

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

**Tema:** Socialización de hallazgos de la Acción 9. Gestión de programas estrategia y planes para el Bienestar/Gestión integra Estrategias y programas.

| Dependencia (Dirección / Oficina) | Proceso                                                                          |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA    | GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA / INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL |

| Objetivo                                                                                                                                                                                                               | Fecha: 11 de Mayo de 2026                                                                                      |                                                                                                                                                                      |             |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------|
| Socialización de hallazgos de la Acción 9. Gestión de programas estrategia y planes para el Bienestar/Gestión integra Estrategias y programas GIPEPB-PAI, de las cuatro (4) Subredes Integradas de Servicios de Salud. | Tipo de reunión                                                                                                | Asistencia Técnica:<br>Asesoría ( ) Capacitación ( )<br>Orientación ( ) Acompañamiento ( )                                                                           |             |           |
|                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                | Otro ( X ) Socialización de hallazgos de la Acción 9. Gestión de programas estrategia y planes para el Bienestar/Gestión integra Estrategias y programas GIPEPB-PAI. |             |           |
|                                                                                                                                                                                                                        | Modalidad:                                                                                                     | Presencial ( )                                                                                                                                                       | Virtual ( ) | Mixta (x) |
|                                                                                                                                                                                                                        | Lugar: Secretaría Distrital de Salud Edificio de laboratorio de Salud pública - oficina PAI y plataforma Teams |                                                                                                                                                                      |             |           |
|                                                                                                                                                                                                                        | Hora Inicio: 8:00 a.m. Hora Fin: 11:30 a.m.                                                                    |                                                                                                                                                                      |             |           |
|                                                                                                                                                                                                                        | Notas por: Yury Moncada                                                                                        |                                                                                                                                                                      |             |           |
|                                                                                                                                                                                                                        | Próxima Reunión: No aplica                                                                                     |                                                                                                                                                                      |             |           |
|                                                                                                                                                                                                                        | Quien cita: No aplica                                                                                          |                                                                                                                                                                      |             |           |

|                                       |
|---------------------------------------|
| <b>TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS *</b> |
|---------------------------------------|

Siendo la hora programada, la profesional Sandra Jiménez del equipo de apoyo a la supervisión inicia la reunión, extendiendo un saludo a los asistentes en modalidad presencial y virtual.

A continuación, informa que el objetivo del encuentro corresponde al seguimiento del periodo comprendido entre el 1 de enero y el 28 de febrero de 2026 para las cuatro subredes.

Posteriormente, la profesional verificó la conectividad y condiciones técnicas de la sesión, solicitando a los asistentes confirmar la visualización de la presentación y la adecuada recepción del audio, lo cual fue validado satisfactoriamente.

Acto seguido, se socializó la metodología de trabajo, indicando que las preguntas, dudas y aclaraciones serían atendidas al finalizar la presentación de cada subred, tanto para los asistentes presenciales como virtuales. En este sentido, se dio inicio al espacio de socialización de las glosas generadas durante el proceso de seguimiento.

En relación con el equipo participante, se informó que el proceso fue desarrollado por cinco profesionales del proceso GIPEPB-PAI, correspondientes a las profesionales de apoyo a la supervisión: Luisa Mayorga, Yury Moncada, Marcela López, Sandra Jiménez y Jennifer Jiménez.

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

Posteriormente, se inició la socialización de hallazgos correspondientes a la Subred Centro Oriente, en el marco del periodo evaluado.

Para la Subred Centro Oriente, se detallaron las acciones desarrolladas por cada uno de los profesionales del equipo de apoyo a la supervisión, así:

La profesional de apoyo a la supervisión Yury Moncada realizó el seguimiento retrospectivo las acciones relacionadas con enfermedades transmitidas por vectores, salud sexual y reproductiva, gestión de medicamentos e insumos, cadena de frío, centro de acopio y operación logística del PAI.

Así mismo, la profesional de apoyo Jennifer Jiménez realizó el seguimiento retrospectivo a las acciones de transmisibles, equipo intramural, operación del PAI en sistemas de información, así como la gestión del equipo extramural (auxiliares, digitadores y componente educativo PAI).

De igual forma, Sandra Jiménez realizó el seguimiento retrospectivo las actividades asociadas a seguridad alimentaria, salud mental y violencias, enfermedades crónicas, líderes PAI, equipo extramural (auxiliares, digitadores y componente educativo), y se contó con la profesional Marcela López quien realizó el seguimiento retrospectivo con acciones de salud ambiental y la profesional Luisa Mayorga con las acciones de hospitales verdes.

