**2,1. Cargue en DRIVE dispuesto para IEC por la subred de residencia** **Abril-2025** **EVENTO-813** **Presentan=25 casos** **Localidad Fontibón** **1**)-ID: CC.153486 Héctor Guillermo Salguero fecha de notificación 08/04/2025 recepcionada el día 08/04/2025 cargado al Drive definitivo el día 28/04/2025 oportuno **Localidad Kennedy** 2)-ID: CC.1939370 Jesús David Posso fecha de notificación 01/04/2025 recepcionada el día 15/04/2025 cargado al Drive definitivo el día 15/05/2025 inoportuno **Localidad de Bosa** 3)-ID: CC.17069734 Tulio Ángel López Sabogal fecha de notificación 20/04/2025 recepcionada el día 21/04/2025 cargado al Drive definitivo el día 10/05/2025 oportuno **Localidad Puente Aranda** **4)-**ID: CC.19303656 Victor Manuel Sarmiento Diaz fecha de notificación 29/04/2025 recepcionada el día 23/04/2025 cargado al Drive definitivo el día 07/05/2025 oportuno **EVENTO 710-=RUBEOLA=No se presentaron**

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
		X		**Fallidas** **Localidad Kennedy** **5)** ID: RC1141386168. Mateo Romero Duran fecha de notificación 29/04/2025 recepcionada el día 30/04/2025 cargado al Drive la preliminar definitivo 19/05/2025 día 10/03/2025 oportuno **Evento 720-SRC= fallidas** **Localidad Fontibón** **6) SRC** ID: RNV.25039210104610 H/Zharik Valeria Acosta fecha de notificación 2/04/2025 recepcionada el día 03/04/2025 PRELIMINAR DEL DÍA 04/0472025 cargado al Drive definitivo el día 24/04/2025.oportuno Localidad Kennedy **Evento Fiebre Amarilla-310** **Localidad de Fontibón** **7)** ID: CC.20385019 Karen Nayi pardo fecha de notificación 22/04/2025 recepcionada el día 24/04/2025 cargado al Drive definitivo el día 05/05/2025 oportuno. Se recuerda que deben tener los soportes completos acordes al lineamiento **Mayo 2025** **Se verifica el cargue en el DRIVE de las siguientes IEC:** **Evento Tosferina-800** **Localidad Kennedy** **8)**RC:1028901775 Emma Poveda fecha de notificación 02/05/2025 recepcionada el día 02/05/2025 cargado al Drive definitivo el día 17/05/2025 UPGD Hospital Pediátrico Tintal oportuno, **Localidad Kennedy** **Meningitis-535** **9)**ID: CC24049596 Rosa Amelia González Aparicio fecha de notificación 23/05/2025 recepcionada el día 25/05/2025 cargado al Drive definitivo el día 05/06/2025 UPGD Hospital Mederic. Oportuno **EVENTO 800-Tosferina** **- Localidad Fontibón** **3)ID: RC:1016610019** Noah Benavidez

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	2.2. Soporte mensual de envío vía correo electrónico base de datos con concordancia de TB/VIH y RUAF y acta de soporte de este cruce según fecha estipulada por el referente. Periodicidad: Mensual En los cruces de las bases de datos de cada evento con RUAF se debe garantizar la concordancia en el 100% de las variables diligenciadas y la realización de las enmiendas y/o ajustes de acuerdo a las unidades de análisis con oportunidad. Periodicidad: mensual. Perfil: profesional universitario 2. Profesional universitario 2, con formación en áreas de la salud (médico, enfermera, bacteriólogo, áreas de terapias, odontólogo,	X		fecha de notificación 01/03/2025 recepcionada el día 23/05/2025 cargado al Drive definitivo el día 29/05/2025 UPGD Clínica Reina Sofia Pediátrica oportuno. **Evento Fiebre Tifoidea-320** **- Localidad Fontibón Puente Grande** **3)ID:** RC:1014230739 Javier Eduardo Leguizamón fecha de notificación 14/05/2025 recepcionada el día 15/05/2025 cargado al Drive definitivo el día 31/05/2025 UPGD Clínica Juan N Corpas-tardío **2.2. Presentan soporte mensual de envío** correo electrónico base de datos con concordancia de TB/VIH y RUAF y acta de soporte de este cruce según fecha estipulada por el referente. **Abril-2025** -Acta de articulación TB-SSR y EEVV presentan actas articulación TB SR y EEVV del día 10/04/2025 jysanchez@saludcapital.gov.co y epv.sds@saludcapital.gov.co -Acta y base de articulación de TB del día 10/04/2025 a los correos jysanchez@saludcapital.gov.co y epv.sds@saludcapital.gov.co Programatuberculosisgpaisp@subredsuroccidente.gov.co Acta de EEVV de los días 4, 11, 21 y 25/05/2025 Acta de SSR del día 29/04/2025 **Mayo-2025** se da la claridad que se envía mes vencido Presentan soporte mensual de envío correo electrónico base de datos con concordancia de TB/VIH y RUAF y acta de soporte de este cruce según fecha estipulada por el referente. **-Acta de articulación TB-SSR y EEV del día 10/05/2025 a los correos** jysanchez@saludcapital.gov.co y epv.sds@saludcapital.gov.co Programatuberculosisgpaisp@subredsuroccidente.gov.co

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	nutricionista) **2.3.** Soporte de seguimiento mensual de la base Sivigila sarampión – rubéola y laboratorio de manera mensual para revisar ajustes, indicadores y laboratorios pendientes. Actas de unidades de análisis de casos en sin muestra en respectivo formato con oportunidad y calidad, avaladas por referente distrital del evento Periodicidad: Mensual Perfil: Profesional del área de la salud (médico, enfermera, bacteriólogo, áreas de terapias, odontólogo, nutricionista) con especialización en epidemiologia. **2.4.** Actas de unidades de análisis de casos sin	X		-Acta de EEVV de los días 2, 9, 16, 23 y 30 -Acta SSR del día 28/05/2025 **Perfil: profesional universitario 2. Carolina Cohen** **2.3. Abril y Mayo-2025** se presenta 1 caso sin muestra para el mes de abril-2025 con unidad de análisis del día 24/04/2025 usuario: Isabela Álvarez Rojas USAA 46982802 con descarte en SIVIGILA, adicional presentan como soporte la base de SIVIGILA con los ajustes con la clasificación del caso confirmado o descartado y se hace la precrítica de la cara A y la cara B con los datos básicos del usuario en la cara A y la cara B lo propio del evento, se realizan ajustes como: -Nombres de la madre del usuario -Antecedentes Vacunales -Datos Clínicos -Visita Domiciliaria de la IEC -Fechas de inicio de Fiebre -Fecha de Erupción -Tipo de Erupción -Posibles Fuentes de Infección -Antecedentes de Viaje -Contactos con personas que hayan tenido la misma sospecha del evento- -El seguimiento, ajuste y clasificación. Todo lo de monitoreo rápido la BAC si hubo o no hubo fecha de seguimiento -Clasificar la ficha negativo o positivo según corresponda el laboratorio -Ingresar los laboratorios -Acta con pantallazos de ajustes SIVIGILA internas del día **Periodicidad: Mensual** Perfil: Alejandra Delgado- Epidemióloga **2,4. Abril-2025 Evento Leptospirosis-455** Presentan acta del día 16/04/2025 de caso de

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	muestra con oportunidad y calidad, avaladas por referente distrital del evento (aplica para EPV y viruela símica). El acta debe explicar las causas por las cuales no se tomaron las muestras y anexar plan de mejoramiento frente a esta dificultad. Las unidades de análisis de casos sin muestra para el ajuste de los eventos deben realizarse máximo cuatro (4) semanas después de notificado el caso (incluye desde la ejecución hasta la aprobación) y deben realizarse en conjunto con la Subred, la UPGD y el referente distrital. En caso de los EPV se debe enviar al correo electrónico epv.sds@saludcapital.gov.co con copia a correo de referente distrital de cada evento. Todo caso de difteria debe tener unidad de análisis ya sea para vivos o muertos con o sin muestra y se debe realizar dentro de las cuatro (4) semanas de la notificación del caso. Los casos de meningitis	X		leptospirosis Usuario Erika Paola Ávila Rico CC.1065585063.No presentó hallazgos para plan de mejora. **EVENTO 210 Dengue** Presentan acta del día 16/04/2025 de caso de Usuario Katherine Paola González CC.1022991433 acta del día 16/04/2025 de caso de Usuario Paula Bernal CC.1076668571, se realizaron las unidades de análisis de manera virtual. Con plan de mejora, recibido el 23 de abril por parte de la UPGD Gran Plaza Bosa. Aprobado por la subred **Mayo-2025** **EVENTO 210 Dengue** Presentan acta del día 09/05/2025 de caso de Usuario María Valentina Vásquez CC.1007107388 sin plan de mejora, solo recomendaciones. acta del día 09/05/2025 de caso de Usuario Victoria Sofia Zarate CC.1000465272, No requirió plan de mejora debido a que el caso fue descartado. **Evento Leptospirosis-455** Presentan acta del día 09/05/2025 de caso de leptospirosis Usuario Laura Ileana Téllez CC.1022368485 acta del día 16/04/2025 de caso de Usuario Paula Bernal CC.1076668571, se realizaron las unidades de análisis de manera virtual. No hay hallazgos para plan de mejora, debido a que se descartó. Periodicidad: mensual. Perfil: profesional especializado 4., Jose Arley Corso y Paula Urueña- Epidemiólogos. **3,1 cruce de base SIVIGILA con eventos de LSP y base de EEVV** **Abril-2025** -Acta articulación Transmisibles con EEVV del día 4,11,21 y 25/04/2025 Cruce de base SIVIGILA con eventos de LSP y

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	donde la cepa o LCR no sea enviada al Laboratorio de Salud pública deben contar con acta de caso sin muestra emitida por la UPGD donde se justifique la razón de no radicación en LSP. La Subred debe solicitar esta acta y enviarla al referente distrital con copia a correo electrónico epv.sds@saludcapital.gov.co. Periodicidad: mensual. Perfil: profesional especializado 4. **3.** Cruce de base SIVIGILA, Base de eventos con bases de LSP y base de EEVV con concordancia mínima del 90%, eventos IRA y EPV este cruce se debe realizar en forma semanal, realizar cruce con la BAI en forma mensual. Periodicidad: Mensual **3.1.** Actas de articulación con Sivigila Subred y el equipo de fortalecimiento de asistencias técnicas integrales a UPGD a las subredes en la entrega de insumos recibidos a conformidad (incluye lista de chequeo diligenciada y	X		base de SSR **-**Acta llamada Articulación entre los componentes SSR -SMI con Transmisibles del día 29/05/2025, se realiza forma semanal, realizar cruce con la BAI en forma mensual, adicional presentan diligenciamiento de tablero de control enviado el día 15/04/2025 al correo electrónicos cpbeltran@saludcapital.gov.co **Mayo-2025** Acta articulación Transmisibles con EEVV del día 2,9, 16, 23 y 30/05/2025 Cruce de base SIVIGILA con eventos de LSP y base de SSR **-Acta llamada Articulación entre los** componentes SSR -SMI con Transmisibles del día 28/5/2025 se realiza forma semanal la de EEVV y realizan consolidado mensual, realizar cruce con la BAI- en forma mensual. Del día 2,9, 16, 23 y 30/05/2025, adicional presentan diligenciamiento de tablero de control enviado el día 14/05/2025 al correo electrónico: cpbeltran@saludcapital.gov.co. **Periodicidad: Mensual** **3,2. Acta de recepción de Insumos, fortalecimientos, evaluación de críticas para asistencias técnicas Integrales a UPGD mes vencido:** **-Abril y mayo-2025** Presentaron ajuste del mes de abril del día 23/04/2025 y lo envío la subred el día 24/04/2025 **Mayo-2025** -No se presentaron solicitudes de ajustes para este periodo. **RESULTADOS A PLANES DE MEJORA:** **Abril-2025** Presentan las siguientes actas de seguimiento:-1 –Centro Médico Zona I local 100 del día 26 de mayo debido por silencio epidemiológico para

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	otros que se requieran) para asistencia técnica trimestral, realimentación de resultado visita técnica de Sivigila y/o por equipo de fortalecimiento y/o plan de mejora. Instrumentos de trabajo de cruce con otras fuentes de información, que den fe y demuestren las acciones de integración realizadas. Diligenciamiento mensual de Tablero de control dispuesto en la caja de herramientas y enviado a referentes distritales de transmisibles, IRA, EPV micobacterias y ETV el 15 de cada mes. **3.2.** Los respectivos ajustes solicitados posteriormente por el nivel central deben ajustarse dentro del mes o en caso de no acuerdo el correo de realimentación a referente distrital y estar disponibles para revisión en asistencias técnicas o por equipo de apoyo a supervisión Soporte magnético y/o físico de la gestión de información (novedades, ajustes, confirmaciones, descartes, archivos planos, y/o archivos de notificación, seguimiento a casos, etc.) para el subsistema transmisibles. Soportes de realimentación a las	X		eventos en eliminación con puntaje inferior al 75% se instauro el 26/03/2025 y realizaron la visita el 26/03/2025 con levantamiento al cumplimiento del plan de mejora, quedando con el 100%. 2-Clinica Medical SAS el día 13/03/2025 se levantó plan con cumplimiento del 100% el día 15/04/2025, por notificación de meningitis. 3-Virrey Solis Kennedy presenta se instauro el día 14/03/2025 y la visita del levantamiento del plan de mejora el día 16/03/2025, debido a que ingresaron 2 eventos dengue que no cuentan con ingreso del laboratorio al SIVIGILA **Mayo-2025** Presentan las siguientes actas de seguimiento 1 –CAYRE Sede Américas del día 8 de mayo debido a calidad en la notificación con puntaje inferior al 75% por eventos Transmisibles, se instauro el 26/03/2025 y realizaron la visita el 08/2025 con levantamiento al cumplimiento del plan de mejora, quedando con el 100%. 2-Centro Médico Kennedy Bomberos el día 15/04/2025 se levantó plan con cumplimiento del 100% el día 23/05/2025 3-Centro Médico SURA plaza Central presenta se instauro el día 9/04/2025 y la visita del levantamiento del plan de mejora el día 12/05/2025 4-Virrey Solis IPS SA Gran Plaza Bosa el día 22/04/2025 se levantó plan con cumplimiento del 100% el día 21/05/2025

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	UPGD de solicitudes para dar respuesta a ajustes oportunos, seguimientos requeridos entre otros. Actas de realimentación a los profesionales de las actualizaciones. Soportes de capacitación a UPGD con listado de asistencia cuando se haya presentado la necesidad. Soportes de asistencias técnicas a UPGD realizadas de acuerdo a necesidades identificadas en la vigilancia de eventos transmisibles. Realización de BAI centinela de Parálisis flácida aguda para las Subredes que aplique			**3,3. BAI TOSFERINA** **Abril y mayo-2025** BAI Tosferina de acuerdo a ficha técnica ajustes de eventos de control solicitados para las vigencias tenemos. **Abril** se presentaron 35 casos de los cuales se notificaron 4 eventos por ende no hay soportes de gestión de ajustes, enviada el 5/5/2025 mes vencido **Mayo- 2025** Se presentaron 46 casos con fecha de envío del día 05/06/2025y se notificó 7 sin ajustes D, al correo electrónico jysanchez@saludcapital.gov.co y epv.sds@saludcapital.gov.co y lidertransmisibles@subredsuroccidente.gov.co
	3.3. Realización de BAI Tos ferina de acuerdo a especificaciones ficha técnica Soportes de gestión de ajustes 6 eventos control solicitado	X		
3. Monitoreo y seguimiento de la calidad del dato de las fuentes de información de VSP	**3.4.** Soportes de gestión de ajustes 6 eventos control solicitados.			**3,4. Para el periodo Abril del 2025** se presentó solicitud de acta de descarte del evento tb-813, Usuario: Maximino Murillo Ortiz CC.79117717y **Mayo-2025**

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
4. Monitoreo y seguimiento de la calidad del dato **5.** Gestión de la información en espacios locales y distritales y seguimiento a la operación de los subsistemas. **6.** Monitoreo al cumplimiento de las acciones de mejora establecidos a las UPGD critica	Periodicidad: Mensual Perfil: Profesional del área de la salud (médico, enfermera, bacteriólogo, áreas de terapias, odontólogo, nutricionista) con especialización en epidemiologia. Con 1 año de experiencia especifica en procesos de vigilancia en salud pública, o en caso de no contar con experiencia realizar fortalecimiento de capacidades de 80 horas teórico practico, este último incluye trabajo de campo por parte de líder de transmisibles o profesional experto, el componente practico debe ser el 50% de la intensidad horaria. Profesional universitario 2, con formación en áreas de la salud (médico, enfermera, bacteriólogo, áreas de terapias, odontólogo, nutricionista) **4.** Apoyo en BAI por perfil técnico Apoyo Monitoreo rápido de vacunación de acuerdo con ficha técnica. **5.** Acta mensual de articulación con PAI	X		se presentó solicitud de acta de descarte del evento TB-813, Usuario Fabio Augusto Cano Rodríguez CC.80177441 Periodicidad: Mensual – Profesional Especializado 4-Enfermera Epidemióloga Arley Corzo **4. Durante los periodos evaluados el apoyo a la BAI fue** Brichk Gil **5, Abril-2025** Presentan acta de articulación con programa ampliado inmunización y farmacovigilancia del día 30/04/2025 realizar plan de trabajo mensual. **Mayo-2025** Verificación de EAPV presentados durante el mes de marzo 2025, articulación de PAI, farmacovigilancia y VSP con el fin de realizar plan de trabajo mensual el día 30/05/2025

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	5.1. Actas de reuniones de articulación que cumplan con el objetivo establecido en la ficha técnica y sus anexos.	X		**5,1, Abril-2025** -Acta del 03/04/2024 Realizar reunión mensual local para el seguimiento de las estrategias en el cumplimiento de avances en las metas de Vacunación, además de fortalecer cada uno de los componentes del Programa Ampliado de inmunizaciones en las IPS publicas privadas y modalidad extramural. Se sugiere que no dejen espacios en blanco en por parte del subsistema PAI -Acta Intramural del día 24/04/2025 cuyo objetivo establecido es establecer estrategias de mejoras para el plan ampliado de inmunización **--Acta** con farmacovigilancia del día 30/04/2025 cuyo objetivo es realizar plan de trabajo mensual verificación de eventos presentados en esquema regular en la subred sur occidente en IPS Públicas y Privadas **Mayo-2025**. -Acta intramural del día 13/05/2025 con el objetivo establecido seguimiento a los avances en las metas de vacunación **-Acta con farmacovigilancia del día 30/05/2025** cuyo objetivo es realizar plan de trabajo mensual verificación de eventos presentados en esquema regular en la subred sur occidente en IPS Públicas y Privadas Claridad: Comité PAI Extramural para estos periodos presentan radicado del día 16/07/2025 con radicado No. Sso-2025-350-023472-1, especifican que no se realiza esta actividad para PAI por la alta demanda en vacunación de fiebre amarilla.
	5.2. Acta de participación en la mesa técnica SIVIGILA-transmisibles.			**5,2. Acta de participación mesa técnica SIVIGILA** **Abril-2025-** 24/04/2025 a cargo de la subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente con listado de asistencia de participantes, con realización de la mesa técnica a los

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
7. Gestión administrativa y de seguimiento de la vigilancia en la salud pública.	**5.3.** Soportes de articulación, participación e insumos trabajados de acuerdo a solicitud equipo ACCVSYE, gestión de políticas y otros en el marco del Plan Territorial en Salud. **6.** Implementación adecuada de criterios para definir UPGD criticas Cronograma de visitas a UPGD críticas. **6.1.** Acta de visita de monitoreo por UPGD critica que incluya el seguimiento de planes de mejora de acuerdo a lo estipulado en el presente documento.	X		profesionales que no pudieron asistir del día 02/05/2025 **Mayo-2025** 29/05/2025 con listado de asistencia de participantes a cargo de servicios de salud subred Integrada de Servicios de Salud Norte. **5,3. Soportes de articulación e insumos trabajados: CCVSYE.** **Abril-2025** **-**Acta del día 03/04/2025 socialización de procesos transversales de la gestión para la atención integral de la primera infancia Sala ERA subred suroccidente, con listado de asistencia-virtual. **Mayo-2025.** Acta del día 05/05/2025 socialización de procesos transversales de la gestión para la atención integral de la primera infancia Sala ERA subred suroccidente con listado de asistencia-virtual. **6 y 6.1.Abril-2025** Presentan cronograma de visitas de UPGD Criticas implementado por la subred Sur Occidente para el mes de abril, se presentaron 1 UPGD Criticas de las cuales el 16/01/2025 se intervino seguimiento al plan de mejora por eventos por eventos de notificación 995 por silencio epidemiológico. Para el mes de mayo-2025 no presentaron UPGD Criticas. **Abril-2025** Presentan las siguientes actas de seguimiento **1 –Clínica el Seno el día 22/05/2025 Silencio epidemiológico en eventos 995** **Mayo-2025** Para el mes de mayo-2025 no presentaron UPGD Criticas. **6,2. No aplica para estos meses**

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	6.2. Oficios dirigidos al Gerente de UPGD y SDS de acuerdo a lo estipulado en el presente documento. **6.3.** Notificación oportuna a referente distrital especificando los criterios evidenciados de UPGD criticas red Pública que requieren monitoreo por el equipo de fortalecimiento de asistencias técnicas integrales a las subredes integradas de servicios de salud para activar a este equipo desde nivel central **6.4.** Entrega de insumos necesarios y establecidos para que el equipo de fortalecimiento de asistencias técnicas integrales a las subredes integradas de servicios de salud realice monitoreo de UPGD críticas recibidos a conformidad por parte de este equipo Perfil: Descrito en el lineamiento Operativo pág.54 **6.5.** Para el caso de los EPV el cargue se realiza según el anexo_cargue_drive_EPV y para los EAPV según el anexo_cargue_drive_EAPV. Para el caso de PFA se deben incluir las	X		**6,3.** Notificación oportuna a referente distrital, no se presentaron activaciones para el mes de abril y mayo-2025 **6,4. Entrega de insumos** Acta de recepción de Insumos, fortalecimientos, evaluación de críticas para asistencias técnicas Integrales a UPGD mes vencido: **-Abril-2025** -Presentan acta del día 11/04/2025 **mayo-2025** Presentan acta del día 14/05/2025 **Perfil: Descrito en el lineamiento Operativo pág.54. Paula Urueña** **6,5. Abril-2025** **EPV** Este producto fue validado por la profesional especializada Andrea Palacios. **EAPV No se presentaron casos de** **Mayo-2025** **EPV** **Localidad Fontibón**

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	valoraciones neurológicas de treinta (30), sesenta (60) y noventa (90) días, las cuales, se deben gestionar mediante oficio (no se permitirán como soporte de gestión correos electrónicos) al asegurador para garantizar su realización. En caso de dificultades por parte de la EAPB o IPS primaria se avala que sea realizado por el médico de la Subred. Para el caso de viruela símica el cargue debe incluir la historia clínica, ficha de notificación con precrítica, línea de tiempo e IEC al Drive, máximo siete (7) días calendario posterior a la fecha de notificación. El libro de contactos deberá ser cargado al final del seguimiento, que podrá variar según el resultado de la prueba. Perfil - Profesional especializado 4. - Profesional universitario 2, con formación en áreas de la salud (médico, enfermera, bacteriólogo, áreas de terapias, odontólogo o nutricionista). - Técnico 2.	X		**ETV Oropuche** **Usuario:** **Oropuche** Eider Darío Argel Pérez CC.1003450392 fecha de notificación del día 8/05/2025 con cargue al Drive el día 10/05/2025 oportuno. **Localidad Puente Aranda** - **Tosferina** Martina Bermúdez RC1022454027. fecha de notificación del día 19/04/2025 con cargue al Drive el día 03/05/2025 oportuno Dengue **Localidad Bosa** **Sarampión Rubeola** usuario Thiago Amanza Diaz RC1141382997, fecha de notificación el día 01/04/2025 y cargue al Drive 03/04/2025 y el cierre del día 28/04/2025 oportuno. **Localidad Fontibón** - **Sarampión Rubeola** Alana Cruz RC1020012688 fecha de notificación:'4/05/2025 con preliminar del día 06/05/2025 y el cierre del día 4/6/2025-inoportuno **EAPV se presentaron 2 casos los cuales se mencionan a continuación:** **Localidad Bosa** Llego por evento 31 fiebre amarilla del día 4/05/2025 usuaria: Usuaria: Dora González con CC.20351627 con fecha de notificación la cual no cuenta, con ficha de notificación debido fue un 310, con notificación al referente distrital Fernando Díaz desde el correo electrónico: transmisibles@subredsuroccidente.gov.co y al correo fdiaz@saludcapital.go.co, el 18/07/2025. -Evento 298, usuario: Jesús Manuel Enrique López cc.375667, presentan correo electrónico del día 12/06/2025 allegado por el referente distrital Fernando Díaz solicitando acciones individuales y colectivas del caso en mención, con fecha de cargue al Drive el día 13/06/2025 con cargue oportuno, los 2. Casos se encuentra

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	6.6. Soporte de seguimiento mensual de la base Sivigila Sarampión – Rubéola y laboratorio de manera mensual para revisar ajustes, indicadores y laboratorios pendientes.	X		en comité de expertos coinvima 300586809 Subido Al vigiflow pendientes con SIVIGILA del día 25/02/2025 **Mayo-2025** se presenta 1 caso sin muestra para el mes de abril-2025 con unidad de análisis del día 24/04/2025 usuario: Isabela Álvarez Rojas USAA 46982802 con descarte en SIVIGILA, adicional presentan como soporte la base de SIVIGILA con los ajustes con la clasificación del caso confirmado o descartado y se hace la precrítica de la cara A y la cara B con los datos básicos del usuario en la cara A y la cara B lo propio del evento, se realizan ajustes como: -Nombres de la madre del usuario -Antecedentes Vacunales -Datos Clínicos -Visita Domiciliaria de la IEC -Fechas de inicio de Fiebre -Fecha de Erupción -Tipo de Erupción -Posibles Fuentes de Infección -Antecedentes de Viaje -Contactos con personas que hayan tenido la misma sospecha del evento- -El seguimiento, ajuste y clasificación. Todo lo de monitoreo rápido la BAC si hubo o no hubo fecha de seguimiento -Clasificar la ficha negativo o positivo según corresponda el laboratorio -Ingresar los laboratorios -Acta con pantallazos de ajustes SIVIGILA interna del día 28/04/2025 y para el mes de mayo del día 27/05/2025 **Periodicidad: Mensual** Perfil: Alejandra Delgado- Epidemióloga
	7. Actas de orientación técnica al equipo transmisibles.			**7,** Acta de orientación Técnica Abril-2025-Acta de reunión de equipo del día 23/04/2025 Realizar reunión del equipo del subsistema Transmisibles y Socialización EPP, hallazgos de auditoria diciembre-2024 y enero de 2025, organización de la mesa técnica

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	7.1. Soporte de consolidación y diligenciamiento del reporte de los proyectos de inversión, reporte IEC subredes, indicadores GESI de acuerdo con las directrices de la SDS.			SIVIGILA Transmisibles, oportunidad de bloqueos, cargue del DRIVE de IEC. **Mayo-2025** -Acta de reunión de equipo del día 28/05/2025 Realizar reunión del equipo del subsistema Transmisibles mes de diciembre 2024 y Socialización EPP, socialización de hallazgos de auditoría de febrero y marzo de 2025, socialización de PAI, socialización familigrama en aplicativo Genopro **7,1. Abril-2025** Se diligenciaron el día 14/04/2025 mes vencido **Mayo-2025** Se diligenciaron el día 09/05/2025- mes vencido Es un aplicativo distrital en donde plasman la información y el referente distrital verifica, se observa registro del nivel central donde aprueba. para indicadores GESI **Indicadores del** SEGPLAN en el mes **abril-**2025 el día 21/05/2025 mes vencido **Mayo-2025** 19/06/2025 mes vencido de acuerdo con las directrices de la SDS.
	7.2. Actas, listados, documentos de espacios de análisis de los indicadores del subsistema.	X		**7,2. Abril-2025** **-**Acta de Articulación con VSP y GPISP Subred Sur Occidente se da la claridad que este criterio es operado por la subred Norte, quien allega correo electrónico de equipo estrategia sala ERA Subred norte con aval del nivel central en donde describen que por dinámicas de contratación del talento humano para el mes en mención no se contaba con la profesional para las actividades propuestas. **Mayo-2025** **-**Acta de Articulación con VSP y GPISP Subred Norte del día 23/05/2025 con Anngie Natalia Quintero referente primera infancia Subred Norte.
	7.3. Actas de reunión con los entornos cuidadores, programas distritales			**7,3. No a plica para estos periodos**

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	(cuando aplique). **7.4.** Soportes de verificación de soportes y productos desarrollados por parte del equipo, que incluye seguimiento al proceso de concordancia eventos objeto de IEC vs informe de gestión que debe ser al 100%. Acta de acompañamiento en campo mensual a profesionales que realizan la vigilancia de eventos transmisible	X		**7,4.Soportes de verificación y productos desarrollados por parte del equipo** **Abril-2025-**Revisión de productos de epidemiológicos del 16/04/2025 en donde se valida productos como, calidad de las IEC, Productos de gestión, envíos oportunos: -Nazly Walteros -Arley Corzo -Alejandra Delgado -Paula Urueña -Leidy Real -Sandra Martínez -Bibiana González-Profesional universitario Equipo de bloqueos revisión del 30/04/2025 al equipo -Sandra Ramírez -Lorena Cortes -Sandra Cortes -Luz Quitian -Cermira Cáceres -Delia Camargo -Brigith Capera -Alba Padilla -Sirley Corcho **Mayo-2025** **-**Revisión de productos de epidemiológicos del 02,16,/05/2025 en donde se valida productos como, calidad de las IEC, Productos de gestión, envíos oportunos: -Nazly Walteros -Arley Corzo -Alejandra Delgado -Paula Urueña -Leidy Real -Bibiana González-Profesional universitario **-Laura Rada** **Revisión a productos Equipo BAI del** 03/06/2025 mes vencido a -Brichk Gil Equipo de bloqueos revisión del 31/05/2025 al equipo -Brigith Capera

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	7.5. Actas y soportes de inducción y acompañamiento en campo de talento humano nuevo que ingresa a desarrollar acciones de eventos transmisibles.	X		-Sandra Ramírez -Cermira Cáceres -Lorena Cortes -Yaneth Camargo Acta de técnicos mes vencido del día 5/06/2025 a: -Edwin Berrio -Íngrid Leal Realiza la base de asignación Interlocales, requerimiento a otras subredes Acta del día 02/06/2025 -Jhon Hawey Ramírez apoyo de TB con ajustes y consolidación de bases. Acta de técnicos del día 30/05/2025 a: -Miguel Mora Drive de SDS -Carlos Ocampo digita base SIVIGILA DC Todos presentan el100% de cumplimientos **7,5. Abril-2025** -Acta de inducción y apropiación de lineamientos del subsistema transmisibles enfermera-profesional Especializado 4 del día 01/04/2025, Jennifer Encizo del día 15/04/2025 Técnico 2 Carlos Ocampo **Mayo-2025** Presentan acta de inducción de los siguientes contratistas: Acta del día 9/05/2025 profesional especializado 4- Lina Orjuela -Acta del día 23/05/3035 Técnico 1-Milena Cubillos.
	7.6. Garantizar el envío del Informe de entrega de quimioprofilaxis enviado a la referente distrital de manera mensual.			**7,6. Quimioprofilaxis** **Abril-2025** **Enviado el día 10/05/2025 a las 10:24 a.m al correo electrónico mes vencido epv.sds@saludcapital.gov.co emsabogal@saludcapital.gov.co jysanchez@saludcapital.gov.co** **Mayo-2025** **10/06/2025 a las 8;15 a.m al correo electrónico epv.sds@saludcapital.gov.co emsabogal@saludcapital.gov.co**

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	7.7. Aporte al boletín epidemiológico local con calidad y oportunidad de acuerdo a solicitud de componente geográfico. A claridades técnicas dadas por este componente. **7.8.** Actualización de correos oficiales de comunicación con cada Subred, si aplica **7.9.** Acta de reunión mensual con las mesas de trabajo de articulación con el equipo de fortalecimientos a las asistencias técnicas integrales a las subredes integradas de servicios de salud y Sivigila local en la entrega de insumos y realimentación por parte de estos equipos sobre asistencias técnicas trimestrales y UPGD críticas, es importante que en el acta se manifieste el recibido a conformidad tanto en la entrega como en la realimentación recibida. **7.10.** Informe de muestreo de IEC fallidas en formato establecido.	X		**jysanchez@saludcapital.gov.co** **7,7 abril y mayo-2025** **Presentan correo electrónico del día 07/04/2025 con los ajustes solicitados a geograficovsp@subredsuroccidente.gov.co** **Mayo-2025** **No se presentaron solicitudes para este** periodo ya que en abril presentaron el final **7,8. Para estos periodos no se presentaron actualización de correos oficiales.** **7,9. Acta de recepción de Insumos, fortalecimientos, evaluación de críticas para asistencias técnicas Integrales a UPGD mes vencido:** **. 6,4. Entrega de insumos** Acta de recepción de Insumos, fortalecimientos, evaluación de críticas para asistencias técnicas Integrales a UPGD mes vencido: **-Abril-2025** -Presentan acta del día 11/04/2025 **mayo-2025** Presentan acta del día 14/05/2025 **Perfil: Descrito en el lineamiento Operativo pág.54. Paula Urueña** **7,10. INFORME DE IEC FALLIDAS** **Abril-2025-**Se envía de alto impacto y TB el día 4/04/2025 a los correos electrónicos: en total 9 IEC mes vencido del mes de marzo de 2025 y el 21/04/2025 se envía ajuste por referentes distritales en total 3 fallidas para ajustes. Y se dio respuesta el mismo día 21/04/2025

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
		X		Jysanchez@saludcapital.gov.co con copia cpbeltran@saludcapital.gov.co emsabogal@saludcapital.gov.co efdiaz@saludcapital.gov.co jslozano@saludcapital.gov.co **y Mayo-2025** **-**Se envía de alto impacto y TB el día 05/05/2025 a los correos electrónicos: en total 17 IEC, dejan recomendaciones de parte del nivel Central SDS. Jysanchez@saludcapital.gov.co con copia cpbeltran@saludcapital.gov.co y emsabogal@saludcapital.gov.co mes vencido en total 18, se envió el 09/64/2025 y con ajuste de abril de 1 fallidas y 1 IEC para ajuste y se envió el día 10/06/2025 el ajuste a los correos de los referentes distritales.

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
		X		

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
		X		

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
		X		

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
		X		

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
		X		

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
		X		

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
		X		

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
FICHA TÉCNICA DE SUBSISTEMA VIGILANCIA DE LOS EVENTOS PREVENIBLES POR VACUNAS (EPV) **1.** Recepción de la notificación para los EPV en eliminación, erradicación, control y riesgo ambiental. Deben documentarse todos los casos de SRC que el aplicativo Sivigila no deja subir a la notificación aun teniendo menos de un (1) año. Para esto deben enviar mensualmente (mes vencido) los soportes de los casos al referente distrital con copia al correo electrónico epv.sds@saludcapital.gov.co y en asunto del correo diligenciar “incidencia fecha nacimiento SRC”.	**1.1.** Matriz de seguimiento de notificación con registro de asignación y seguimiento. Periodicidad: Diaria **1.2.** Registro de recepción interlocal y correo electrónico de devolución de casos no residentes en las localidades de la Subred, entre las	x X		**Abril y mayo-2025** **Presentan matriz de** seguimiento de notificación con registro de asignación y seguimiento. Semana de la 14 a la 22 del 2025, donde se identifican que allegan eventos para asignar a epidemiólogos y profesional universitario de las UPGD de la subred Sur Occidente y de las otras subredes desagregada de la siguiente manera: Subred Sur Occidente -Evento TB=37 casos -Centro Oriente=18 -Subred Norte=17 -Subred Sur= 0 **En total asignados 452 casos** **SRC=78 casos de los cuales corresponden a** -Sur Occidente=17 Centro Oriente=23 **Subred Norte=38 en total de 78 casos** **Tosferina-800 =156 casos de los cuales corresponden a** -Sur Occidente=52 Centro Oriente=32 Subred Sur=1 Subred Norte**=69 en total de 78 casos** Se presentaron 2 eventos de fuera de Bogotá **Periodicidad: Diaria** **1,2.** Para el registro de Recepción Interlocal Presentan la pestaña de Interlocal en la base de asignación en la que relacionan los eventos enviados a las otras subredes por que el usuario reside en otra localidad, del mes de abril del 2025 al 31 de mayo del 2025 se realiza

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	veinticuatro (24) horas de recepción de la notificación. Si la notificación interlocal supera las veinticuatro (24) horas deberá ser realizada por la localidad que notifica el caso y se deben enviar a los correos establecidos para tal fin por cada Subred.			devolución de eventos a sus respectivas localidades de residencia un total de 43 eventos porque no correspondían a las localidades de la subred. Se envía al correo a la otra subred se envió 15 del mes de abril-2025 y de mayo fueron 28 y se devolvió el mismo día a la subred las diferentes subredes dentro de las 24 horas oportunos a los correos indicados corporativos e institucionales, desde el correo sivigilaoccidente@saludcapital.gov.co.
2. Garantizar la calidad y ajustes de las bases Sivigila para EPV con variables completamente diligenciadas. Para morbilidad por EPV dentro de las cuatro (4) semanas epidemiológicas a partir de fecha de notificación del caso y para mortalidad dentro de las cuatro (4) semanas de la notificación de la mortalidad. Para los eventos PFA se contará con nueve (9) semanas epidemiológicas, SR – SRC cinco (5) semanas epidemiológicas y EAPV siete (7) semanas epidemiológicas a partir de fecha de notificación del caso. **3.** Garantizar seguimiento mensual de la base Sivigila de los eventos EPV y laboratorio para revisión de ajustes, indicadores y	**Periodicidad**: a demanda (diario). **2.** Bases de los EPV con calidad y ajustadas según tiempo establecidos. Periodicidad: Diaria **2.1.** Acta de revisión de casos con referente distrital que explique inoportunidad en el ajuste. **Periodicidad**: a demanda (diario).	X		**Periodicidad=** diaria y/o a demanda. **2,** Bases de EPV, presentan las bases del mes de abril del 2025 **Abril-2025** **SARAMPIÓN** fueron 22 eventos negativos Evento 720-SRC fueron 7 todos cuentan con ajuste 6 de descarte cuentan con registro de calidad **Mayo-2025** **SARAMPIÓN** fueron 26 eventos negativos Evento 720-SRC fueron 7 todos cuentan con ajuste 6 de descarte cuentan con el registro de calidad, Periodicidad: Diaria **2,1. Abril y mayo-2025** No se presentaron inoportunidades en estos periodos, solo ajustes del día 8/05/2025 con respuesta del 9/05/2025 realizando los ajustes solicitados del nivel central **Periodicidad**: a demanda (diario).