En relación con el componente de talento humano, se informó que no se identificaron inconsistencias en la base de datos. Igualmente, se evidenció que los pagos realizados correspondieron a las acciones soportadas y ejecutadas.

Respecto al componente de insumos, se indicó que estos fueron soportados conforme a lo establecido en el Anexo 8 y de acuerdo con las necesidades de la subred.

No obstante, para los meses evaluados, se identificó incumplimiento en la disponibilidad de vehículos asignados a las localidades de San Cristóbal, Rafael Uribe Uribe y Los Mártires, evidenciándose la disponibilidad de un número inferior frente a lo establecido. En este sentido, conforme al Anexo técnico, se requería la disponibilidad de nueve (9) vans y cinco (5) motocicletas, lo cual impactó el desarrollo de las acciones extramurales correspondientes a la acción 165.

En cuanto a la ejecución total de la Subred Centro Oriente, se reportó un cumplimiento del 97,99%, el cual se vio afectado por la ausencia de algunos perfiles asociados a las acciones 165, 166 y 167.

Posteriormente, se inició la descripción de los hallazgos correspondientes a la acción 164, donde, para el mes de enero de 2026, se identificó incumplimiento de los estándares de calidad, evidenciado en diferencias y falta de concordancia en la planeación semanal, teniendo en cuenta el último envío con actualización realizado el 4 de febrero de 2026.

En relación con los hallazgos correspondientes a la acción 164, se informó que, para el periodo evaluado del año 2026, se identificaron inconsistencias en el diligenciamiento del formato de planeación semanal en diferentes localidades.

Para el mes de enero de 2026, en la localidad de San Cristóbal, se evidenció incumplimiento en los días 14 y 26 de enero, debido a falta de concordancia entre la población programada y las dosis aplicadas. Así mismo, en la localidad de Antonio Nariño, se identificaron inconsistencias en los días 26 y 27 de enero relacionadas con la planeación semanal.

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

Para el mes de febrero de 2026, teniendo en cuenta el último envío con actualización realizado el 4 de marzo de 2026, se identificaron las siguientes inconsistencias:

- En la localidad de Santa Fe, incumplimiento en la planeación semanal correspondiente al día 27 de febrero.
- En la localidad de Antonio Nariño, inconsistencias en los días 7 y 12 de febrero.
- En la localidad de Rafael Uribe Uribe, incumplimiento en el día 25 de febrero.

Adicionalmente, en este mismo periodo y en el marco de la acción 164, se evidenciaron inconsistencias en la localidad de Antonio Nariño relacionadas con el registro de la población no vacunada, donde los datos reportados por grupo de edad no concordaban con los registros consolidados.

De igual manera, se identificó que la georreferenciación reportada en el mapa no correspondía al barrio verificado, asociándose a inconsistencias en el registro de la estrategia casa a casa consolidada.

Así mismo, se evidenciaron registros diarios en los cuales el nombre del barrio difería respecto al consolidada casa a casa, generando falta de coherencia en la información y afectando la calidad de los datos relacionados con la población vacunada.

En cuanto a la acción 165, para el mes de febrero de 2026, se generó hallazgo frente al archivo casa a casa de la localidad de Antonio Nariño, en el cual se registró un nombre de barrio que no correspondía. Adicionalmente, se identificaron inconsistencias en registros diarios que presentaban diferencias frente al consolidado, afectando la integridad de la información reportada.

Finalmente, se indicó que el total de auxiliares asociados a este hallazgo correspondió a tres (3) auxiliares para el periodo evaluado.

En cuanto a la acción 166, se informó que, para el mes de febrero de 2026, se generó hallazgo debido al incumplimiento en los estándares de calidad, relacionado con el apoyo de un registrador.

Lo anterior, teniendo en cuenta diferencias identificadas entre los registros diarios y la consolidada casa a casa en la localidad de Antonio Nariño, situación que guardó relación directa con los hallazgos evidenciados en la acción 164.

Respecto a la acción 142, correspondiente al componente de enfermedades transmitidas por vectores, se indicó que, para el mes de febrero de 2026, se identificó incumplimiento debido al envío extemporáneo de la base de información a nivel distrital. De acuerdo con la ficha técnica, dicho reporte debía ser remitido dentro de los primeros diez (10) días calendario del mes al referente distrital; sin embargo, el envío fue realizado de manera posterior, motivo por el cual se generó el respectivo hallazgo.

En relación con la aplicación de criterios de glosa en la Subred Centro Oriente, se socializó la siguiente información:

Se registraron dos (2) glosas tipo G2 por concepto de insumos, por un valor total de \$11.628.541, correspondientes a un peso porcentual del 29%.

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

Así mismo, se registraron cinco (5) glosas tipo G3 por incumplimiento, por un valor total de \$8.846.573, con un peso porcentual del 71%.

En total, se consolidaron siete (7) glosas por un valor de \$20.475.114.

Adicionalmente, se precisó que, para esta subred, no se realizaron seguimientos en campo durante el periodo evaluado.

Posteriormente, se abrió un espacio para preguntas e inquietudes por parte de los asistentes. En este contexto, los participantes solicitaron claridad sobre el proceso de verificación de la planeación semanal, frente a lo cual la profesional Jennifer Jiménez del equipo de apoyo a la supervisión SDS explicó que la validación se realizó tomando como referencia el último envío de información reportado por la subred.

En este sentido, se indicó que para el mes de enero la validación se efectuó con base en la información remitida el 4 de febrero, mientras que para el mes de febrero se tuvo en cuenta el envío realizado el 4 de marzo de 2026.

Así mismo, se aclaró que las inconsistencias identificadas correspondieron principalmente a diferencias entre la población reportada y las dosis aplicadas, evidenciadas en jornadas específicas. Se precisó que, si bien las jornadas fueron ejecutadas, los hallazgos se generaron por inconsistencias en el registro de la información.

Finalmente, se resaltó que, durante los meses evaluados, se realizaron múltiples jornadas extramurales, superando las 200 actividades, lo cual incrementa la probabilidad de generar diferencias en los registros, sin afectar necesariamente la ejecución de las actividades. En el espacio, la profesional Jennifer Jiménez del equipo de apoyo a la supervisión SDS amplió la información frente a los mecanismos de validación de la calidad del dato, indicando que, además de los registros de planeación semanal y casa a casa, también se realiza verificación de los informes de vacunación, en los cuales se cruza la información con los sistemas oficiales, teniendo en cuenta variables como fecha de nacimiento, con el fin de garantizar la consistencia de los grupos etarios y la calidad de la información reportada.

No obstante, se reconoció que, debido a la dinámica del servicio, el volumen de jornadas y la cantidad de registros generados, pueden presentarse diferencias en los reportes. Sin embargo, se enfatizó que cuando las inconsistencias no corresponden a errores puntuales sino a diferencias generalizadas, se hace necesario realizar una revisión más detallada del proceso desarrollado por la subred.

En este marco, se abordó la existencia de antecedentes de observaciones realizadas en periodos anteriores, en los cuales se habían identificado diferencias similares. Se precisó que, durante el seguimiento a los meses de octubre, noviembre y diciembre del ciclo previo, se dejaron observaciones en la lista de chequeo relacionadas con inconsistencias en la información reportada en la Subred Centro Oriente.

Se indicó además que el formato de planeación semanal inició su implementación a partir de octubre, lo cual implicó un proceso de ajuste y apropiación por parte de las subredes. En este contexto, la profesional de apoyo a la supervisión señaló que, durante las primeras verificaciones, se realizó un ejercicio de entendimiento del formato y su metodología de diligenciamiento.

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

Así mismo, se informó que, conforme a la ficha técnica, las subredes deben realizar ajustes de manera semanal; por lo tanto, al cierre de cada mes, la información debe encontrarse consolidada y actualizada. En este sentido, se adoptó como criterio de verificación la revisión del último envío realizado por la subred, al considerarse que este contiene la versión final del periodo evaluado.

Se dejó constancia que este criterio fue socializado previamente en mesa de trabajo, donde se definió que la validación de la información se realizaría con base en los últimos envíos reportados por las subredes.

En consecuencia, durante el proceso de seguimiento, se tomaron como referencia los envíos realizados en el mes siguiente (4 de febrero para el cierre de enero y 4 de marzo para el cierre de febrero), con el fin de garantizar la evaluación integral de la información correspondiente a cada periodo.

Finalmente, se precisó que las inconsistencias evidenciadas no correspondieron únicamente a la Subred Centro Oriente, sino que se han identificado comportamientos similares en otras subredes, lo cual resalta la necesidad de fortalecer los procesos de reporte, validación y control de calidad de la información.