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
laboratorios pendientes. **4.** Realizar la gestión pertinente para garantizar la toma de muestra adecuada según el evento requerido	**3.** Base de seguimiento de los EPV con el 100% de variables críticas diligenciadas en Sivigila. **Periodicidad**: a demanda (mensual). **4.** Bases de datos Sivigila con sus respectivas variables de laboratorio (cara B y módulo de laboratorio) diligenciadas como: muestras, agente, fecha de toma y fecha de resultado. **Periodicidad**: a demanda.	X		3 y 4. Bases de EPV, presentan las bases del mes de Abril **Abril y mayo-2025**Presentan 88 eventos ajustados Presentan 42 eventos de Tosferina ajustados y descartados 37, ajuste D por error de digitación=1 y confirmados=4 mayo-2025 Presentan 46 eventos ajustados de los cuales 41 fueron descartados y 5 confirmados **Periodicidad**: a demanda (mensual). **4 abril y mayo-2025** La subred Sur occidente para estos periodos presenta como soporte la base de SIVIGILA con los ajustes con la clasificación del caso confirmado o descartado y se hace la precritica de la cara A y la cara B con los datos básicos del usuario en la cara A y la cara B lo propio del evento, se realizan ajustes como: -Nombres de la madre del usuario -Antecedentes Vacunales -Datos Clínicos -Visita Domiciliaria de la IEC -Fechas de inicio de Fiebre -Fecha de Erupción -Tipo de Erupción -Posibles Fuentes de Infección -Antecedentes de Viaje -Contactos con personas que hayan tenido la misma sospecha del evento- -El seguimiento, ajuste y clasificación. Todo lo de monitoreo rápido la BAC si hubo o no hubo fecha de seguimiento -Clasificar la ficha negativo o positivo según corresponda el laboratorio -Ingresar los laboratorios -Acta con pantallazos de ajustes SIVIGILA internas del día 10 y 30/04/2025.y para el mes

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
5. Cargue en Drive de las IEC realizadas por localidad de residencia de acuerdo a los tiempos establecidos para cada evento según anexo_cargue_drive_EA PV	**5.** Soportes y fecha de cargue en Drive de acuerdo a los tiempos establecidos para cada evento **Periodicidad**: a demanda.	X		de mayo del día Periodicidad: Mensual Perfil: Nazly Walteros- Epidemióloga, Leidy Real, -Epidemióloga, José Arley Corzo-Epidemiólogo **5. Evento 298-EAPV envió acta ID:**1145938297 preliminar el día 28/03/2025 y la definitiva el día 31/03/2025 se realizó la unidad de análisis el 25/03/2025 **Evento 2988-EAPV envió acta ID:**233522683 preliminar el día 28003/2025 y la definitiva el día 25/03/2025 se realizó la unidad de análisis el 17/03/2025 **Evento 298-EAPV envió acta ID:**1026605089 preliminar el día 20/03/2025 y la definitiva el día 25/03/2025 se realizó la unidad de análisis el 17/03/2025 Se observa acta de unidad de análisis diligenciada con calidad **1)348-IRAG Inusitado** se tiene del resumen contiene 3135 caracteres en el resuenen la IEC 4155 caracteres **2)Evento 298-EAPV ID:**1145938297 **se** tiene del resumen contiene 2228 caracteres en el resuenen la IEC 4154 caracteres **3)Evento 298-EAPV ID:** 233522683 se tiene del resumen contiene 2961 caracteres en el resuenen la IEC 3121 caracteres **4)Evento 298-EAPV ID:** 1026605089se tiene del resumen contiene 4593 caracteres en el resuenen la IEC 6046 caracteres **Periodicidad**: a demanda
6. Garantizar el	**6.** Bases IEC Sivigila DC diligenciadas de las			**6. Abril -2025**

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
diligenciamiento de la base de IEC Sivigila DC con calidad y oportunidad y la concordancia con la base de notificación Sivigila.	variables solicitadas con corte mensual y con concordancia de la información. Error máximo de 5% sobre total de registros en el periodo **Periodicidad**: a demanda.		X	Presentan las bases IEC DC evidenciándose el diligenciamiento de las variables solicitadas con corte mensual y con concordancia de la información con 250 registros de IEC. Error máximo pendiente por ser allegado por nivel central ya que se encuentra en gestión sobre total de registros en el periodo, reportan diligenciamiento de 250 casos. Refieren que desde el nivel central no les retroalimentan, sin embargo, se sugiere que se describa con los referentes distritales como se va a medir el error máximo del 5%, con el propósito de dar cumplimiento a lo descrito en el criterio de evaluación y a la actividad establecida en lineamiento, sin embargo, se valida con los aportes en las bases presentadas. Con calidad y oportunidad, sin embargo, por lo que Se deja la observación **y mayo-2025** Presentan las bases IEC DC evidenciándose el diligenciamiento de las variables solicitadas con corte mensual y con concordancia de la información con registros de IEC. Error máximo pendiente por ser allegado por nivel central ya que se encuentra en gestión sobre total de registros en el periodo, reportan diligenciamiento de 261 casos. Refieren que desde el nivel central no les retroalimentan, sin embargo, se sugiere que se describa con los referentes distritales como se va a medir el error máximo del 5%, con el propósito de dar cumplimiento a lo descrito en el criterio de evaluación y a la actividad establecida en lineamiento, sin embargo, se valida con los aportes en las bases presentadas. Con calidad y oportunidad, sin embargo, por lo que Se deja la observación
7. Diligenciamiento del 100% de las variables críticas para cálculo de indicadores de los EPV (Cara A y B)	**7.** Bases de los EPV con el 100% de variables críticas diligenciadas en SIVIGILA. **Periodicidad**: a demanda.			**Periodicidad**: a demanda. **7. Mayo-2025** **Abril y mayo-2025** La subred Sur occidente para estos periodos

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	Periodicidad: de acuerdo con la programación.	X		presenta como soporte la base de SIVIGILA con los ajustes con la clasificación del caso confirmado o descartado y se hace la precritica de la cara A y la cara B con los datos básicos del usuario en la cara A y la cara B lo propio del evento, se realizan ajustes como: -Nombres de la madre del usuario -Antecedentes Vacunales -Datos Clínicos -Visita Domiciliaria de la IEC -Fechas de inicio de Fiebre -Fecha de Erupción -Tipo de Erupción -Posibles Fuentes de Infección -Antecedentes de Viaje -Contactos con personas que hayan tenido la misma sospecha del evento- -El seguimiento, ajuste y clasificación. Todo lo de monitoreo rápido la BAC si hubo o no hubo fecha de seguimiento -Clasificar la ficha negativo o positivo según corresponda el laboratorio -Ingresar los laboratorios -Acta con pantallazos de ajustes SIVIGILA internas del día 10 y 30/04/2025.y para el mes de mayo del día Periodicidad: Mensual Perfil: Nazly Walteros- Epidemióloga, Leidy Real, -Epidemióloga, José Arley Corzo-Epidemiólogo
8. Articulación mensual con equipo PAI local Nota: Las actividades descritas en la ficha técnica del subsistema vigilancia de los Eventos Prevenibles por Vacunas (EPV) con numeral 5, 6, 8, 9, 10 y 14, se incluyen de igual forma en el apartado del documento operativo, por lo que no se repiten en este apartado.	**8.** Acta de reunión que incluya los temas especificados en la ficha técnica **Periodicidad**: mensual.			**8-Abril-2025** Presentan acta de articulación con programa ampliado inmunización y farmacovigilancia del día 30/04/2025 realizar plan de trabajo mensual. **Mayo-2025** Verificación de EAPV presentados durante el mes de marzo 2025, articulación de PAI, farmacovigilancia y VSP con el fin de realizar plan de trabajo mensual el día 30/05/2025

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
9. BAI centinela PFA	**9.** Recepción, consolidación y envío a referente distrital de acuerdo a el anexo_tecnico_EPV **Periodicidad**: quincenal			**9.**No aplica para está subred **Periodicidad**: quincenal
10. BAI Tos ferina intensificación de la vigilancia en IPS con servicio de pediatría "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." 12 11. Unidades de análisis de casos sin muestra realizadas en las 4 semanas epidemiológicas, cumpliendo con los mínimos establecidos en este lineamiento	**10.** Formato de consolidación BAI Tosferina y envío al referente distrital el 5 día calendario del mes siguiente Frecuencia: Semanal Periodicidad: Mensual	X		**10. BAI TOSFERINA** **Abril y mayo-2025** BAI Tosferina de acuerdo a ficha técnica ajustes de eventos de control solicitados para las vigencias tenemos. **Abril** se presentaron 35 casos de los cuales se notificaron 4 eventos por ende no hay soportes de gestión de ajustes, enviada el 5/5/2025 mes vencido **Mayo- 2025** Se presentaron 46 casos con fecha de envío del día 05/06/2025y se notificó 7 sin ajustes D, al correo electrónico jysanchez@saludcapital.gov.co y epv.sds@saludcapital.gov.co y lidertransmisibles@subredsuroccidente.gov.co
11. Llevar al COVE local temas relacionados con eventos EPV según priorización	**11.** Acta de unidad de análisis avalada por referente distrital, según cronograma, en los tiempos establecidos a el correo epv.sds@saludcapital.gov.co con copia a correo de referente distrital de cada evento			**11.** No se presentaron unidades de análisis de BAI tosferina para estos periodos
12. Planeación, ejecución y análisis COVECOM, de eventos transmisibles por EPV	Frecuencia: demanda Periodicidad: Mensual			Frecuencia: demanda Periodicidad: Mensual
	12. Actas de preparación con el grupo ASIS del COVE Acta que cuenta el desarrollo de COVE en			**12. Actas de preparación COVE** **Abril-2025** Acta de Alistamiento del día 04/04/2025 con todas las localidades

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
13. Participar en comité PAI local con los análisis del comportamiento de los EPV (o priorizar de acuerdo a la necesidad)	donde se realice presentación o talleres relacionados con eventos EPV Periodicidad: De acuerdo con la programación **13.** Acta de articulación con Vigilancia Comunitaria, y de acuerdo a priorización y cronograma acta del día en que se realiza la Unidad Comunitaria o COVECOM. **14.** Actas de Comité PAI local Presentación de socialización ante comité PAI local del comportamiento de los EPV, resultados de los bloqueos	X X		-Acta COVE local Bosa 10/04/2025- temas indicadores de enfermedades Transmisibles -Acta COVE Fontibón 09/05/2025 temas indicadores de enfermedades Transmisibles -Acta COVE Kennedy y Puente Aranda el día 11/04/2025 **Mayo -2025 2025** Acta de alistamiento del día 7/05/2025 virtual -Localidad de Bosa 15/05/2025 indicadores de transmisibles -Localidad de Fontibón 021/05/2025 -Localidad Kennedy y Puente Aranda del día 16/05/2025, Adicional presentan inmersas en las actas graficas de tendencia donde se explica el comportamiento de los indicadores de los eventos**.** El informe de los coves locales. **13,** Para estos periodos no aplica COVECOM **Abril-2025** No hubo por cronograma del nivel central **Mayo-2025** Presentan acta llamada socialización del documento de la ficha técnica del COVECOM de la VEBC, con alistamiento del día día 08/05/2025. Para las localidades de Fontibón realizada el día 13/05/2025 y puente Aranda se realizó el día 15/05/2025 Con la temática fiebre amarilla riesgos y como prevenirla. De manera virtualidad **14. Abril-2025** - **Abril-2025** Presentan acta de articulación con programa ampliado inmunización y farmacovigilancia del día 30/04/2025 realizar plan de trabajo mensual. **Mayo-2025** Verificación de EAPV presentados durante el mes de marzo 2025, articulación de PAI, farmacovigilancia y VSP con el fin de realizar plan de trabajo mensual el día 30/05/2025

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	Periodicidad: Mensual			Periodicidad: Mensual
FICHA TÉCNICA PARA LA VIGILANCIA INTEGRADA DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA Y MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS POR IRA / EDA / DESNUTRICIÓN **1.** Recepción de la notificación, registro, consolidación, clasificación de los eventos de acuerdo a definición operativa, priorización para su intervención y seguimiento de la calidad del dato de los eventos IRA incluyendo (depuración, precrítica, critica, ajuste y realimentación) de los eventos IRA. Los ajustes para los eventos se deben garantizar en las cuatro (4) semanas epidemiológicas establecidas, a partir de la fecha de notificación para los eventos 345, 348 y 739 (en caso de defunciones para los eventos 348 y 739 serán de cinco (5) semanas).	**1.1.** Bases depuradas semanalmente, con concordancia del 100% de los casos relacionados en la base de laboratorio (Sismuestras PCR, antígeno, virus respiratorio LDSP) con la base SIVIGILA evento 346 por Subred de notificación	X X X		**Abril y mayo de 2025** **1,1, 1,2 Y 1,3.** Presentan bases depuradas semanalmente abril-2025 Presentan semana 13 Acta del día 04/04/2025 en donde describen que el tema fue identificación de ajustes para el 345 con concordancia del 100%, del 348 no se presentaron eventos. Semana 14 con: -Acta llamada identificación resultados de laboratorios y ajustes de calidad del dato del día 10/04/2025 con porcentaje de concordancia del 87%, debido a que no salen los laboratorios. Semana 15 con: - Acta llamada identificación resultados de laboratorios y ajustes de calidad del dato del día 21/04/2025 con porcentaje de concordancia del 84%, que no salen los laboratorios. Semana 16 con: - Acta llamada identificación resultados de laboratorios y ajustes de calidad del dato del día 25/04/2025. con porcentaje de concordancia del 100% **Mayo-2025** semana 17 - Acta llamada identificación resultados de laboratorios y ajustes de calidad del dato del día 03/05/2025. con porcentaje de concordancia del 100% **Semana 18** - Acta llamada identificación resultados de laboratorios y ajustes de calidad del dato del día 08/05/2025 con porcentaje de concordancia del 100% **Semana 19** - Acta llamada identificación resultados de

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	1.2. Acta semanal de soporte de cruce de bases de eventos de notificación individual 348, 345, 346 591 y 739 con base de laboratorio.	X		laboratorios y ajustes de calidad del dato del día 15/05/2025 con porcentaje de concordancia del 100% **Semana 20** - Acta llamada identificación resultados de laboratorios y ajustes de calidad del dato del día 22/05/2025. con porcentaje de concordancia del 100% **Semana 21** - Acta llamada identificación resultados de laboratorios y ajustes de calidad del dato del día 29/05/2025 con porcentaje de concordancia del 100% **348, 345, 346 591 y 739 con base de laboratorio**. **1.2.** Presentan para el periodo **Abril-2025** como soporte el acta llamada acta cruce SIVIGILA y LSDP. Eventos 348, 345, 346 591 y 739 con base de laboratorio del día 28/04/2025, con listado de asistencia adjunto **Mayo-2025** Acta llamada identificación de ajuste de cruce de bases de eventos de notificación individual 348, 345, 346 591, 348 y 739 con base de laboratorio, de las localidades Kennedy, Fontibón, bosa y puente Aranda presentan acta del día 30/05/2025, con listado de asistencia adjunto
	1.3. En mortalidad por IRA se requiere acta de articulación mensual con el referente de la Subred Integrada de Servicios de Salud de EEVV. Se debe garantizar concordancia entre la base Sivigila y aplicativo Web RUAF_ND, en un 100%.			**1,3**. **ARTICULACIÓN IRA CON SIVIGILA** **Abril-2025** Presentan soporte acta de articulación transmisibles SIVIGILA del día 4,11, 21 y 25/04/2025 en donde se evidencia los hallazgos de acuerdo al caso y los compromisos a realizar. -Presentan acta de articulación con el componente de EEVV del día 26/02/2025 cuyo objetivo es realizar verificación de las mortalidades notificadas en la base de aplicativo RUAF y evento 346 Positivo IRA por virus nuevo, 348 IRAG Inusitado, 591 mortalidad menor de 5

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
				años y 739 MISC. En esta vigencia no se presentaron Unidades de análisis **Mayo-2025** **1-**Presentan soporte acta de articulación transmisibles SIVIGILA del día 27/05/2025 en donde se evidencia los hallazgos de acuerdo al caso y los compromisos a realizar. -Presentan acta de articulación con el componente de EEVV del día 2,9,16,23 y 30/05/2025 cuyo objetivo es realizar verificación de las mortalidades notificadas en la base de aplicativo RUAF y evento 346 Positivo IRA por virus nuevo, 348 IRAG Inusitado, 591 mortalidad menor de 5 años y 739 MISC. En estos periodos no se presentaron Unidades de análisis con listado de asistencia. Concordancia del 100%
	1.4. En la notificación de casos asociados al evento 591 que no se encuentren en el RUAF, se requiere soporte de revisión acta de reunión con la IPS con notificación del caso en Sivigila no subidos a las EEVV	X		**1,4.** Para el mes de abril y mayo no se presentaron notificaciones de casos asociados al evento 591 que no se encuentren en el RUAF, se requiere soporte de revisión acta de reunión con la IPS con notificación del caso en Sivigila no subidos a las EEVV.
	1.5. Soporte acta de seguimiento a UPGD centinela (revisión casos pendiente por ajuste y relación de casos sin muestra).			**1,5**. Acta de seguimiento a UPGD Centinela **Abril-2025** -Acta del día 14/04/2025 Acta Hospital Occidente **Mayo-2025** -Acta Hospital Occidente de Kennedy del día 14/05/20025,. --Acta del día 20/05/2025 hospital pediátrico Tintal
	1.6. Soportes de gestión y cargue de información al Drive dispuesto por el referente distrital en las			**1,6. Abril-2025** **EVENTO IRAG INUSITADO-348=1** MARZO-2025 **Localidad de Bosa** **2)-EVENTO 348-IRAG INUSITADO** Nicole Tatiana Martínez Rodriguez

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	primeras veinticuatro (24) horas posterior a su notificación, de información correspondiente a soportes clínicos de todas las mortalidades reportadas en el evento 348 y 739 (notificación, historia clínica, laboratorios, estudios de imagen, aislamientos etiológicos, soporte RUAF o certificado de defunción e investigación epidemiológica de campo en los casos que cumplen con definición operativa de caso). **Periodicidad:** semanal.	X		c.c:1003556720 ficha de notificación del 1/03/2025 se realizó unidad de análisis el día 25/03/2025 con cargue al DRIVE el día 31/03/2025 con cargue inoportuno del cargue al drive, se realiza la claridad que presentan correo electrónico allegado por el nivel central de la SDS Dra. Karen Jiménez al correo de lidertransmisibles@subredsuroccidente.gov.co en donde se relaciona el link del drive para el cargue de las Unidades de Análisis. Por lo que se acepta el cargue extemporáneo Con convocatoria del día 14/03/2025 correo de solicitud de convocatoria con copia al nivel central del día 14/03/2025 Confirmación de los Asistentes, presentan un listado de asistentes vía correo electrónico a lo que se les reitera la importancia de confirmar los Asistentes al nivel central de SDS. **Por ocurrencia** **Localidad de Kennedy** 3)-EVENTO 298-Evento por vacunación Emily Isabella López Gallego RC:1145938297 registro de Vigiflow del día 10/02/2025 se realizó unidad de análisis el día 25/03/2025 Con convocatoria del día 13/03/2025 correo de solicitud de convocatoria con copia al nivel central del día 14/03/2025 Confirmación de los Asistentes, presentan un listado de asistentes vía correo electrónico a lo que se les reitera la importancia de confirmar los Asistentes al nivel central de SDS con envío del acta preliminar del día 28/'3/2025 y acta final del día31/03/2025 Con cargue al DRIVE del día 4/04/2025 **Localidad de Kennedy** 4)-Grace Alexandra Mendoza Duarte RC:1233522683 registro de Vigiflow del día 04/12/2024 se realizó unidad de análisis el día 17/03/2025 Con convocatoria del día 13/03/2025 correo de solicitud de convocatoria con copia al nivel central del día 05/03/2025 Con cargue al DRIVE del día 25/03/2025