En el desarrollo del análisis, la profesional del equipo de apoyo a la supervisión SDS indicó que las inconsistencias identificadas se presentan de manera reiterada en las cuatro subredes, evidenciándose múltiples hallazgos que serán detallados posteriormente. En este sentido, precisó que la situación no obedece a la metodología de verificación utilizada, sino al incumplimiento de lo establecido en la ficha técnica, la cual indica que se deben realizar seguimientos y actualizaciones de manera semanal, garantizando que al mes siguiente la información se encuentre completa y consolidada.

En este contexto, señaló que, en la primera subred evaluada, se dejó una observación de carácter general en la lista de chequeo, recomendando el cumplimiento de las actualizaciones semanales conforme a los lineamientos técnicos. Sin embargo, a medida que se avanzó en la verificación de las demás subredes, se identificaron hallazgos más específicos relacionados con inconsistencias entre la planeación reportada y la ejecución de las jornadas.

Así mismo, se evidenciaron casos en los cuales actividades desarrolladas, como jornadas realizadas en puntos específicos, no se encontraban registradas en la planeación semanal, generando diferencias en la trazabilidad de la información. Se indicó que este tipo de situaciones han sido recurrentes en las subredes evaluadas, manteniéndose inconsistencias en la planeación de las cuatro subredes.

Se informó que desde el equipo de apoyo a la supervisión se encuentra en proceso de evaluación integral de estos hallazgos, con el fin de definir el tratamiento técnico correspondiente.

Adicionalmente, se hizo referencia a una comunicación emitida por la Secretaría a finales del mes de marzo de 2026, mediante la cual se establece la necesidad de realizar un alcance a la información reportada en mes vencido, indicando que, posterior al envío inicial, se deberán efectuar ajustes que garanticen la concordancia de los datos reportados. No obstante, se precisó que esta directriz aún no ha sido incorporada formalmente en el lineamiento técnico vigente.

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

Finalmente, se resaltó la importancia de analizar el impacto de la aplicación de glosas, considerando que, si bien estas se generan a partir de inconsistencias técnicas, también es necesario tener en cuenta el contexto operativo, como la alta rotación del talento humano y la carga operativa derivada del volumen de jornadas ejecutadas. En este sentido, se indicó la pertinencia de fortalecer gradualmente los procesos de mejora, a través de observaciones iniciales y la implementación progresiva de planes de mejoramiento, antes de la aplicación estricta de medidas correctivas.

Así mismo, la profesional del equipo de apoyo a la supervisión Jennifer Jiménez indicó que, para el análisis del periodo evaluado, se ha tenido en cuenta la aplicación del lineamiento técnico vigente de manera estricta, sin considerar inicialmente las aclaraciones emitidas con posterioridad, como la comunicación generada a finales de marzo de 2026. No obstante, se señaló que dicha comunicación será revisada en conjunto con los soportes del periodo anterior, con el fin de definir el tratamiento técnico correspondiente.

En este sentido, se informó que desde el equipo se ha solicitado la revisión de actas del periodo previo, con el propósito de verificar lo que quedó documentado y tomar decisiones ajustadas a los antecedentes del proceso.

Posteriormente, en el espacio de preguntas, surgió una inquietud relacionada con el efecto de la depuración de la información posterior a la generación de la glosa, específicamente si dicha depuración permite emitir un concepto técnico para la conciliación o levantamiento de esta.

Frente a esto, la profesional del equipo de apoyo a la supervisión SDS Jennifer Jiménez aclaró que los procesos de depuración de la información y la generación de hallazgos corresponden a ejercicios independientes. Se explicó que existen múltiples fuentes y formatos de información asociados al proceso, entre ellos: la planeación semanal, los registros individuales (SIS) y el informe de vacunación cargado en el sistema de información PAI.

Así mismo, se indicó que, en el marco de la verificación, el equipo realiza procesos de validación y depuración de calidad de dato, realizando ajustes relacionados con inconsistencias en variables como tipo de documento, fechas de nacimiento y coherencia en los registros, lo cual es retroalimentado a las subredes para su corrección.

Sin embargo, se precisó que estos procesos de depuración, aunque mejoran la calidad de la información consolidada, no subsanan los hallazgos identificados en el ejercicio de supervisión en territorio. Lo anterior, teniendo en cuenta que los hallazgos se generan con base en la información disponible al momento de la verificación y frente al cumplimiento de los lineamientos en los tiempos establecidos.

En consecuencia, se concluyó que la corrección posterior de la información no constituye un criterio automático para el levantamiento de la glosa, dado que el incumplimiento ya fue identificado en el momento de la revisión, especialmente en lo relacionado con la oportunidad, calidad y concordancia de los registros.