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
		X		Localidad de Bosa 5)Juan David Cuadrado Sanchez RC:1026605089 registro de Vigiflow del día 02/12/2024 se realizó unidad de análisis el día 17/03/2025 Con convocatoria del día 05/03/2025 correo de solicitud de convocatoria con copia al nivel central del día 25/02/2025 Con cargue al DRIVE del día 25/03/2025 **Nota Aclaratoria:** Los eventos 3, 4 y 5 correspondientes a EAPV se cargan en el DRIVE llamado SDS, Eventos Adversos Posteriores A La Vacunación **Evento 348-IRAG Inusitado envió acta** preliminar el día 28/03/2025 y la definitiva el día 31/03/2025 se realizó la unidad de análisis el 25/03/2025 **Evento 298-EAPV envió acta** **ID:**1145938297 preliminar el día 28/03/2025 y la definitiva el día 31/03/2025 se realizó la unidad de análisis el 25/03/2025 **Evento 2988-EAPV envió acta**
		X		**ID:**233522683 preliminar el día 28003/2025 y la definitiva el día 25/03/2025 se realizó la unidad de análisis el 17/03/2025 **Evento 298-EAPV envió acta** **ID:**1026605089 preliminar el día 20/03/2025 y la definitiva el día 25/03/2025 se realizó la unidad de análisis el 17/03/2025 Se observa acta de unidad de análisis diligenciada con calidad **1)348-IRAG Inusitado** se tiene del resumen contiene 3135 caracteres en el resuenen la IEC 4155 caracteres **2)Evento 298-EAPV ID:**1145938297 **se** tiene del resumen contiene 2228 caracteres en el resuenen la IEC 4154 caracteres **3)Evento 298-EAPV ID:** 233522683 se tiene del resumen contiene 2961 caracteres en el resuenen la IEC 3121 caracteres **4)Evento 298-EAPV ID:** 1026605089se tiene del resumen contiene 4593 caracteres en el resuenen la IEC 6046 caracteres

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
2. Consolidación, geocodificación, envío y retroalimentación de las salas ERA.	**2.1.** Soporte de envío mediante correo electrónico a la secretaria Distrital de Salud de información consolidada de las salas ERA correspondiente a cada una de las Subredes, con fecha de envío los días martes antes de las 3:00 pm, garantizando el diligenciamiento completo de todas las variables y el 100% de la concordancia de las direcciones reportadas.	X		**Periodicidad:** semanal. **2,1. Abril-2025** Presentan soporte de envío de sala ERA a SDS desde correo electrónico salaeraredsuroccidente@gmail.com Hacia las referentes distritales: -skflorez@saludcapital.gov.co smmancera@saludcapital.gov.co kljimenez@saludcapital.gov.co y f1rodriguez@saludcapital.gov.co Se evidencia envió de correo electrónico desde correos no institucionales del mes de abril el día 8.15.22 y 29/04/2025 -Semana 14 del día 08/04/2025 H: 14:04 -Semana 15 el día 15/04/2025 H:16: 37 -Semana 16 el día 22/04/2025 H: 14:16 -Semana 17 el día 29/04/2025 H: 14:00 **Mayo del 2025** Presentan soporte de envío de sala ERA a SDS desde correo electrónico salaeraredsuroccidente@gmail.com Hacia las referentes distritales: -skflorez@saludcapital.gov.co smmancera@saludcapital.gov.co kljimenez@saludcapital.gov.co y f1rodriguez@saludcapital.gov.co Se evidencia envío de correo electrónico desde correos institucionales desde el día 06/05/2025 correspondiente a la semana 18 H: 09:55 -Semana 19 del día 13/05/2025 H: 13:52 -Semana 20 del día 20/05/2025 H: 13:54 -Semana 21 del día 27/05/2025 H13:47 -Semana 22 del día 03/06/2025 H12:03 Se observa concordancia del diligenciamiento completo de todas las variables y el 100% de la concordancia de las direcciones reportadas.
	2.2. Soporte de seguimiento a salas ERA y retroalimentación (de fallas identificadas en la			**2,2.** Soportes de seguimiento a Salas ERA del mes de abril de 2025 presentan soporte vía correo electrónico pantallazo enviado por las

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	calidad y oportunidad de la información) con las salas ERA correspondientes a cada Subred. Las Subredes deben informar por correo electrónico semanalmente las debilidades identificadas en la notificación y en el incumplimiento de los objetivos de la estrategia a aquellas salas ERA donde se identifiquen fallas, con copia a los siguientes correos electrónicos irag.bogota@saludcapital.gov.co, kljimenez@saludcapital.gov.co, smmancera@saludcapital.gov.co y mftovar@saludcapital.gov.co.	X		UPGD por semana epidemiológica en las cuales se especifica que: -Semana 14 y 17 no hubo hallazgos -Semana 15 se presentó hallazgo en la UPGD VIVA 1 a IPS por falta de diligenciamiento de datos de atención -Semana 16 se presentó hallazgo en Centro médico Kennedy Bomberos Sanitas por estandarización de direcciones. - **Mayo-2025** -Semana 18, 19, 21 y 22 Hallazgo con compensar Kennedy, Hospital Bosa y Trinidad Galán Semana 20 Trinidad Galán por silencio epidemiológico y Unidad de Fontibón por datos de atención en blanco con copia a los siguientes correos electrónicos irag.bogota@saludcapital.gov.co, kljimenez@saludcapital.gov.co, smmancera@saludcapital.gov.co y mftovar@saludcapital.gov.co
	2.3. Soporte mensual de articulación de la información generada por las salas ERA con los referentes de infancia del grupo de gestión de programas y acciones de interés en salud pública (GPAISP). *La atención integral de infancia actualmente se desarrollará de manera distrital operado por la Subred Norte. Lo que*			**2,3.** Soporte mensual de articulación de la información generada por las salas ERA **Abril-2025** -Acta de mesa de trabajo Articulación con Vigilancia en Salud Pública Subred Sur Occidente del día 28/04/2025 con referente de sala ERA con GPISP No se presentó por que no se contaba con contratación de Talento humano en la subred norte para la programación de dicha actividad- **Mayo-2025** Acta de mesa de trabajo Articulación con Vigilancia en Salud Pública Subred Sur Occidente del día 23/05/2025 con referente de primera infancia-Anngie Natalia Quintero de GPISP **-**Mesa de Infancia subred Sur Occidente 23/05/2025

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
3. Ajuste de casos IRAG centinela – IRAG inusitado sin muestra, en tiempos estipulados. Desde la SDS se coordinará cada quince (15) días, espacio de treinta (30) minutos con la persona encargada de esta gestión en cada Subred para saber el avance de la gestión (total de casos revisados, total de casos pendientes), retroalimentar según lo encontrado en la revisión de los soportes subidos al Drive, y aclarar dudas pendientes de cada profesional.	*significa que se tendrá un perfil que visitará las IPS por cada una de las Subredes.* **Periodicidad:** semanal. **3.1.** Soportes de cruce semanal de información entre base de laboratorio de salud pública y bases de notificación de eventos 345 y 348 para identificación de casos sin muestras.	X		**Periodicidad:** semanal. **3,1**Presentan bases depuradas semanalmente abril-2025 Presentan semana 13 Acta del día 04/04/2025 en donde describen que el tema fue identificación de ajustes para el 345 con concordancia del 100%, del 348 no se presentaron eventos. Semana 14 con: -Acta llamada identificación resultados de laboratorios y ajustes de calidad del dato del día 10/04/2025 con porcentaje de concordancia del 87%, debido a que no salen los laboratorios. Semana 15 con: - Acta llamada identificación resultados de laboratorios y ajustes de calidad del dato del día 21/04/2025 con porcentaje de concordancia del 84%, que no salen los laboratorios. Semana 16 con: - Acta llamada identificación resultados de laboratorios y ajustes de calidad del dato del día 25/04/2025. con porcentaje de concordancia del 100% **Mayo-2025** semana 17 - Acta llamada identificación resultados de laboratorios y ajustes de calidad del dato del día 03/05/2025. con porcentaje de concordancia del 100% **Semana 18** - Acta llamada identificación resultados de laboratorios y ajustes de calidad del dato del día 08/05/2025 con porcentaje de concordancia del 100% **Semana 19** - Acta llamada identificación resultados de laboratorios y ajustes de calidad del dato del día 15/05/2025 con porcentaje de concordancia del 100%

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	3.2. Soporte de envío mediante correo electrónico a las IPS de retroalimentación del cruce de base y envío de listado de casos sin muestras. **3.3.** Soportes de acta, base Excel y demás soportes descritos en detalle en el anexo técnico de revisión de casos sin muestra, incluido en la caja de herramientas. Toda la gestión realizada por una misma institución debe quedar en una sola carpeta la cual debe ser identificada con la fecha	X		**Semana 20** - Acta llamada identificación resultados de laboratorios y ajustes de calidad del dato del día 22/05/2025. con porcentaje de concordancia del 100% **Semana 21** - Acta llamada identificación resultados de laboratorios y ajustes de calidad del dato del día 29/05/2025 con porcentaje de concordancia del 100% **3,2.** Soporte de envío mediante **Abril-2025** **Evento 345** No se presentaron en este mes casos sin muestra. **Mayo-2025** **-**envío el día 20,/05/2025 desde el correo electrónico **covid@subred.gov.co** **Evento 345** -Hospital Pediátrico Tintal _20/05/2025 de los cuales se presentaron 3 casos de los cuales 1 fue con ajuste D, los cuales mencionare a continuación: VEN093312735-9 Oscar Santiago Galindo RC 1085233426 Luis Carlos Narváez RC1233526334 Liam Samuel Amezquita **3,3. Abril-2025** **No se presentaron casos** **Mayo-2025** EVENTO 345 -Hospital Pediátrico Tintal presentan acta base Excel y las carpetas con todos los soportes que contienen el acta institucional, acta de de caso sin muestra de la caja de herramientas y la base de caso sin muestra. De los 3 casos nombradas 1, 2 y 3. Con todas las gestiones realizadas por la misma institución Acta VEN093312735-9 Oscar Santiago Galindo RC 1085233426 Luis Carlos Narváez RC1233526334 Liam Samuel Amezquita, adicional contienen las HC, no cuentan con

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
4. Planeación ejecución y análisis del COVE y COVECOM de eventos de interés en salud pública (se participará de acuerdo al cronograma establecido por la Subred).	de la revisión DD.MM.AAA y el nombre de la institución en mayúscula. Dentro de cada carpeta se abrirán dos carpetas: Carpeta 1: debe tener la base y el acta de entrega de la base Excel y la Carpeta 2: con los soportes clínicos del caso: HC y resultados de laboratorio (si corresponde). **Periodicidad:** semanal. **4.1.** Cronograma de programación, del COVE y COVECOM. **4.2.** Presentaciones y otros recursos utilizados durante el COVE, COVECOM u otros espacios locales. **4.3.** Acta de ejecución. **4.4.** Listados de asistencia. **Periodicidad**: de acuerdo al cronograma establecido.			resultados debido a que son casos sin muestra. **Periodicidad:** semanal. **Abril y mayo-2025** **4,1: Presentan cronograma de programación del COVE y COVECOM realizado por SIVIGILA** **Abril y mayo-2025** **4.2:4,3;4,4. COVE** Presentan los siguientes recursos: -PowerPoint 20 diapositivas con contenido de sarampión y rubeola con todo lo relacionado a prevención, notificación, periodicidad del reporte, entre otros **COVECOM** Presentan los siguientes recursos: **-**Presentación en PowerPoint **Actas de preparación COVE** **Abril-2025** Acta de Alistamiento del día 04/04/2025 con todas las localidades -Acta COVE local Bosa 10/04/2025- temas indicadores de enfermedades Transmisibles -Acta COVE Fontibón 09/05/2025 temas indicadores de enfermedades Transmisibles -Acta COVE Kennedy y Puente Aranda el día 11/04/2025 **Mayo -2025 2025** Acta de alistamiento del día 7/05/2025 virtual -Localidad de Bosa 15/05/2025 indicadores de

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
				transmisibles -Localidad de Fontibón 21/05/2025 -Localidad Kennedy y Puente Aranda del día 16/05/2025, Adicional presentan inmersas en las actas graficas de tendencia donde se explica el comportamiento de los indicadores de los eventos**.** El informe de los coves locales. Para estos periodos no aplica COVECOM **Abril-2025** No hubo por cronograma del nivel central **Mayo-2025** Presentan acta llamada socialización del documento de la ficha técnica del COVECOM de la VEBC, con alistamiento del día día 08/05/2025. Para las localidades de Fontibón realizada el día 13/05/2025 y puente Aranda se realizó el día 15/05/2025 Con la temática fiebre amarilla riesgos y como prevenirla. De manera virtualidad **Periodicidad**: de acuerdo al cronograma establecido.
5. Consolidación de la información y georreferenciación del evento.	**5.** Soportes de acta (articulación mensual de datos con componente de gobernanza). *Desde la línea de análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedades, se realizará un abordaje transversal en el análisis de indicadores del PIC, irá a lugar la articulación con el equipo de VSP, de acuerdo a la necesidad de las Subredes y al*			**5 y 5,1 Soportes de articulación e insumos trabajados: CCVSYE.** **Abril-2025** **-**Acta del día 03/04/2025 socialización de procesos transversales de la gestión para la atención integral de la primera infancia Sala ERA subred suroccidente, con listado de asistencia-virtual. **Mayo-2025.** Acta del día 05/05/2025 socialización de procesos transversales de la gestión para la atención integral de la primera infancia Sala ERA subred suroccidente con listado de asistencia-virtual

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	comportamiento de los eventos. A partir de lo anterior, dicha articulación está sujeta a la necesidad de la Subred y en aras de alimentar la información de los indicadores que se consideren pertinentes de análisis de acuerdo con el comportamiento de morbilidad y mortalidad los eventos de IRA. **5.1.** Listados de asistencia. **5.2.** Aporte al boletín local de acuerdo a los solicitado por equipo georreferenciación. **Periodicidad**: mensual.			**5.1. Presentan listados de asistencias** **5.2.Abril y mayo-2025** **Presentan correo electrónico del día 07/04/2025 con los ajustes solicitados a geograficovsp@subredsuroccidente.gov.co** **Mayo-2025** **No se presentaron solicitudes para este** periodo ya que en abril presentaron el final **Periodicidad**: mensual.
6.Gestión de la información en espacios locales y distritales y seguimiento a la operación de los subsistemas.	**6.1.** Acta de reunión y listado de asistencia con otros componentes de salud pública de la Subred. **6.2.** Insumos de la reunión. **6.3.** Cronograma de programación. **6.4.** Actas de planeación y correos electrónicos. **6.5.** Presentaciones y otros recursos utilizados durante las reuniones. **6.6.** Acta de reunión. Y listados de asistencia			**6.1, 6,2:6,3:6,4:6,5 y 6,6** **Presentan las siguientes actas de reunión con sus respectivos listados de asistencia** **Abril-2025, mes vencido** -Acta TB y articulación con programas del día 7/05/2025 --Acta PAI articulación con farmacovigilancia y transmisibles y con programas del día 30/04/2025 --Acta EEVV articulación con a y transmisibles y con programas del día 4,11,21 y 25/04/2025 --Acta SSR articulación con a y transmisibles y con programas del día 28/04/2025 --Acta PAI Intramural articulación con a y transmisibles y con programas del día 24/04/2025 --Acta SIVIGILA ajustes pendientes articulación con a y transmisibles y con programas del día

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	Periodicidad: mensual			14 y 25/04/2025 **Mayo-2025** **Presentan las siguientes actas de reunión con sus respectivos listados de asistencia mes vencido** -Acta TB y articulación con programas del día 09/06/2025 --Acta PAI articulación con farmacovigilancia y transmisibles y con programas del día 13/05/2025 --Acta EEVV articulación con a y transmisibles y con programas del día 2,9,16,23 y 30/05/2025 --Acta SSR articulación con a y transmisibles y con programas del día 28/05/2025 --Acta PAI Intramural articulación con a y transmisibles y con programas del día 13/05/2025 --Acta SIVIGILA ajustes pendientes articulación con a y transmisibles y con programas del día 27/05//2025 El resto de la información se encuentre descrito en el punto 4. Periodicidad: quincenal
FICHA TECNICA DE SUBSISTEMA VIGILANCIA DE LOS EVENTOS TRANSMISIBLES POR MICOBACTERIAS Gestión de la información del componente transmisible con énfasis en eventos por micobacterias **1.** Garantizar la calidad y ajustes de las bases SIVIGILA con variables completamente diligenciadas y en los tiempos establecidos incluidas las mortalidades. Cuando se generan ajustes D o 6 se debe tener todos los soportes de estos ajustes con	**1.1.** Pantallazo del ajuste realizado, soporte de la descarga de Sivigila donde se evidencie el ajuste. Se enviará de manera mensual por parte del referente de micobacterias (primera (1ra) semana del mes) una base con las observaciones y ajustes para cada caso, los ajustes deben visualizarse en la base Sivigila dentro de las tres (3) semanas epidemiológicas	X X		**1.1.:1,2:1,3. Abril-2025** presentaron ajustes 6, calidad, laboratorios, direcciones: Pantallazo de ajustes en acta llamada acta de ajustes del evento 813 TB 3 y10/04/2025, lo presentan por Localidades. puente Aranda con 22 casos reportados con todos laboratorios. Ajustes 6 presentan acta del día 27/04/2025, se hizo la solicitud del día 13/03/2025, lo direcciono el día 25/03/2025 Zentria y lo allegaron el día 27/04/2025 **Mayo-2025** no se presentaron ajustes 6: Pantallazo de ajustes en acta llamada realizar ajustes del evento 813 TB del día 08 y 16/05/2025, lo presentan por Localidades. puente Aranda, Bosa, Kennedy, Fontibón con 25 casos reportados. con las mismas características antes

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
envió al nivel central.	siguientes a la solicitud del nivel central. Los ajustes que no se logren realizar deben estar soportados con la gestión realizada y esta no debe estar limitada a solo envío de correos electrónicos. Los ajustes de la variable de cultivo para el evento tuberculosis tendrá un plazo máximo de nueve (9) semanas epidemiológicas para su correspondiente ajuste a partir de la fecha de notificación. **1.2.** Acta con referente distrital donde se evidencie el recibido a conformidad. **1.3.** Actas de ajustes D y 6, enviadas por correo electrónico al nivel central máximo quince (15) días posterior al ajuste realizado en Sivigila. El envío debe realizarse al correo electrónico del referente distrital con copia a epv@saludcapital.gov.co. Si se realizan este tipo de ajustes sin verificar soportes y comunicar al nivel central, la Subred deberá realizar la unidad de análisis de cada uno de		X	mencionadas. Ajuste de dirección, VIH y laboratorios. No se presentaron ajustes para este periodo. **1,2.** Acta con referente distrital solo realizo en el mes de abril y mayo no tuvieron reunión con referentes Distritales para estos periodos. 1.3. presentaron ajustes 6, calidad, laboratorios, direcciones: Pantallazo de ajustes en acta llamada acta de ajustes del evento 813 TB 3 y10/04/2025, lo presentan por Localidades. puente Aranda con 22 casos reportados con todos laboratorios. Ajustes 6 presentan acta del día 27/04/2025, se hizo la solicitud del día 13/03/2025, lo direcciono el día 25/03/2025 Zentria y lo allegaron el día 27/04/2025 **Mayo-2025** no se presentaron ajustes 6: Pantallazo de ajustes en acta llamada realizar ajustes del evento 813 TB del día 08 y 16/05/2025, lo presentan por Localidades. puente Aranda, Bosa, Kennedy, Fontibón con 25 casos reportados. con las mismas características antes

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	los casos explicando las razones por las cuales la UPGD realizo el ajuste y generar un plan de mejora por estos ajustes. **Periodicidad:** diaria (a demanda).			mencionadas. Ajuste de dirección, VIH y laboratorios. No se presentaron ajustes D para este periodo **Periodicidad:** diaria (a demanda)
2. Capsula de situación y alerta.	**2.** Formato de Excel con nombre Cápsula_Alerta_Conglomerados; enviado por correo electrónico al nivel central máximo cinco (5) días calendario mes vencido. El envío debe realizarse al correo del referente distrital con copia a epv@saludcapital.gov.co. *Se debe diligenciar cada vez que se reporte un caso.* *Se envía todos los meses porque el formato es acumulativo, dinámico y debe ser actualizado de acuerdo con la información que se suministre desde la institución*. *Se aclara que el envío se debe realizar el quineo (5to) día calendario posterior a mes vencido.* **Periodicidad:** mensual (envió los primeros cinco (5) días	X		**2**.Formato de Excel Cápsula_Alerta_Conglomerdo **FEBRERO-2025** fue enviada el 5/02/2025 **Abril-2025** fue enviada el 5/05/2025 a los correos electrónicos: epv.sds@saludcapital.gov.co y jysanchez@saludcapital.gov.co **Mayo-2025** fue enviada el 5/06/2025 a los correos electrónicos: epv.sds@saludcapital.gov.co y jysanchez@saludcapital.gov.co **Periodicidad:** mensual

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Gestión de la información en espacios locales y distritales y seguimiento a la operación de los subsistemas.	calendario).			
3. Realizar cruce de eventos 813 (TB sensible y TB resistente), 450 con libro de programa tuberculosis y lepra.	**3.1.** Base de Excel mensual cruzada sobre bases del programa con todas las variables objeto de cruce del mes de anterior.			**3,1:3,2 y 3.3.** Presenta realización cruce de eventos 813 (TB sensible y TB resistente), 450 con libro de programa tuberculosis y lepra.
	3.2. Acta de cruce mensual con programa de tuberculosis y lepra con verificación de porcentaje de concordancia del mes anterior, el cual debe ser igual o mayor al 95% (este indicador se mide con número de identificación, nombres y apellidos).	X		**Abril-2025-**presentan correo electrónico de envío del día 10/05/2025 a las 14:26 con acta adjunta epv.sds@saludcapital.gov.co y jysanchez@saludcapital.gov.co programatuberculosisgpaisp@subredsuroccidente.gov.co **Libro de Programas** envío del día 10/05/2025 a las 14:25 **Mayo-2025** presentan correo electrónico de envío del día 10/06/2025 a las 12:43 pm con acta adjunta.
	3.3. Envío del acta a nivel central por medio electrónico al correo del referente distrital con copia a epv@saludcapital.gov.co, los diez (10) primeros días calendario del siguiente mes.	X		epv.sds@saludcapital.gov.co y jysanchez@saludcapital.gov.co programatuberculosisgpaisp@subredsuroccidente.gov.co Se envían acta de cruce mensual y base de cruce con TB. **Libro de Programas** envío del día 10/06/2025 a las 8:10
	Periodicidad: mensual (dos (2) actividades mensuales).			**Periodicidad:** mensual (dos (2) actividades mensuales).
4. Realizar cruce con evento 850, estadísticas vitales y base de IEC. Si se identifica por parte del nivel local que se realizan los ajustes y siguen siendo solicitados por el nivel central se debe establecer apoyo del grupo Sivigila Distrital de manera oportuna para	**4.1.** Acta de cruce mensual con: salud sexual y reproductiva, EEVV y cruce con base IEC SIVIGILA DC con verificación de porcentaje de concordancia, el cual debe ser igual o mayor al 95% (este indicador se mide con número de	X		**4,1 y 4.2 -Abril-2025** Acta de articulación TB-SSR y EEV del día 10/05/2025 se enviaron 5 actas de las cuales 4 son de TB y EEVV y la otra de SSR con Transmisibles a los correos jysanchez@saludcapital.gov.co y epv.sds@saludcapital.gov.co -SSR el día 29/04/2025 Envío:10/02/2025 **Mayo2025**

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
verificar si hay fallas en el aplicativo. Si esta comunicación no se da y pasan más de tres (3) meses sin ajuste de los casos se levantarán glosas por calidad de la información y falta de gestión. Los libros consolidados de contactos y convivientes deben ser enviados al líder del programa de tuberculosis y Hansen de la Subred el día diez (10) de cada mes (en caso de ser fin de semana o día festivo se podrá enviar el siguiente día hábil). Para el libro de contactos se aclara que no se acepta que en la población confinada (cárceles, geriátricos, población indígena y población a cargo del ICBF, entre otros), un reporte como caso sin contactos, de encontrar casos sin registro de contactos, este hallazgo será motivo de glosa técnica por el equipo de seguimiento de la SDS.	identificación, nombres y apellidos). **4.2.** Envío de las actas de cruce con salud sexual y reproductiva y EEVV al correo electrónico del referente distrital con copia a epv@saludcapital.gov.co, los diez (10) primeros días calendario del siguiente mes. **Periodicidad:** mensual.	X		-Acta de articulación TB-SSR y EEV del día 10/06/2025 a los correos jysanchez@saludcapital.gov.co y epv.sds@saludcapital.gov.co -SSR el día 31/03/2025 Envío 10/06/2025 **Periodicidad:** mensual.
5. Planeación, ejecución y análisis del COVE y COVECOM de eventos de interés en salud pública.	**5.1.** Acta de preparación que evidencie la articulación, establecimiento de agenda y planeación metodológica. **5.2.** Acta del día que se realiza el COVE y listado de asistencia de los participantes			**5,1. 5,2. Y 5,3. Abril-2025- COVE** **Actas de realización COVE** **Actas de preparación COVE** **Abril-2025** Acta de Alistamiento del día 04/04/2025 con todas las localidades -Acta COVE local Bosa 10/04/2025- temas indicadores de enfermedades Transmisibles -Acta COVE Fontibón 09/05/2025 temas indicadores de enfermedades Transmisibles -Acta COVE Kennedy y Puente Aranda el día

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	5.3. Soporte presentación, talleres, entre otros, que den cuenta de la metodología de la intervención del subsistema en el espacio programado. **Periodicidad**: uno (1) en la vigencia en caso de que los eventos por micobacterias sean priorizados para presentación en COVE local.			11/04/2025. todas las actas cuentan con listados de asistencia **Mayo -2025 2025** Acta de alistamiento del día 7/05/2025 virtual -Localidad de Bosa 15/05/2025 indicadores de transmisibles -Localidad de Fontibón 021/05/2025 -Localidad Kennedy y Puente Aranda del día 16/05/2025, Adicional presentan inmersas en las actas graficas de tendencia donde se explica el comportamiento de los indicadores de los eventos**.** El informe de los coves locales. Para estos periodos no aplica COVECOM, todas las actas cuentan con listados de asistencia **Abril-2025** No hubo por cronograma del nivel central **Mayo-2025** Presentan acta llamada socialización del documento de la ficha técnica del COVECOM de la VEBC, con alistamiento del día día 08/05/2025. Para las localidades de Fontibón realizada el día 13/05/2025 y puente Aranda se realizó el día 15/05/2025 Con la temática fiebre amarilla riesgos y como prevenirla. De manera virtualidad
FICHA TÉCNICA DE MPOX **1.** Reporte UPGD con requerimiento de asistencia técnica por Subred para solicitud acompañamiento desde nivel central. Nota: Las actividades descritas en la ficha técnica de MPOX con numeral 1, 2, 3, 4, 5 y 6, se incluyen de igual forma en el apartado del documento operativo, por lo que no se repiten en este apartado.	**1.** Solicitud por correo electrónico a referente distrital. **Periodicidad:** a demanda.	X		**Abril y mayo-2025** Para el periodo febrero y marzo de 2025 no se presentaron solicitudes por correo electrónico a referente distrital

.

INTER-ACCION INTEGRAL E INTEGRADA: Gestión de la información para la vigilancia en salud pública.

CODIGO ACTIVIDAD EN PPP Y LINEAMIENTO: 116 (Subred Norte y Sur Occidente) – 117 (Subred Centro Oriente y Sur)

PRODUCTO: Búsqueda Activa Institucional (BAI)_Transmisibles.

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
DOCUMENTO OPERATIVO DEL PROCESO TRANSVERSAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA **1.** Revisión de diagnósticos diferenciales por evento, revisión de HC y concordancia con la notificación. La BAI/BAC se realizará para los eventos de eliminación y erradicación, Tos Ferina, Meningitis, Cólera, Hepatitis A, Difteria, Fiebre Tifoidea y Paratifoidea. Solamente la BAI para Tétanos Accidental y Neonatal y eventos IAAS. Para Lepra se realizará por requerimiento del nivel distrital. Teniendo en cuenta que hay un mes adicional al trimestre para la consolidación del informe BAI, por ningún motivo deben aparecer casos “pendientes” de revisión. Los lineamientos para el fortalecimiento de la vigilancia de las infecciones asociadas a procedimientos medico quirúrgicos y la búsqueda activa institucional, se deben implementar por parte de las UPGD y Subredes en las instituciones prestadoras de	**1.1.** Carpeta con el consolidado formato de BAI trimestral de la Subred Integrada de Servicios de Salud. Los RIPS solo se entregarán al nivel central según requerimiento y las Subredes realizarán la recepción de los RIPS por cada UPGD los diez (10) primeros días del mes vencido. La carpeta por localidad debe contener: formato BAI consolidado, carpeta con historias clínicas organizadas por evento y archivos nombrados con el número de documento del usuario por cada mes organizados por UPGD.	X X		**1.1. Presentan BAI consolidada del mes de Abril-2025 Presentan lo siguiente:** -Carpeta con la consolidación del trimestre de los cuales se verifican los periodos en abril y mayo de 2025 de los cuales se verifica **Abril-2025** Total, de EPV 1.457 casos y de IAAS 476 para transmisibles. Discriminados de la siguiente manera: -Colera= 2 casos -Fiebre Tifoidea= 0 -Hepatitis A= 17 -Meningitis Bacteriana= 25 -PFA= 600 -sarampión= 133 -SRC= 115 -Tétanos-541 -Tosferina=24 **49 notificados fueron de:** -Hepatitis A= 4 -Meningitis= 7 -PFA= 2 -Sarampión y Rubeola= 12 -SRC= 6 -Tosferina= 18 IAAS total 476 de las cuales son: -Endometritis Puerperal=35 -Infecciones=441 de IAAS notificadas fueron 10 endometritis y 10 infecciones. **Mayo-2025** -Carpeta con la consolidación del trimestre de los cuales se verifican los periodos en abril y mayo de 2025 de los cuales se verifica Total, de 1378 EPV y de IAAS 645 casos para transmisibles. Colera= 1 caso

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
servicios de salud pública o privada que cuenten con los servicios de cirugía, ginecobstetricia, cirugía cardiovascular, urgencias y consulta externa. Nota: Las actividades descritas en los lineamientos para el fortalecimiento de la vigilancia de las infecciones asociadas a procedimientos medico quirúrgicos y la búsqueda activa institucional, se incluyen en este apartado, por lo que no se genera un apartado adicional.		X X		-Fiebre Tifoidea= 1 -Hepatitis A= 13 -Meningitis Bacteriana= 17 -PFA= 637 -sarampión= 147 -SRC= 137 -Tétanos-407 -Tosferina=18 **44 notificados fueron de:** -Hepatitis A= 1 -Meningitis= 4 -PFA= 3 -Sarampión y Rubeola= 15 -SRC= 3 -Tosferina= 18 **-**Presentan actas de revisión técnica del I trimestre del 2025 periodos vencidos. **ACTA DE RECEPCIÓN:** Presentan acta llamada acta recepción BAI-BAC Primer trimestre de 2025 con fecha del día 29/04/2025, cuyo objetivo es recibir BAI-BAC en cuanto a cantidad estructura de los formato y soportes de cada caso **-Acta llamada revisión técnica** BAI-BAC en donde se describe calidad, concordancia y veracidad de la información por evento, con acta del día 10 al 12 de mayo de 2025. -**Acta Final** Presentan acta llamada final BAI-BAC del día 21/05/2025, en donde se describe ajustes de calidad, concordancia y veracidad. Al verificar el acta se evidencia que el listado de asistencia no Presentan las carpetas de los periodos Abril y mayo de 2025 con el formato BAI consolidado, carpeta con historias clínicas organizadas por evento y archivos nombrados con el número de documento del usuario por cada mes organizados por UPGD. Las cuales contienen la herramienta mensual, RIPS institucionales y la carpeta de HC si tiene eventos. Que dan cuenta del cumplimiento a este criterio. La entrega se realizara la del i trimestre del 2025 el día 31/07/2025

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	1.2. HC de casos que cumplen con definición de caso.	x		**Abril-2025** **1,2**. Historias clínicas de casos que cumplen con definición de caso para el mes de abril -2025 en total 64. IAAS=13 EPV=51 discriminados de la siguiente manera: Hepatits A= 4 Meningitis= 7 PFA=2 Sarampión=12 SRC=6 Tosferina=20 **Mayo-2025** Historias clínicas de casos que cumplen con definición de caso para el mes de abril -2025 en total 60. IAAS=14 EPV en total 46 de las cuales se discriminan de la siguiente manera: Hepatits A= 1 Meningitis= 4 PFA=3 Sarampión=17 SRC=3 Tosferina=18
	1.3. Unidades de análisis solicitadas por la Subred.	X		**1,3.** No se presentaron en estos periodos unidades de análisis solicitadas por la subred
	1.4. Consolidado y retroalimentación mensual a las IPS por parte del profesional asignado de la Subred Integrada de Servicios.			**1,4. Abril y mayo-2025** Presentan consolidado de retroalimentación mensual a las IPS por parte de profesional asignado de la subred integrada de servicios. -Presentan 2 tableros de control de los cuales uno es para oportunidad y otro para calidad por localidades y UPGD y a cada uno se realiza la retroalimentación respetiva teniendo en cuenta los criterios de descartes, es la variable más predominante, con deficiencia en el registro formato informe de la BAI por calidad, cruces de códigos CIE 10, no envían las HC o las envían

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	1.5. Soportes de BAI de los casos de SR y SRC por treinta (30) días para casos con IgM dudosa o positiva, casos sin muestra y aquellos con fuerte sospecha epidemiológica y/o clínica. **1.6.** Consolidado trimestral del formato BAI de la Subred Integrada de Servicios. Para el caso de IAAS, se debe diligenciar el Consolidado IV Endometritis -IAAS.	X X		incompletas y no envío de la notificación de la copia de la ficha de notificación, los encabezados no los diligencian completamente, no envían el archivo del trabajo, no notificación de caso que cumplen con definición entre otros. Adicional el tablero de control de oportunidad semaforizado y en el tablero de calidad semaforizados el verde es bien, el azul es una devolución por algún error y el amarillo alguna solicitud de historia clínica, el color rojo cuando queda crítica y por último el color gris por hallazgos no relacionados por notificación de eventos, , relacionan como criticas ninguna UPGD **Abril-2025** **1,5. Abril-2025** se presentó 1 caso para solicitud de la BAI diaria por 30 días a: Centro de Salud Internacional Randy Sebastián Blanco Herrera rc1016120295 **Mayo-2025** se presentaron 3 casos para solicitud de la BAI diaria por 30 días a: -UPGD Virrey Solis Américas Ángel Damian Jaime Baquero RC1024618825 -UPGD Mederic se llama H/Karol Dayana Gil Perdomo CN25041310137745 -UPGD Clínico Infantil Colsubsidio Chapinero USA 45578005 Massimo Baeza Núñez **Abril-2025** Presentan formato BAI consolidado I trimestral en total general 476 para el periodo abril de endometritis 35 y de IAMPQ 441 y las notificadas 13. **Mayo-2025** Presentan formato BAI consolidado trimestral en total general=657 de IAAS IAMPQ 559 de endometritis 98 y las notificadas 14. **1,7 y 1.8. Abril y mayo 2025**

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	1.7. Acta de entrega trimestral a SDS (último día hábil mes vencido al finalizar cada trimestre, de acuerdo al cronograma que se enviara desde nivel central vía correo electrónico), que incluya en medio magnético el formato consolidado por Subred, HC y unidades de análisis. **1.8.** Acta de realimentación por referentes de SDS de la BAI recibida a conformidad y/o realización de ajustes solicitados en tiempos especificados por el nivel central de acuerdo al cronograma establecido. El cumplimiento de los compromisos y ajustes de lo encontrado en la revisión y de los casos “compatibles” se deberá realizar máximo ocho (8) días (según cronograma).			**Acta de Recepción** Presentan acta llamada acta recepción BAI-BAC Primer trimestre de 2025 con fecha del día 29/04/2025, cuyo objetivo es recibir BAI-BAC en cuanto a cantidad estructura de los formato y soportes de cada caso -**Acta llamada revisión técnica** BAI-BAC en donde se describe calidad, concordancia y veracidad de la información por evento, con acta del día 10 al 12 de mayo de 2025. -**Acta Final** Presentan acta llamada final BAI-BAC del día 21/05/2025, en donde se describe ajustes de calidad, concordancia y veracidad. Al verificar el acta se evidencia que el listado de asistencia no **1.8.-** Presentan actas de revisión técnica del I trimestre de los 2025 periodos vencidos debido a que los trimestrales del 2025 se entregaron en el mes de abril de 2025, al realizar la verificación se evidencia que en el acta se describe los ajustes solicitados por cada evento sin embargo, se sugiere que deben especificar en el acta final el recibido a conformidad y/o realización de ajustes por ende se deja la claridad y se relacionan a continuación las actas generadas con las referentes distritales de la siguiente manera: **Acta de Recepción** Presentan acta llamada acta recepción BAI-BAC Primer trimestre de 2025 con fecha del día 29/04/2025, cuyo objetivo es recibir BAI-BAC en cuanto a cantidad estructura de los formato y soportes de cada caso -**Acta llamada revisión técnica** BAI-BAC en donde se describe calidad, concordancia y veracidad de la información por evento, con acta del día 10 al 12 de mayo de 2025. -**Acta Final** Presentan acta llamada final BAI-BAC del día 21/05/2025, en donde se describe ajustes de calidad, concordancia y veracidad. Al verificar el acta se evidencia que el listado de asistencia no

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	Periodicidad: mensual. **Perfil**: profesional especializado 4: profesional del área de la salud (médico, enfermera, bacteriólogo, áreas de terapias, odontólogo o nutricionista) con especialización en epidemiologia y con un (1) año de experiencia especifica en procesos de vigilancia en salud pública. En caso de no contar con experiencia realizar fortalecimiento de capacidades de ochenta (80) horas teórico practico; este último incluye trabajo de campo por parte de líder de transmisibles o profesional experto. El componente practico debe ser el 50% de la intensidad horaria.			cuenta con lo indicado por calidad. (no cuenta con fecha) por lo que se deja la sugerencia que se debe recibir los productos como actas derivados de la validación por los referentes distritales con calidad **Periodicidad:** mensual. Se cumple con los perfiles profesionales
FICHA TÉCNICA DE SUBSISTEMA VIGILANCIA DE LOS EVENTOS PREVENIBLES POR VACUNAS (EPV) **1.** Garantizar la notificación de eventos encontrados por BAI en el SIVIGILA si cumplen	1.Notificación de casos al Sivigila identificados por BAI con realización de acciones de	X		**1.Abril y Mayo2025** Para estos periodos no presentaron notificación de casos SIVIGILA identificados por BAI con

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
con definición de caso.	campo completas, y actas en donde se identifique retroalimentación a la IPS y plan de mejora de estas IPS. Se debe realizar seguimiento al plan de mejora de acuerdo a lo establecido como UPGD critica.			realización de acciones de campo completas,
2. Realizar búsqueda activa comunitaria a los eventos en eliminación y erradicación que así lo requieren, así como las meningitis por meningococo de acuerdo al número de eventos sospechosos o probables intervenidos en el mes.	2.Base Excel de BAC y bloqueo consolidada mensualmente, en donde se identifique el número de eventos intervenidos en el mes y los resultados de la BAC mensual.	X		**2, BAC** **Abril-2025** Se envío el día 15/04/2025 del correo lidertransmisibles@subredsuroccidente.gov.co al correo de epv.sds@saludcapital.gov.co y cpbeltran@saludcapital.govco jslozano@saludcapital.gov.co efdiaz@saludcapital.gov.co emsabogal@saludcapital.gov.co fueron en total 89 con los criterios solicitados en esta vigencia **Mayo-2025** Se envío el día 15/05/2025 del correo lidertransmisibles@subredsuroccidente.gov.co al correo de epv.sds@saludcapital.gov.co y cpbeltran@saludcapital.govco jslozano@saludcapital.gov.co efdiaz@saludcapital.gov.co emsabogal@saludcapital.gov.co fueron en total 134 con los criterios solicitados en esta vigencia
3. Ajustes solicitados a la BAI de acuerdo con la retroalimentación por referentes distritales de cada evento en los tiempos especificados.	**3.1.** Acta con referente y/o técnico de nivel distrital de revisión y entrega soportes BAI-BAC trimestral.			**3,1. Mayo-2025** Presentan actas de revisión técnica del I trimestre de los 2025 periodos vencidos del día 21/05/2025, con acta de ajustes del mismo día
Nota: Las actividades descritas	**3.2.** Entrega de soportes			**3,2.** Se valida la información de la I Trimestre del

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
en la ficha técnica del subsistema vigilancia de los Eventos Prevenibles por Vacunas (EPV) con numeral 1, 2 y 5, se incluyen de igual forma en el apartado del documento operativo, por lo que no se repiten en este apartado.	ajustados de acuerdo a los tiempos establecidos.			2025 ya que se verifica meses vencido Presentan soporte Acta final Acta llamada revisión técnica final e para este periodo la cual se valida con fecha del día 21/05/2025.BAI-BAC

2. SEGUIMIENTO DESFAVORABLES.

Periodo	Código Intervención	Intervención	Localidad	Número radicado	Fecha radicada	Número acta IVC	ID	Hallazgo

PARTICIPARON EN EL SEGUIMIENTO

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	ENTIDAD
1	Pilar Bibiana González	Profesional Universitario 2	Subred Integrada de Servicios de Salud Subred Sur Occidente
2	Arley Corzo Castro	Profesional Especializado 4	Subred Integrada de Servicios de Salud Subred Sur Occidente
3	Laura Rada	Profesional Especializado 4	Subred Integrada de Servicios de Salud Subred Sur Occidente
4	Laura Rada	Profesional Especializado 4	Subred Integrada de Servicios de Salud Subred Sur Occidente
5	Julieth Alejandra Delgado Ospina	Profesional Especializado 4	Subred Integrada de Servicios de Salud Subred Sur Occidente
6	Mariluz Muñetón	Profesional Especializado 3	Subred Integrada de Servicios de Salud Subred Sur Occidente

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	ENTIDAD
7	Ingrid Cervantes	Técnico Administrativo 2	Subred Integrada de Servicios de Salud Subred Sur Occidente
8	Mayten Nayibe Ortiz Bermúdez	Profesional Especializado	Secretaria Distrital de Salud
9			

Nota: en el acta de cierre del seguimiento al convenio interadministrativo GSP - PSPIC, se adjunta en medio magnético las listas de chequeo por entornos y/o procesos transversales, por cada uno de los productos/intervenciones objeto de seguimiento revisadas por el equipo de apoyo a la supervisión

LISTA DE CHEQUEO – SEGUIMIENTO RETROSPECTIVO

2. LISTA DE CHEQUEO

INTER-ACCION INTEGRAL E INTEGRADA: Gestión de la información para la vigilancia en salud pública.