El referente distrital Willson Juagibioy Otero manifestó que, dado que el registro de la información en territorio se realiza en gran medida mediante conteo manual, es comprensible que se presenten errores puntuales; no obstante, hizo énfasis en que cuando las diferencias son significativas y la

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

información no presenta concordancia entre los diferentes formatos, se requiere una revisión más rigurosa del proceso de registro y consolidación de los datos.

Así mismo, indicó que es necesario analizar la magnitud de los errores identificados, señalando que inconsistencias mínimas pueden ser atribuibles a la dinámica operativa; sin embargo, cuando se evidencian diferencias amplias entre los valores reportados (por ejemplo, entre dosis aplicadas y datos consignados en los formatos), se configura un escenario que amerita la generación de hallazgos y recuerda lo registrado en el lineamiento, así:

- Soporte de la actividad: “Planeación semanal. Los ajustes que se requieran al plan de trabajo semanal, deben ser reportados el día anterior a la programación antes de las 12 del día, al correo [sdspai@saludcapital.gov.co](mailto:sdspai@saludcapital.gov.co) y referentes de estrategias.”

Nota aclaratoria de la actividad: “La información reportada semanalmente de dosis aplicadas y personas vacunadas, puede tener cambios ya que los equipos están en operación y puede existir un rezago en el reporte desde los puntos de vacunación.”

Posteriormente, la profesional del equipo de apoyo a la supervisión Jennifer Jiménez explicó la metodología aplicada para la verificación de la información registrada en la planeación semanal, indicando que esta se encuentra discriminada por grupos de edad (9 a 17 años, 2 a 4 años, 5 años, mayores de 60 años, entre otros).

En este sentido, señaló que el ejercicio de validación consistió en tomar cada jornada reportada y realizar la verificación detallada de los registros, efectuando la discriminación uno a uno por grupo etario, en conjunto con el apoyo de la subred. A partir de este proceso, se consolidaron los datos y se compararon con la información consignada en la planeación semanal.

Como resultado de esta verificación, se identificaron diferencias entre los valores reportados y los datos consolidados, particularmente en el número de personas vacunadas por grupo de edad. Así mismo, se evidenció que dichas inconsistencias impactan directamente otros indicadores, como el total de población vacunada durante la jornada y el porcentaje de cobertura, dado que cualquier variación en los datos base altera los resultados finales.

En consecuencia, se precisó que las inconsistencias no solo afectan un dato puntual, sino que generan desviaciones en los tres componentes principales evaluados: población vacunada, población encontrada y porcentaje de cumplimiento, lo cual afecta la calidad, coherencia y confiabilidad de la información reportada.

La profesional del equipo de apoyo a la supervisión Jenifer Jiménez reiteró la importancia de garantizar la calidad en los registros de las jornadas, indicando que, aunque se reconoce la complejidad operativa y la carga de trabajo, la información debe reflejar de manera exacta la ejecución realizada, de tal manera que exista coherencia entre los registros manuales y los sistemas de información.

Así mismo, señaló que, si bien el lineamiento es de reciente implementación y no se evidencian antecedentes formales de planes de mejoramiento específicos sobre este componente, se hace necesario fortalecer los procesos internos de las subredes, ya sea mediante ajustes en el formato o a través de acciones de mejora institucional que permitan asegurar la calidad del registro desde la fuente.

Por su parte, el referente distrital Willson Juagibioy Otero indicó que, si bien el registro de la información puede parecer una actividad operativamente sencilla, esta requiere un alto nivel de

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

rigurosidad y detalle, dado que de dicha información dependen procesos posteriores de validación, consolidación y análisis.

En este sentido, explicó que el diseño del formato buscó facilitar la organización de la información, unificando registros que anteriormente se encontraban dispersos, con el propósito de mejorar la trazabilidad y disponibilidad de los datos. No obstante, precisó que la posibilidad de realizar modificaciones posteriores en la información fue concebida para ajustes oportunos, debido a la dinámica de los servicios y las diferentes causas que pueden inducir al error, los cuales pueden ser mínimos y a nivel de programa tienen otros puntos de control.

Adicionalmente, enfatizó que la validación no se limita únicamente al total de dosis aplicadas, sino que requiere una desagregación específica de la información, permitiendo identificar, por ejemplo, cuántas dosis fueron aplicadas por equipos básicos, en actividades casa a casa, bloqueos o concentraciones, según los requerimientos del proceso.