CODIGO ACTIVIDAD EN PPP Y LINEAMIENTO: 106

PRODUCTO: Asistencia técnica a UPGD que conforman la red de operadores de la vigilancia en salud pública, con abordaje de más de 4 subsistemas.

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1. Evaluación técnica a UPGD que notifican en más de 4 subsistemas, garantizando la adherencia y cumplimiento al proceso a través de la medición de indicadores establecidos. En caso de que alguna Subred responsable de generar los insumos para la asistencia técnica por parte del equipo de fortalecimiento distrital, no realice la entrega de manera oportuna y completa al equipo, la Subred asumirá la asistencia técnica correspondiente por el	**1.1.** Cronograma integral de evaluación por localidad; envío mensual (los cinco (5) primeros días calendario, mes vencido) al nivel central (a cada uno de los líderes del nivel central con copia a cada líder de subsistema para seguimiento de la gestión) coherente con informe de gestión radicado en SDS (preliminar, alistamiento y final) y con los indicadores GESI para el subsistema Sivigila. Debe incluir la información entregada por el equipo de fortalecimiento de asistencias técnicas y enviar al nivel central de			**Subred Sur Occidente** **1.1; 1.4;1.5;1.6. Abril y mayo-2025** **Abril-2025** Se realiza la validación con el informe de gestión y se evidencia relación en el informe de gestión 17 UPGD, con concordancia del 100% Para el mes de abril presentan cronograma enviado el día 5/04/2025, en el cual se describe las asistencias técnicas que se programaron durante ese periodo en total 17 UPGD de más 5 subsistemas, teniendo en cuenta las cuales se relacionan a continuación: -Localidad Bosa = 3 -Localidad Kennedy en total =9 -Localidad Fontibón en total 3 -Localidad Puente Aranda= 2 se tienen Desde el correo givssuroccidente@subredsuroccidente.gov.co Con copia a

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
producto de gestión de la información del subsistema implicado.	manera consolidada. Incluye acta de concertación integral de referentes de subsistemas participantes.			lidersivigila@subredsuroccidente.gov.co A los correos de: aj2rodriguez@saludcapital.gov.co; daguerrero@saludcapital.go.co; notificaciónsivigila@saludcapital.gov.co ylideresvsp@subredsuroccidento.gov.co Presentan acta llamada concertación asistencias técnicas correspondientes al mes de abril de 2025 cuyo objetivo es desarrollar la concertación ara el desarrollo de las asistencias técnicas del mes de abril. Presentan compromisos anteriores, sin embargo, al realizar la validación se observa que en el acta de conciliación reportan 17 UPGD de mas de 5 subsistemas el acta inicial no cuenta con listado de asistentes por lo que la subred realiza alcance del día 07/04/2025 en donde realizan el envío del acta con listado de asistencias adjunto sin retroalimentación por el nivel central. **Mayo-2025** Para el mes de mayo presentan cronograma enviado el día 05/05/2025 en el cual se describe las asistencias técnicas que se programaron durante ese periodo en total 40 UPGD de más 4 subsistemas, teniendo en cuenta que 32 UPGD de las cuales de 4 subsistemas presentan 17 y se relacionan a continuación: **-Localidad Bosa** = 2 **-Localidad Kennedy** en total 9 -Localidad Fontibón en total 6 **-Localidad Puente Aranda** no se programó localidad puente Aranda. Desde el correo; givssuroccidente@subredsuroccidente.gov.co Con copia a lidersivigila@subredsuroccidente.gov.co A los correos de: aj2rodriguez@saludcapital.gov.co; daguerrero@saludcapital.go.co; notificaciónsivigila@saludcapital.gov.co ylideresvsp@subredsuroccidento.gov.co Presentan acta Presentan acta llamada concertación asistencias técnicas

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
				correspondientes al mes de mayo de 2025 cuyo objetivo es desarrollar la concertación para el desarrollo de las asistencias técnicas del mes de mayo. Presentan compromisos anteriores, sin embargo, al realizar la validación se observa que en el acta de conciliación reportan 17 UPGD de más de 5 subsistemas, Adicional el acta cuenta con listado de asistencia adjunto. A su vez se relacionan todas las asistencias técnicas de todos los subsistemas, de las cuales se realizan asistencias técnicas para los siguientes subsistemas: Salud mental, (SIVIM, SISVECO, VESPA Y SIVELCE, Subsistema No transmisibles (Crónicos, SISVESO, SIVISTRA y Enfermedades Huérfanas Raras, Subsistema SIVIGILA, SISVAN y Transmisibles, aplica para los 2 periodos.
	1.2. Soportes idóneos de cierres temporales o definitivos u otros cambios en las UPGD (incluir servicios habilitados), incluye soporte a través de correo reportado en REPS de solicitud al prestador de realizar la respectiva novedad ante habilitación de SDS. Cada Subred debe ir ajustando la base de asistencias técnicas con las novedades reportadas al nivel central mensualmente por el líder de Sivigila o por los referentes de subsistema locales con aval del referente - líder de subsistema del nivel central			**1.2. No presentaron para estos periodos cierres de UPGD mayores de 5 Subsistemas**
	1.3. Formato evaluación trimestral a UPGD (con seguimiento de hallazgos			**1.3.** Para el periodo Abril y mayo la subred Integrada de Servicios de Salud Presentan formato de evaluación trimestral

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	y/o compromisos anteriores, listado de asistencia con firma de la UPGD y lista de chequeo con calidad, debe incluir: los servicios habilitados, los indicadores de gestión por periodos epidemiológicos evaluados por UPGD, la versión del aplicativo y la relación de seguimiento por parte de la Subred al Sivigila 4.0 (seguimiento a usuario, clave y cargue oportuno de planos en Sivigila 4.0)). Registrar la coherencia entre las descargas Sivigila de la UPGD y descarga Sivigila de la localidad y describir los hallazgos y compromisos pactados. Los hallazgos relevantes de IAAS deben ser retroalimentados al referente de evento del nivel central (iaas-rb@saludcapital.gov.co). Los hallazgos específicos de transmisibles deberán ser remitidos al líder del subsistema de la Subred con copia al coordinador de VSP para conocimiento y gestión acorde con la ficha técnica de este. **1.4.** Tablero control de indicadores y tablero de asistencias con calidad (en los formatos anexos sin modificaciones). Deben ser enviados a SDS			Presentan el formato de evaluación acorde a lo establecido en la caja de herramientas en donde se describen los datos generales de la UPGD, luego los compromisos, la agenda, los compromisos anteriores, pantallazos del REPS, y los tableros de indicadores de gestión por periodo epidemiológico y la evaluación de cada ítem. Con la versión del aplicativo y la caracterización de la UPGD, se valida la información del muestreo de las siguientes UPGD: **Abril-2025** **1-Localidad de Fontibón= 1** **EUSALUD Fontibón** relacionando valor porcentual de 96% para SIVIGILA, adicional se evidencia que cuenta con fortalecimiento de capacidades con el tema de la alerta epidemiológica de pies y manos del día 26/03/2025, y cuenta con convocatoria del día 04/04/2025 para el 23/04/2025 **El subsistema Transmisibles** presento un valor porcentual del 98% No sujeto a plan de mejora -Lista de chequeo se evidencio que se presentó falencias en inoportunidad de un evento de parotiditis, adicional tiene adjunto la planilla de reunión o listado de asistencia. **-SIVIM** cuenta con convocatoria del día 04/04/2025 para el 23/04/2025, con lista de chequeo Presentan el formato de evaluación acorde a lo establecido en la caja de herramientas en donde se describen los datos generales de la UPGD, luego los compromisos, la agenda, los compromisos anteriores, pantallazos del REPS, y los tableros de indicadores de gestión por periodo epidemiológico y la evaluación de cada ítem. Con porcentaje de SIVIM del 96% No sujeto a plan de mejora cuenta con compromisos, se valida lista de chequeo en donde se evidencia no concordancia en el ítem de colegio ocupación estudiante y escribe que estaba desescolarizado.

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	con copia a cada uno de los referentes distritales de los subsistemas que participan en la evaluación técnica integral para conocimiento y seguimiento de la gestión. **1.5.** Plan de mejora con seguimiento según hallazgos (en caso que la UPGD cumple criterios para ser clasificada como crítica (calificación menor al 75% o incumplimiento reiterativo (dos veces o más), de los tiempos establecidos en la oportunidad de notificación)). El plan de mejora deberá ser enviado en un plazo no mayor a cinco (5) días calendario por la UPGD a la Subred; posterior a la recepción de este, se debe realizar seguimiento al cumplimiento en un plazo máximo de treinta (30) días calendario (integral por UPGD). La Subred debe enviar concepto de aprobación del plan al prestador o retroalimentar acorde con lo estipulado en el documento operativo (monitoreo a críticas). **1.6.** Relación de acciones de mejora (75% al 85% de cumplimiento) – correos de seguimiento. La Subred debe hacer seguimiento al envío por parte de la UPGD de los			**Subsistema de SISVECOS** en el que relacionan valor porcentual del 100% no sujeto a plan de mejora, cuenta con lista de chequeo acorde a lo descrito y no presento eventos a notificar. **SIVELCE** con valor porcentual del 75% sujeto a plan de mejora, adjunto el acta de reunión de cierre integral del día 23/04/2025 que cuenta con. Tableros de indicadores, el REPS, tablero de indicadores, tablero de asistencias técnicas, pantallazo de SIVIGILA web, PNS, con coherencia entre las descargas SIVIGILA de la UPGD y descargas de la SIVIGILA localidad. Cuenta con hallazgos y compromisos de cada subsistema, quedando con puntaje global de 93% y con plan de mejora para SIVELCE, con listado de asistencia adjunto **-Localidad de Kennedy** **UPG Unidad Médica Santa fe Américas** relacionando valor porcentual de 96% para **SIVIGILA**, adicional se evidencia que cuenta con fortalecimiento de capacidades con el tema de la alerta epidemiológica de pies y manos del día 26/03/2025, y cuenta con convocatoria del día 13/04/2025 para el 15 y 23/04/2025 con tablero de indicadores del 99% por ajuste de codificación con acta integral de cierre del día 23/04/2025 con listado de asistencia adjunto. **El subsistema Transmisibles** presento un valor porcentual del 98% No sujeto a plan de mejora -Lista de chequeo se evidencio que se presentó falencias por calidad de la BAI, adicional tiene adjunto la planilla de reunión o listado de asistencia. Y compromisos. **-SIVIM** cuenta con convocatoria del día 13/04/2025 para el 15/04/2025, con lista de chequeo Presentan el formato de evaluación acorde a lo establecido en la caja de herramientas en donde se describen los datos generales de la UPGD, luego los compromisos, la agenda, los compromisos anteriores, pantallazos del REPS, y los tableros de indicadores de gestión por

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	compromisos establecidos con un plazo máximo de cuatro (4) días calendario, posterior al recibido, se debe realizar seguimiento al cumplimiento de las acciones en un plazo máximo de treinta (30) días calendario. Ante el no cumplimiento, se debe generar oficio al gerente o representante legal de la UPGD.			periodo epidemiológico y la evaluación de cada ítem. Con porcentaje de SIVIM del 78% No sujeto a plan de mejora cuenta con compromisos, se valida lista de chequeo en donde se evidencia porque en el periodo evaluado presento 31 y notifico 24. Con acta integral de cierre del día 23/04/2025 **Subsistema de SISVECOS** en el que relacionan valor porcentual del 83%, por no concordancia de la información no sujeto a plan de mejora, cuenta con lista de chequeo acorde a lo descrito y no presento eventos a notificar. Con tablero de indicadores con fortalecimiento a la UPGD en la calidad del registro y normativa para el procesamiento de la BAI. **SIVELCE** con valor porcentual del 77% No sujeto a plan de mejora, adjunto el acta de reunión de cierre integral del día 23/04/2025 que cuenta con. Tableros de indicadores, el REPS, tablero de indicadores, tablero de asistencias técnicas, pantallazo de SIVIGILA web, PNS, con coherencia entre las descargas SIVIGILA de la UPGD y descargas de la SIVIGILA localidad. Cuenta con hallazgos y compromisos de cada subsistema, quedando con puntaje global de 87% y sin plan de mejora, con listado de asistencia adjunto **UPGD Eusalud Clínica de ortopedia y Traumatología** relacionando valor porcentual de 92% para **SIVIGILA**, adicional se evidencia que cuenta con fortalecimiento de capacidades con el tema de la alerta epidemiológica de pies y manos del día 26/03/2025, y cuenta con convocatoria del día 04/04/2025 para el 23/04/2025 con tablero de indicadores del 92% por calidad en el procesamiento del laboratorio con acta integral de cierre del día 23/04/2025 con listado de asistencia adjunto. **El subsistema Transmisibles** presento un valor porcentual del 93% No sujeto a plan de mejora, -Lista de chequeo se evidencio que se presentó falencias por calidad de la BAI, adicional tiene

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
				adjunto la planilla de reunión o listado de asistencia. Y compromisos. Con acta de cierre del día 23/04/2025 **-SIVIM** cuenta con convocatoria del día 13/04/2025 para el 15/04/2025, con lista de chequeo Presentan el formato de evaluación acorde a lo establecido en la caja de herramientas en donde se describen los datos generales de la UPGD, luego los compromisos, la agenda, los compromisos anteriores, pantallazos del REPS, y los tableros de indicadores de gestión por periodo epidemiológico y la evaluación de cada ítem. Con porcentaje de SIVIM del 100% No sujeto a plan de mejora cuenta con compromisos, se valida lista de chequeo y. Con acta integral de cierre del día 23/04/2025 **Subsistema de SISVECOS** en el que relacionan valor porcentual del 100%, no sujeto a plan de mejora, cuenta con lista de chequeo acorde a lo descrito y no presento eventos a notificar. Con tablero de indicadores con fortalecimiento a la UPGD rutinario sobre las fichas de notificación criterios de notificación en general. **SIVELCE** con valor porcentual del 95% No sujeto a plan de mejora, adjunto el acta de reunión de cierre integral del día 23/04/2025 que cuenta con. Tableros de indicadores, el REPS, tablero de indicadores, tablero de asistencias técnicas, pantallazo de SIVIGILA web, PNS, con coherencia entre las descargas SIVIGILA de la UPGD y descargas de la SIVIGILA localidad. Cuenta con hallazgos y compromisos de cada subsistema, quedando con puntaje global de 96% y sin plan de mejora, con listado de asistencia adjunto **3-UPG Centro Médico Plaza de las Américas** relacionando valor porcentual de 100% para **SIVIGILA**, adicional se evidencia que cuenta con fortalecimiento de capacidades con el tema de la alerta epidemiológica de pies y manos del día 26/03/2025, y cuenta con convocatoria del día 04/04/2025 para el 24/04/2025 con tablero de

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
				indicadores del 100% con acta integral de cierre del día 24/04/2025 con listado de asistencia adjunto. **El subsistema Transmisibles** presento un valor porcentual del 94% No sujeto a plan de mejora, -Lista de chequeo se evidencio que se presentó falencias por calidad de la BAI, adicional tiene adjunto la planilla de reunión o listado de asistencia. Y compromisos. Con acta de cierre del día 24/04/2025 **-SIVIM** cuenta con convocatoria del día 04/04/2025 para el 24/04/2025, con lista de chequeo Presentan el formato de evaluación acorde a lo establecido en la caja de herramientas en donde se describen los datos generales de la UPGD, luego los compromisos, la agenda, los compromisos anteriores, pantallazos del REPS, y los tableros de indicadores de gestión por periodo epidemiológico y la evaluación de cada ítem. Con porcentaje de SIVIM del 83% No sujeto a plan de mejora cuenta con compromisos, se valida lista de chequeo y. Con acta integral de cierre del día 24/04/2025 **-Subsistema Crónicos** Presentan acta llamada reunión Asistencia técnica para crónicos con su respectiva lista de chequeo en donde se describen los compromisos anteriores y realizan intervención con la BAI, comportamiento en la notificación, calidad del dato en las fichas de notificación y luego se realiza el detalle del evento notificado en las unidades esa unidad cuenta con tableros de indicadores, por ultimo presentan los compromisos, las firmas que vienen inmersas en el acta y por último la lista de chequeo con un valor porcentual del 100%, dando cumplimiento a este criterio y cuenta con convocatoria del día 04/04/2025 para el 24/04/2025, con acta de cierre del día 24/04/2025 **Subsistema de SISVECOS** en el que relacionan valor porcentual del 78%, se bajó el

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
				valor porcentual por mala calidad de la notificación en la totalidad de las variables no sujeto a plan de mejora, cuenta con lista de chequeo acorde a lo descrito y no presento eventos a notificar. Con tablero de indicadores con fortalecimiento a la UPGD rutinario sobre las fichas de notificación criterios de notificación en general. **SIVELCE** con valor porcentual del 78%, se bajó el valor porcentual por la variable del diligenciamiento su calidad fue baja. No sujeto a plan de mejora, adjunto el acta de reunión de cierre integral del día 24/04/2025 que cuenta con. Tableros de indicadores, el REPS, tablero de indicadores, tablero de asistencias técnicas, pantallazo de SIVIGILA web, PNS, con coherencia entre las descargas SIVIGILA de la UPGD y descargas de la SIVIGILA localidad. Cuenta con hallazgos y compromisos de cada subsistema, quedando con puntaje global de 89% y sin plan de mejora, con listado de asistencia adjunto **UPGD Servisalud QCL Occidente** relacionando valor porcentual de 95% para **SIVIGILA**, adicional se evidencia que cuenta con fortalecimiento de capacidades con el tema de la alerta epidemiológica de pies y manos del día 26/03/2025, y cuenta con convocatoria del día 04/04/2025 para el 14 y 25/04/2025 con tablero de indicadores del 95% por no cumplimiento al procesamiento del evento 210. con acta integral de cierre del día 25/04/2025 con listado de asistencia adjunto. **El subsistema Transmisibles** presento un valor porcentual del 98% No sujeto a plan de mejora, -Lista de chequeo se evidencio que se presentó por no cumplimiento al procesamiento del evento 210., adicional tiene adjunto la planilla de reunión o listado de asistencia. Y compromisos. Con acta de cierre del día 28/04/2025 **-SIVIM** cuenta con convocatoria del día 08/04/2025 para el 14/04/2025, con lista de chequeo

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
				Presentan el formato de evaluación acorde a lo establecido en la caja de herramientas en donde se describen los datos generales de la UPGD, luego los compromisos, la agenda, los compromisos anteriores, pantallazos del REPS, y los tableros de indicadores de gestión por periodo epidemiológico y la evaluación de cada ítem. Con porcentaje de SIVIM del 98% No sujeto a plan de mejora cuenta con compromisos, se valida lista de chequeo y. Con acta integral de cierre del día 28/04/2025 **Subsistema de SISVECOS** en el que relacionan valor porcentual del 98%, no sujeto a plan de mejora, cuenta con lista de chequeo acorde a lo descrito y se bajó el puntaje por la totalidad de las variables de la calidad del diligenciamiento de las variables (confunde los CIE 10 de episodios depresivos) con fortalecimiento a la UPGD rutinario sobre las fichas de notificación criterios de notificación en general. **SIVELCE** con valor porcentual del 93% No sujeto a plan de mejora, adjunto el acta de reunión de cierre integral del día 28/04/2025 que cuenta con. Tableros de indicadores, el REPS, tablero de indicadores, tablero de asistencias técnicas, pantallazo de SIVIGILA web, PNS, con coherencia entre las descargas SIVIGILA de la UPGD y descargas de la SIVIGILA localidad. Cuenta con hallazgos y compromisos de cada subsistema, quedando con puntaje global de 96% y sin plan de mejora, con listado de asistencia adjunto, con fecha de convocatoria del 4/04/2025 para el 14/04/2025. **-Localidad Puente Aranda** **UPGD VIVA 1 A Américas** relacionando valor porcentual de 93% para **SIVIGILA**, adicional se evidencia que cuenta con fortalecimiento de capacidades con el tema de la alerta epidemiológica de pies y manos del día 26/03/2025, y cuenta con convocatoria del día 04/04/2025 para el 09/04/2025 con tablero de indicadores del 100% con acta integral de cierre del día 09/04/2025 con listado de asistencia

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
				adjunto. **El subsistema Transmisibles** presento un valor porcentual del 96% No sujeto a plan de mejora, -Lista de chequeo se evidencio que se presentó falencias por calidad de la BAI, adicional tiene adjunto la planilla de reunión o listado de asistencia. Y compromisos. Con acta de cierre del día 09/04/2025 **-SIVIM** cuenta con convocatoria del día 04/04/2025 para el 24/04/2025, con lista de chequeo Presentan el formato de evaluación acorde a lo establecido en la caja de herramientas en donde se describen los datos generales de la UPGD, luego los compromisos, la agenda, los compromisos anteriores, pantallazos del REPS, y los tableros de indicadores de gestión por periodo epidemiológico y la evaluación de cada ítem. Con porcentaje de SIVIM del 91% No sujeto a plan de mejora cuenta con compromisos, se valida lista de chequeo y. Con acta integral de cierre del día 09/04/2025 **-Subsistema Crónicos** Presentan acta llamada reunión Asistencia técnica para crónicos con su respectiva lista de chequeo en donde se describen los compromisos anteriores y realizan intervención con la BAI, comportamiento en la notificación, calidad del dato en las fichas de notificación y luego se realiza el detalle del evento notificado en las unidades esa unidad cuenta con tableros de indicadores, por ultimo presentan los compromisos, las firmas que vienen inmersas en el acta y por último la lista de chequeo con un valor porcentual del 100%, dando cumplimiento a este criterio y cuenta con convocatoria del día 04/04/2025 para el 24/04/2025, con acta de cierre del día 09/04/2025 **Subsistema de SISVECOS** en el que relacionan valor porcentual del 96% se bajó el porcentaje por geocodificación no sujeto a plan de mejora, cuenta con lista de chequeo acorde a

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
				lo descrito, Con tablero de indicadores con fortalecimiento a la UPGD rutinario sobre las fichas de notificación criterios de notificación en general. **SIVELCE** con valor porcentual del 93%, se bajó el valor porcentual por la variable del diligenciamiento su calidad fue baja. No sujeto a plan de mejora, adjunto el acta de reunión de cierre integral del día 09/04/2025 que cuenta con. Tableros de indicadores, el REPS, tablero de indicadores, tablero de asistencias técnicas, pantallazo de SIVIGILA web, PNS, con coherencia entre las descargas SIVIGILA de la UPGD y descargas de la SIVIGILA localidad. Cuenta con hallazgos y compromisos de cada subsistema, quedando con puntaje global de 95% y sin plan de mejora, con listado de asistencia adjunto con convocatoria del día 04/04/2025 con visita del día 9/4/2025. **4-Localidad de Bosa** **Bienestar Gran Plaza Bosa** relacionando valor porcentual de 89% para **SIVIGILA**, adicional se evidencia que cuenta con fortalecimiento de capacidades con el tema de la alerta epidemiológica de pies y manos del día 26/03/2025, y cuenta con convocatoria del día 04/04/2025 para el 09/04/2025 con tablero de indicadores del 100% con acta integral de cierre del día 11 y 29/04/2025 con listado de asistencia adjunto. Con plan de mejora porque de 31 eventos, notifican de manera inoportuna 16 y por omisión de notificación de eventos por BAI solicitados por SISVAN, con acta de cierre del día 29/04/2025 **El subsistema Transmisibles** presento un valor porcentual del 96% No sujeto a plan de mejora, se bajó l percentil porcentual debido a que el alegorismo por la variable de coinfección -Lista de chequeo se evidencio que se presentó falencias por calidad de la BAI, adicional tiene adjunto la planilla de reunión o listado de asistencia. Y compromisos. Con acta de cierre del día 29/04/2025 **-SIVIM** cuenta con convocatoria del día

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
				04/04/2025 para el 11/04/2025, con lista de chequeo Presentan el formato de evaluación acorde a lo establecido en la caja de herramientas en donde se describen los datos generales de la UPGD, luego los compromisos, la agenda, los compromisos anteriores, pantallazos del REPS, y los tableros de indicadores de gestión por periodo epidemiológico y la evaluación de cada ítem. Con porcentaje de SIVIM del 71% sujeto a plan de mejora cuenta con compromisos, se valida lista de chequeo y. Con acta integral de cierre del día 09/04/2025, por inoportunidad de notificación de 16% equivalente al 43% **-Subsistema Crónicos** Presentan acta llamada reunión Asistencia técnica para crónicos con su respectiva lista de chequeo en donde se describen los compromisos anteriores y realizan intervención con la BAI, comportamiento en la notificación, calidad del dato en las fichas de notificación y luego se realiza el detalle del evento notificado en las unidades esa unidad cuenta con tableros de indicadores, por ultimo presentan los compromisos, las firmas que vienen inmersas en el acta y por último la lista de chequeo con un valor porcentual del 71% con plan de mejora, dando cumplimiento a este criterio y cuenta con convocatoria del día 04/04/2025 para el 24/04/2025, con acta de cierre del día 29/04/2025 **Subsistema de SISVECOS** en el que relacionan valor porcentual del 74%con plan de mejora se bajó el porcentaje por geocodificación cuenta con lista de chequeo acorde a lo descrito, Con tablero de indicadores con fortalecimiento a la UPGD rutinario sobre las fichas de notificación criterios de notificación en general. con convocatoria del día 04/04/2025 para el 24/04/2025, con acta de cierre del día 29/04/2025. Por presentar inoportunidad en las notificaciones más del 51% de lo notificado y hallazgos de calidad. **Mayo-2025**

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
				1-Localidad de Fontibón= 1 Bienestar IPS Sede Fontibón relacionando valor porcentual de 95% para **SIVIGILA**, adicional se evidencia que cuenta con fortalecimiento de capacidades con el tema de Fortalecimiento en de sarampión en la región de las américas día 02/05/2025, y socialización de la actualización de fiebre amarilla el día 28/05/2025 y cuenta con convocatoria del día 10/05/2025 para el 28/05/2025 no sujeto a plan de mejora Lista de chequeo con 95% por inoportunidad en la notificación, adicional tiene adjunto la planilla de reunión o listado de asistencia. Y con cierre el día 28/05/2025. **El subsistema Transmisibles** presento un valor porcentual del 95% No sujeto a plan de mejora, se bajó el percentil porcentual por BAI -Lista de chequeo adicional tiene adjunto la planilla de reunión o listado de asistencia. con cierre del día 28/04/2025 **-SIVIM** cuenta con convocatoria del día 10/05/2025 para el 28/0/2025, con lista de chequeo Presentan el formato de evaluación acorde a lo establecido en la caja de herramientas en donde se describen los datos generales de la UPGD, luego los compromisos, la agenda, los compromisos anteriores, pantallazos del REPS, y los tableros de indicadores de gestión por periodo epidemiológico y la evaluación de cada ítem. Con porcentaje de SIVIM del 90% No sujeto a plan de mejora. **Subsistema de SISVECOS** cuenta con convocatoria del día 10/05/2025 para el 28/05/2025, con lista de chequeo en el que relacionan valor porcentual del 87% no sujeto a plan de mejora, cuenta con lista de chequeo acorde a lo descrito y no presento eventos a notificar. **SIVELCE** con valor porcentual del 82% No sujeto a plan de mejora, adjunto el acta de reunión de cierre integral del día 28/05/2025 que cuenta con. Tableros de indicadores, el REPS,

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
				tablero de indicadores, tablero de asistencias técnicas, pantallazo de SIVIGILA web, PNS, con coherencia entre las descargas SIVIGILA de la UPGD y descargas de la SIVIGILA localidad. Cuenta con hallazgos y compromisos de cada subsistema, quedando con puntaje global de 90% y con plan de mejora para SIVELCE, con listado de asistencia adjunto**,** cuenta con convocatoria del día 10/05/2025 para el 28/04/2025, con lista de chequeo **-Subsistema Crónicos** Presentan acta llamada reunión Asistencia técnica para crónicos con su respectiva lista de chequeo en donde se describen los compromisos anteriores y realizan intervención con la BAI, comportamiento en la notificación, por ultimo presentan los compromisos, las firmas que vienen inmersas en el acta y por último la lista de chequeo con un valor porcentual del 89%, dando cumplimiento a este criterio y cuenta con convocatoria del día 10/05/2025 para el 28/05/2025 con acta de cierre. **2-Centro Médico Fontibón-(Sanitas)** Fontibón relacionando valor porcentual de 95% para **SIVIGILA**, adicional se evidencia que cuenta con fortalecimiento de capacidades con el tema de Fortalecimiento en de sarampión en la región de las américas día 02/05/2025, y socialización de la actualización de fiebre amarilla el día 28/05/2025 y cuenta con convocatoria del día 30/05/2025 para el 13 y 15/05/2025 no sujeto a plan de mejora Lista de chequeo con 93%por no ajustes con relación a geocodificación, adicional tiene adjunto la planilla de reunión o listado de asistencia. Y con cierre el día 15/05/2025. **El subsistema Transmisibles** presento un valor porcentual del 86% por el procesamiento inoportuno. -Lista de chequeo adicional tiene adjunto la planilla de reunión o listado de asistencia. con cierre del día 15/05/2025 adicional se evidencia que cuenta con

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
				fortalecimiento de capacidades con el tema de Fortalecimiento en de sarampión en la región de las américas día 02/05/2025, y socialización de la actualización de fiebre amarilla el día 28/05/2025 y cuenta con convocatoria del día 30/04/2025 para el 13 y 15/05/2025 no sujeto a plan de mejora **-SIVIM** cuenta con convocatoria del día 30/04/2025 para el 15/05/2025, con lista de chequeo, no sujeto a plan de mejora. Por notificación inoportuna de 7 casos. Presentan el formato de evaluación acorde a lo establecido en la caja de herramientas en donde se describen los datos generales de la UPGD, luego los compromisos, la agenda, los compromisos anteriores, pantallazos del REPS, y los tableros de indicadores de gestión por periodo epidemiológico y la evaluación de cada ítem. Con porcentaje de SIVIM del 89% No sujeto a plan de mejora. **Subsistema de SISVECOS** cuenta con convocatoria del día 30/04/2025 para el 13/05/2025, con lista de chequeo en el que relacionan valor porcentual del 92% no sujeto a plan de mejora, cuenta con lista de chequeo acorde a lo descrito y no presento eventos a notificar. Con listado de asistencia **SIVELCE** con valor porcentual del 84% No sujeto a plan de mejora, De 10 casos 7 fueron inoportunos, adjunto el acta de reunión de cierre integral del día 15/05/2025 que cuenta con. Tableros de indicadores, el REPS, tablero de indicadores, tablero de asistencias técnicas, pantallazo de SIVIGILA web, PNS, con coherencia entre las descargas SIVIGILA de la UPGD y descargas de la SIVIGILA localidad. Cuenta con hallazgos y compromisos de cada subsistema, quedando con puntaje global de 90% y con plan de mejora para SIVELCE, con listado de asistencia adjunto**,** cuenta con convocatoria del día 30/04/2025 para el 13/05/2025, con lista de chequeo **3-Unidad de Servicios Fontibón** relacionando

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
				valor porcentual de 88% para **SIVIGILA**, adicional se evidencia que cuenta con fortalecimiento de capacidades con el tema de Fortalecimiento en de sarampión en la región de las américas día 02/05/2025, y socialización de la actualización de fiebre amarilla el día 28/05/2025 y cuenta con convocatoria del día 07/05/2025 para el 22/05/2025 no sujeto a plan de mejora Lista de chequeo con 95%por notificación tardía de 5 eventos semanales, adicional tiene adjunto la planilla de reunión o listado de asistencia. Y con cierre el día 28/05/2025. **El subsistema Transmisibles** presento un valor porcentual del 99% No sujeto a plan de mejora, se bajó el percentil porcentual por BAI -Lista de chequeo adicional tiene adjunto la planilla de reunión o listado de asistencia. con cierre del día 28/05/2025 **-SIVIM** cuenta con convocatoria del día 07/05/2025 para el 28/0/2025, con lista de chequeo Presentan el formato de evaluación acorde a lo establecido en la caja de herramientas en donde se describen los datos generales de la UPGD, luego los compromisos, la agenda, los compromisos anteriores, pantallazos del REPS, y los tableros de indicadores de gestión por periodo epidemiológico y la evaluación de cada ítem. Con porcentaje de SIVIM del 82% No sujeto a plan de mejora. **Subsistema de SISVECOS** cuenta con convocatoria del día 07/05/2025 para el 28/05/2025, con lista de chequeo en el que relacionan valor porcentual del 92% no sujeto a plan de mejora, cuenta con lista de chequeo acorde a lo descrito y no presento eventos a notificar. **SIVELCE** con valor porcentual del 96% No sujeto a plan de mejora, adjunto el acta de reunión de cierre integral del día 28/05/2025 que cuenta con. Tableros de indicadores, el REPS, tablero de indicadores, tablero de asistencias

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
				técnicas, pantallazo de SIVIGILA web, PNS, con coherencia entre las descargas SIVIGILA de la UPGD y descargas de la SIVIGILA localidad. Cuenta con hallazgos y compromisos de cada subsistema, quedando con puntaje global de 90% y con plan de mejora para SIVELCE, con listado de asistencia adjunto**,** cuenta con convocatoria del día 07/05/2025 para el 28/04/2025, con lista de chequeo **-Subsistema Crónicos** Presentan acta llamada reunión Asistencia técnica para crónicos con su respectiva lista de chequeo en donde se describen los compromisos anteriores y realizan intervención con la BAI, por notificación inoportuna y por último presentan los compromisos, las firmas que vienen inmersas en el acta y por último la lista de chequeo con un valor porcentual del 82%, dando cumplimiento a este criterio **-Localidad de Kennedy** **UPG Unidad de Servicios Kennedy** relacionando valor porcentual de 95% para **SIVIGILA**, adicional se evidencia que cuenta con fortalecimiento de capacidades en de sarampión en la región de las américas día 02/05/2025, y socialización de la actualización de fiebre amarilla el día 28/05/2025 y cuenta con convocatoria del día 10/05/2025 para el 14/05/2025 con tablero de indicadores del 99% por ajuste de codificación con acta integral de cierre del día 14/04/2025 con listado de asistencia adjunto. **El subsistema Transmisibles** presento un valor porcentual del 100% No sujeto a plan de mejora -Lista de chequeo, adicional tiene adjunto la planilla de reunión o listado de asistencia. Y compromisos. y cuenta con convocatoria del día 10/05/2025 para el 14/05/2025 con tablero de indicadores del 99% por ajuste de codificación con acta integral de cierre del día 14/04/2025 con listado de asistencia adjunto.

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
				-SIVIM cuenta con convocatoria del día 10/04/2025 para el 14/05/2025, con lista de chequeo Presentan el formato de evaluación acorde a lo establecido en la caja de herramientas en donde se describen los datos generales de la UPGD, luego los compromisos, la agenda, los compromisos anteriores, pantallazos del REPS, y los tableros de indicadores de gestión por periodo epidemiológico y la evaluación de cada ítem. Con porcentaje de SIVIM del 99% No sujeto a plan de mejora cuenta con compromisos, se valida lista de chequeo en dónde se evidencia que en la revisión del aplicativo al realizar la depuración se encuentra una ficha retirada del aplicativo. Con acta integral de cierre del día 14/05/2025, cuenta con convocatoria del día 10/04/2025 para el 14/05/2025 **Subsistema de SISVECOS** en el que relacionan valor porcentual del 99%, por no concordancia de la información no sujeto a plan de mejora, cuenta con lista de chequeo acorde a lo descrito y no presento eventos a notificar. Con tablero de indicadores con fortalecimiento a la UPGD en la calidad del registro y normativa para el procesamiento de la BAI. Con acta integral de cierre del día 14/05/2025, cuenta con convocatoria del día 10/05/2025 para el 14/05/2025 **SIVELCE** con valor porcentual del 98% No sujeto a plan de mejora, adjunto el acta de reunión de cierre integral del día 14/05/2025 que cuenta con. Tableros de indicadores, el REPS, tablero de indicadores, tablero de asistencias técnicas, pantallazo de SIVIGILA web, PNS, con coherencia entre las descargas SIVIGILA de la UPGD y descargas de la SIVIGILA localidad. Cuenta con hallazgos y compromisos de cada subsistema, quedando con puntaje global de 87% y sin plan de mejora, con listado de asistencia adjunto Con acta integral de cierre del día 14/05/2025,

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
				cuenta con convocatoria del día 10/05/2025 para el 14/05/2025 **-Subsistema Crónicos** Presentan acta llamada reunión Asistencia técnica para crónicos con su respectiva lista de chequeo en donde se describen los compromisos anteriores y realizan intervención con la BAI, por notificación inoportuna de 5 casos y un ajuste D que fue consultado con la referente local y por demora del ajuste y por último presentan los compromisos, las firmas que vienen inmersas en el acta y por último la lista de chequeo con un valor porcentual del 86%, dando cumplimiento a este criterio cuenta con convocatoria del día 10/05/2025 para el 14/05/2025 **2-UPGD VIVA 1A Kennedy** relacionando valor porcentual de 90% para **SIVIGILA**, adicional se evidencia que cuenta con fortalecimiento de capacidades con el tema de Fortalecimiento en de sarampión en la región de las américas día 02/05/2025, y socialización de la actualización de fiebre amarilla el día 28/05/2025 y cuenta con convocatoria del día 10/05/2025 para el 20/05/2025 no sujeto a plan de mejora Lista de chequeo con 95%por por cargue inoportuno del evento 750, adicional tiene adjunto la planilla de reunión o listado de asistencia. Y con cierre el día 28/05/2025. **El subsistema Transmisibles** presento un valor porcentual del 95% No sujeto a plan de mejora, se bajó el percentil porcentual por BAI -Lista de chequeo adicional tiene adjunto la planilla de reunión o listado de asistencia. con cierre del día 28/05/2025 Lista de chequeo con 95%por por calidad en la Bai, adicional tiene adjunto la planilla de reunión o listado de asistencia. Y con cierre el día 28/05/2025. **-SIVIM** cuenta con convocatoria del día 10/05/2025 para el 20/05/2025, con lista de chequeo

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
				Presentan el formato de evaluación acorde a lo establecido en la caja de herramientas en donde se describen los datos generales de la UPGD, luego los compromisos, la agenda, los compromisos anteriores, pantallazos del REPS, y los tableros de indicadores de gestión por periodo epidemiológico y la evaluación de cada ítem. Con porcentaje de SIVIM del 66% sujeto a plan de mejora. Envío tardío de la BAI de 2 meses, envío inoportuno de 16 fichas al correo de digitación y mala calidad de hallazgos reiterativos en las fichas de notificación **Subsistema de SISVECOS** cuenta con convocatoria del día 10/05/2025 para el 20/05/2025, con lista de chequeo en el que relacionan valor porcentual del 64% **sujeto a plan** de mejora, cuenta con lista de chequeo acorde a lo descrito y no presento eventos a notificar. Envío tardío de la BAI de 2 meses, envío inoportuno de 13 fichas al correo de digitación y mala calidad de hallazgos reiterativos en las fichas de notificación **SIVELCE** con valor porcentual del 91% No sujeto a plan de mejora, adjunto el acta de reunión de cierre integral del día 28/05/2025 que cuenta con. Tableros de indicadores, el REPS, tablero de indicadores, tablero de asistencias técnicas, pantallazo de SIVIGILA web, PNS, con coherencia entre las descargas SIVIGILA de la UPGD y descargas de la SIVIGILA localidad. Cuenta con hallazgos y compromisos de cada subsistema, quedando con puntaje global de 82% y con plan de mejora para SIVELCE, con listado de asistencia adjunto**,** cuenta con convocatoria del día 10/05/2025 para el 20/04/2025, con lista de chequeo **-Subsistema Crónicos** Presentan acta llamada reunión Asistencia técnica para crónicos con su respectiva lista de chequeo en donde se describen los compromisos anteriores y realizan intervención con la BAI, por notificación inoportuna y por último presentan los compromisos, las firmas que vienen inmersas en

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
				el acta y por último la lista de chequeo con un valor porcentual del 83%, dando cumplimiento a este criterio. cuenta con convocatoria del día 10/05/2025 para el 20/05/2025, con lista de chequeo, por inoportunidad en respuesta a la referente local además de inoportunidad de digitación en la fecha de resultado de 4 pacientes Todas las actas de cierre para estos subsistemas se realizaron el día 20/05/2025 **-UPGD Clínica Medical SAS** relacionando valor porcentual de 98% para **SIVIGILA**, adicional se evidencia que cuenta con fortalecimiento de capacidades con el tema de Fortalecimiento en de sarampión en la región de las américas día 02/05/2025, y socialización de la actualización de fiebre amarilla el día 28/05/2025 y cuenta con convocatoria del día 06/05/2025 para el 26/05/2025 no sujeto a plan de mejora Lista de chequeo con 95%por por notificación inoportuna por el evento de intoxicación, adicional tiene adjunto la planilla de reunión o listado de asistencia. Y con cierre el día 28/05/2025. **El subsistema Transmisibles** presento un valor porcentual del 98% No sujeto a plan de mejora, se bajó el percentil porcentual por BAI -Lista de chequeo adicional tiene adjunto la planilla de reunión o listado de asistencia. con cierre del día 28/05/2025 Lista de chequeo con 95%por por calidad en la Bai, adicional tiene adjunto la planilla de reunión o listado de asistencia. Y con cierre el día 28/05/2025. y cuenta con convocatoria del día 06/05/2025 para el 26/05/2025 **-SIVIM** cuenta con convocatoria del día 10/05/2025 para el 21/05/2025, con lista de chequeo Presentan el formato de evaluación acorde a lo establecido en la caja de herramientas en donde se describen los datos generales de la UPGD,

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
				luego los compromisos, la agenda, los compromisos anteriores, pantallazos del REPS, y los tableros de indicadores de gestión por periodo epidemiológico y la evaluación de cada ítem. Con porcentaje de SIVIM del 96% No sujeto a plan de mejora. Por inadecuado diligenciamiento de la calidad en 4 eventos **Subsistema de SISVECOS** cuenta con convocatoria del día 10/05/2025 para el 21/05/2025, con lista de chequeo en el que relacionan valor porcentual del 96% No **sujeto a plan** de mejora, cuenta con lista de chequeo acorde a lo descrito y no presento eventos a notificar. Por confusión en el diagnostico Con cierre el día 26/05/2025 **SIVELCE** con valor porcentual del 91% No sujeto a plan de mejora, adjunto el acta de reunión de cierre integral del día 26/05/2025 que cuenta con. Tableros de indicadores, el REPS, tablero de indicadores, tablero de asistencias técnicas, pantallazo de SIVIGILA web, PNS, con coherencia entre las descargas SIVIGILA de la UPGD y descargas de la SIVIGILA localidad. Cuenta con hallazgos y compromisos de cada subsistema, quedando con puntaje global de 82% y con plan de mejora para SIVELCE, con listado de asistencia adjunto**,** cuenta con convocatoria del día 10/05/2025 para el 21/05/2025, con lista de chequeo con cierre el día 26/05/2025 **-Subsistema IAAS** Presentan acta llamada reunión Asistencia técnica para crónicos con su respectiva lista de chequeo en donde se describen los compromisos anteriores y realizan intervención con la BAI, por notificación inoportuna y por último presentan los compromisos, las firmas que vienen inmersas en el acta y por último la lista de chequeo con un valor porcentual del 100%, dando cumplimiento a este criterio. cuenta con convocatoria del día 10/05/2025 para el 26/05/2025, con lista de chequeo. Con cierre el día 26/05/2025 **-UPGD Virrey Solís IPS Bosa**

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
				relacionando valor porcentual de 100% para **SIVIGILA**, adicional se evidencia que cuenta con fortalecimiento de capacidades con el tema de Fortalecimiento en de sarampión en la región de las américas día 02/05/2025, y socialización de la actualización de fiebre amarilla el día 28/05/2025 y cuenta con convocatoria del día 19/05/2025 para el 21/05/2025 no sujeto a plan de mejora Lista de chequeo con 95%, adicional tiene adjunto la planilla de reunión o listado de asistencia. Y con cierre el día 21/05/2025. **El subsistema Transmisibles** presento un valor porcentual del 95% No sujeto a plan de mejora, se bajó el percentil porcentual por BAI -Lista de chequeo adicional tiene adjunto la planilla de reunión o listado de asistencia. con cierre del día 21/05/2025 y cuenta con convocatoria del día 19/05/2025 para el 21/05/2025 **-SIVIM** cuenta con convocatoria del día 19/05/2025 para el 21/05/2025, con lista de chequeo Presentan el formato de evaluación acorde a lo establecido en la caja de herramientas en donde se describen los datos generales de la UPGD, luego los compromisos, la agenda, los compromisos anteriores, pantallazos del REPS, y los tableros de indicadores de gestión por periodo epidemiológico y la evaluación de cada ítem. Con porcentaje de SIVIM del 83% No sujeto a plan de mejora. Por incumplimiento del envió. de la BAI, con cierre del día 21/05/2025 **Subsistema de SISVECOS** cuenta con convocatoria del día 19/05/2025 para el 21/05/2025, con lista de chequeo en el que relacionan valor porcentual del 92% No **sujeto a plan** de mejora, cuenta con lista de chequeo acorde a lo descrito y no presento eventos a notificar. Por confusión en el diagnostico Con cierre el día 21/05/2025, por diligenciamiento en la calidad de las variables **SIVELCE** con valor porcentual del 85% No

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
				sujeto a plan de mejora, adjunto el acta de reunión de cierre integral del día19/05/2025 que cuenta con. Tableros de indicadores, el REPS, tablero de indicadores, tablero de asistencias técnicas, pantallazo de SIVIGILA web, PNS, con coherencia entre las descargas SIVIGILA de la UPGD y descargas de la SIVIGILA localidad. Cuenta con hallazgos y compromisos de cada subsistema, quedando con puntaje global de 91% y con plan de mejora para SIVELCE, con listado de asistencia adjunto, cuenta con convocatoria del día 19/05/2025 para el 21/05/2025, con lista de chequeo con cierre el día 21/05/2025, por mal diligenciamiento de 20 fichas de notificación **Localidad Bosa** **UPGD Colsubsidio Chicalá** relacionando valor porcentual de 98% para **SIVIGILA**, adicional se evidencia que cuenta con fortalecimiento de capacidades con el tema de Fortalecimiento en de sarampión en la región de las américas día 02/05/2025, y socialización de la actualización de fiebre amarilla el día 28/05/2025 y cuenta con convocatoria del día 10/05/2025 para el 16/05/2025 no sujeto a plan de mejora Lista de chequeo con 95% por duplicidad, adicional tiene adjunto la planilla de reunión o listado de asistencia. Y con cierre el día 16/05/2025. **El subsistema Transmisibles** presento un valor porcentual del 91% No sujeto a plan de mejora, se bajó el percentil porcentual por BAI -Lista de chequeo adicional tiene adjunto la planilla de reunión o listado de asistencia. con cierre del día 16/05/2025, por no envíos de actas ajustes D y por calidad de la BAI. y cuenta con convocatoria del día 10/05/2025 para el 16/05/2025 **-SIVIM** cuenta con convocatoria del día 10/05/2025 para el 16/05/2025, con lista de chequeo Presentan el formato de evaluación acorde a lo

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
				establecido en la caja de herramientas en donde se describen los datos generales de la UPGD, luego los compromisos, la agenda, los compromisos anteriores, pantallazos del REPS, y los tableros de indicadores de gestión por periodo epidemiológico y la evaluación de cada ítem. Con porcentaje de SIVIM del 97% No sujeto a plan de mejora. Por mala calidad del dato en 3 notificaciones, con cierre del día 16/05/2025 **Subsistema de SISVECOS** cuenta con convocatoria del día 10/05/2025 para el 16/05/2025, con lista de chequeo en el que relacionan valor porcentual del 93% No **sujeto a plan** de mejora, cuenta con lista de chequeo acorde a lo descrito y no presento eventos a notificar. Por confusión en el diagnostico Con cierre el día 10/05/2025, Por mala calidad del dato en 3 notificaciones **SIVELCE** con valor porcentual del 97%, por calidad de la notificación en 3 eventos, No sujeto a plan de mejora, adjunto el acta de reunión de cierre integral del día 26/05/2025 que cuenta con. Tableros de indicadores, el REPS, tablero de indicadores, tablero de asistencias técnicas, pantallazo de SIVIGILA web, PNS, con coherencia entre las descargas SIVIGILA de la UPGD y descargas de la SIVIGILA localidad. Cuenta con hallazgos y compromisos de cada subsistema, quedando con puntaje global de 95% y con plan de mejora para SIVELCE, con listado de asistencia adjunto, cuenta con convocatoria del día 10/05/2025 para el 16/05/2025, con lista de chequeo con cierre el día 16/05/2025
	1.7. Evidencia de articulación con el subsistema transmisibles (insumos necesarios para aplicación lista especifica de chequeo y retroalimentación de hallazgos si aplican).			**1.7. Aril-2025** Presentan acta del día 07/04/2025 de articulación con el subsistema transmisibles **Mayo-2025** Presentan acta del día 05/05/2025 de articulación con el subsistema transmisibles

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	1.8. Concordancia cronograma – indicadores GESI. **1.9.** Acta integral de cierre de asistencia técnica con el prestador donde se evidencien los hallazgos integrales socializados por cada subsistema que participa y recibido y firma de aprobación del responsable asignado por la entidad para recibir la asistencia integral (no es válida la lista de asistencia). **1.10.** Acta de articulación entrega alistamiento trimestral para asistencia (gestión de seguimiento por cada mes) (técnico - epidemiólogo - ingeniero gestión de la información transversal). **Frecuencia / Periodicidad:** trimestral (distribución mensual de meta para UPGD activas durante la vigencia, acorde con dinámica de estas).			**1.8**. Producto validado por La profesional Especializada Mabel Lizcano -Ladis Madrid-Epidemióloga, gestión de la información SIVIGILA-Profesional especializado 4 -Mónica Andrade-Epidemióloga, gestión de la información SIVIGILA-Profesional especializado 4 William Baquero Epidemiólogo, gestión de la información SIVIGILA-Profesional especializado 4 **1,10.** Acta de articulación entrega alistamiento trimestral **Abril-2025** Presentan acta del día 0170472025 **Mayo-2026** **Acta del día 02/05/2025** **Frecuencia / Periodicidad:** trimestral (distribución mensual de meta para UPGD activas durante la vigencia, acorde con dinámica de estas).
2. Monitorear a través de indicadores el cumplimiento de proceso en la localidad de las UPGD.	**2.1.** Tablero de control de indicadores Sivigila concordantes con evaluación técnica (cada mes deben ir acumulando con las evaluaciones realizadas), con calidad, oportunidad y veracidad. **2.2.** Tablero de control de registros por UPGD para el trimestre evaluado.			**Abril Y mayo de 2025** **2.1. Tablero de control de Indicadores** **Se validan los tableros de control** de indicadores Sivigila en el muestreo realizado en el seguimiento, evidenciándose en estos periodos que cuentan con calidad, oportunidad y veracidad. **2.3.** Tablero de control de registros por UPGD para el trimestre evaluado.

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	Frecuencia / Periodicidad: un tablero de control (mensual).			Tablero de control de registros por UPGD. Para estos periodos de seguimiento en donde se evidencia las fechas de las visitas de cada subsistema con sus respectivos puntajes individuales y el global, adicional describe una columna en donde se especifica si quedo con plan de mejora para el trimestre observado y por último se encuentra la columna de observaciones del consolidado de los hallazgos y compromisos encontrados en cada subsistema por UPGD **Frecuencia / Periodicidad:** un tablero de control (mensual).
3. Realizar búsqueda activa a toda UPGD que durante el periodo evaluado supere 3 o más semanas con notificación negativa.	**3.1.** Soportes del resultado de la búsqueda activa a la UPGD (anexos en la caja de herramientas - Anexo 01 Formatos BAI_INS). **3.2.** Acta de seguimiento al proceso y soportes correos de gestión. **3.3.** Envío mensual a SDS de la gestión (descarga PNS semanas que aplica y acta seguimiento - BAI). **Frecuencia / Periodicidad**: de acuerdo con las UPGD con notificación negativa en 3 o más semanas (acorde a PNS 4.0, consolidado para el periodo evaluado) (mensual).			Estos criterios y medios de verificación son validados por la profesional Especializada Mabel Lizcano Estos criterios y medios de verificación son validados por la profesional Especializada Mabel Lizcano
4. BAI UPGD con silencio epidemiológico.	**4.** Para silencio, además de lo anterior, envío de soportes a nivel central máximo cuatro (4) días calendario posterior al silencio (incluye acta de articulación con UPGD).			Estos criterios y medios de verificación son validados por la profesional Especializada Mabel Lizcano

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	Frecuencia / Periodicidad: inmediato al presentarse el silencio (mensual).			
5. Evaluar el comportamiento de la notificación de la UPGD que durante el mismo periodo no reporte eventos de manera continua y cambiar la clasificación dentro del sistema.	**5.1.** Soportes de búsqueda activa a la UPGD por periodo epidemiológico con calidad. **5.2.** Acta de seguimiento (con mínimo seis (6) meses de seguimiento a través de indicadores y BAI). **5.3.** Pantallazo servicios habilitados - REPS y relación de los que captan eventos de interés en salud pública. **5.4.** Correo con novedad de solicitud de cambio (reclasificación como actor en la red). **5.5.** Pantallazo (del prestador) de ajuste en la caracterización de Sivigila en caso de reclasificar la institución. **Frecuencia / Periodicidad**: de acuerdo con el comportamiento de la notificación (posterior a dos (2) asistencias técnicas con proceso de BAI y verificación de servicios habilitados con probabilidad de captación de EISP) (mensual).			Estos criterios y medios de verificación son validados por la profesional Especializada Mabel Lizcano Estos criterios y medios de verificación son validados por la profesional Especializada Mabel Lizcano Estos criterios y medios de verificación son validados por la profesional Especializada Mabel Lizcano
6. Garantizar que toda la red de operadores actualice el aplicativo de acuerdo con las directrices dadas desde	**6.1.** Pantallazo ingreso sistema Sivigila 2018-2020 que muestre la versión utilizada y salida XLS de			Estos criterios y medios de verificación son validados por la profesional Especializada Mabel Lizcano

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
nivel nacional. La Subred debe soportar gestión semanal a través del seguimiento nominal por el producto de gestión de la información a toda la red activa (incluye cierres temporales). Cada Subred tendrá la obligación de actualizar la caracterización de la red por solicitud del INS o nivel central y cuando existan novedades de las UPGD o UI; así como en el momento en que la institución, en la base REPS, cambie sus principales variables. Es indispensable contar con la copia de la ficha de la habilitación o el soporte de base REPS de cada una de las UPGD o UI activas al sistema (del mes evaluado), dejar evidencia de fecha de consulta para control.	versionamiento desde la herramienta (actualizado). **6.2.** Soporte actualizado en base UPGD del nivel (estado versionamiento - seguimiento SDS). **6.3.** Base descarga herramienta Sivigila "estado de actualización por entidad". **6.4.** Concordancia base caracterización Subred base caracterización SDS – base AT consolidada. **6.5.** Seguimiento y gestión de cargue planos en Sivigila 4.0 o novedades que el nivel nacional notifique al sistema nacional de vigilancia en salud pública. **6.6.** Seguimiento a usuario, clave y cargue oportuno de planos en Sivigila 4.0. **6.7.** Seguimiento a la administración de usuarios y caracterización 4.0. **Frecuencia / Periodicidad:** de acuerdo con las actualizaciones entregadas por el INS, máximo ocho (8) días calendario. **Perfil:** profesional especializado 4 (operativo): título profesional en bacteriología o enfermería o medicina u odontología o salud pública o nutrición y dietética o			Estos criterios y medios de verificación son validados por la profesional Especializada Mabel Lizcano Estos criterios y medios de verificación son validados por la profesional Especializada Mabel Lizcano Estos criterios y medios de verificación son validados por la profesional Especializada Mabel Lizcano Estos criterios y medios de verificación son validados por la profesional Especializada Mabel Lizcano

ACTIVIDAD O SUBACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO	Criterios y medios de verificación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	terapias, con título de postgrado en epidemiologia o salud pública y doce (12) meses de experiencia profesional relacionada con Sivigila. En caso de no contar con la experiencia requerida, la Subred podrá presentar un plan de fortalecimiento de talento humano de mínimo 180 horas, en las temáticas relacionadas, incluyendo trabajo de campo, que garanticen capacidades para la gestión del subsistema Sivigila.			Estos criterios y medios de verificación son validados por la profesional Especializada Mabel Lizcano Estos criterios y medios de verificación son validados por la profesional Especializada Mabel Lizcano

2. SEGUIMIENTO DESFAVORABLES (SOLO APLICA PARA VSA)

Periodo	Código Intervención	Intervención	Localidad	Número radicado	Fecha radicada	Número acta IVC	ID	Hallazgo

PARTICIPARON EN EL SEGUIMIENTO

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	ENTIDAD
1	Mónica Andrade	Profesional Especializado 4	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente
2	Mayten Nayibe Ortiz Bermúdez	Profesional Especializado	Secretaría Distrital de Salud
3			

4			
5			
6			
7			
8			
9			

Nota: en el acta de cierre del seguimiento al convenio interadministrativo GSP - PSPIC, se adjuntan en medio magnético las listas de chequeo por entornos y/o procesos transversales, por cada uno de los productos/intervenciones objeto de seguimiento revisadas por el equipo de apoyo a la supervisión.