En este marco, se evidenció que la falta de detalle en la información limita el análisis técnico y dificulta la verificación de la coherencia entre la ejecución de las actividades y los reportes consolidados.

Finalmente, se reiteró la necesidad de fortalecer los procesos de registro oportuno y detallado de la información, así como de garantizar la consistencia entre los diferentes instrumentos de reporte, con el fin de mejorar la calidad del dato y la confiabilidad de los resultados del proceso de seguimiento.

En el desarrollo del análisis, el referente distrital Willson Juagibioy Otero indicó que la flexibilidad contemplada en el lineamiento respecto a la posibilidad de realizar ajustes en la información fue concebida para permitir correcciones oportunas en el corto plazo, y agrega respecto a todo el contexto anterior y los eventos presentados lo siguiente: la SDS emitió una aclaración el 31/03/2026 para aplicar a partir de abril de 2026.

Por otra parte, se mencionó que la Subred Centro Oriente presenta condiciones particulares, como la estabilidad del talento humano, especialmente en el equipo de enfermería, así como la disponibilidad completa del recurso humano, lo cual, en principio, disminuiría la probabilidad de presentar inconsistencias en la implementación del lineamiento.

Adicionalmente, se reiteró que, si bien el lineamiento establece la obligación de realizar los envíos de la información, el ejercicio de supervisión no se limita únicamente a verificar el cumplimiento en la oportunidad del envío, sino que también implica la validación de la calidad, consistencia y coherencia de la información reportada.

En este marco, la profesional del equipo de apoyo a la supervisión SDS planteó la necesidad de contar con una directriz clara por parte del nivel central, que permita definir si la verificación debe centrarse exclusivamente en el cumplimiento del envío de la información o si debe mantenerse el enfoque actual de evaluación integral, incluyendo la calidad del dato.

Finalmente, se dejó constancia de que el equipo de seguimiento continuará aplicando la verificación conforme al lineamiento vigente, priorizando la calidad de la información, en articulación con las

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

orientaciones emitidas por la Secretaría, mientras se definen claridades adicionales frente al alcance técnico del proceso.

En el desarrollo de la discusión, la profesional del equipo de apoyo a la supervisión SDS Jennifer Jiménez reiteró que el proceso de verificación realizado no se limita únicamente a validar el cumplimiento en el envío de la información, sino que incluye la revisión de los estándares de calidad asociados a los registros.

En este sentido, señaló que, aunque se verifica que la información haya sido remitida, también se realiza la contrastación entre los diferentes instrumentos de registro, tales como el sistema de información, los formatos físicos y los consolidados reportados por la Subred. Como resultado de este ejercicio, se han identificado diferencias en la información reportada.

A manera de ejemplo, indicó que se han evidenciado casos en los cuales el número de dosis aplicadas reportado en los sistemas de información no coincide con los registros físicos revisados en campo. Se mencionó que, en algunos casos, se reportan, por ejemplo, tres (3) registros de población vacunada en un grupo etario específico; sin embargo, al realizar la verificación directa, únicamente se evidencian dos (2) registros, generando inconsistencias en la información.

Así mismo, se señaló que estas diferencias evidencian posibles inconsistencias en la calidad del dato, ya sea por registros incompletos, diferencias en el reporte o falta de correspondencia entre los distintos sistemas utilizados.

En este contexto, la profesional del equipo de apoyo a la supervisión indicó que este tipo de situaciones obliga al equipo a realizar una verificación más detallada, no solo del cumplimiento del envío, sino de la coherencia y consistencia de la información reportada.

Adicionalmente, enfatizó la importancia del trabajo articulado con el nivel central, señalando que, ante dudas técnicas o situaciones no previstas en el lineamiento, el equipo de seguimiento recurre a la consulta directa con los referentes distritales, con el fin de garantizar la correcta interpretación y aplicación de los criterios de verificación.

Finalmente, se dejó constancia de que, en la primera subred evaluada, se generaron observaciones de carácter general, teniendo en cuenta que se trataba del primer ejercicio de verificación bajo este nuevo enfoque. No obstante, en las siguientes subredes, se fortaleció el proceso de revisión, permitiendo una identificación más precisa y detallada de las inconsistencias, a partir de un análisis más riguroso de la información registrada.

Posteriormente, se inició la socialización de los resultados correspondientes a la Subred Sur, indicando que los profesionales de apoyo a la supervisión responsables del seguimiento fueron las mismas profesionales que participaron en la Subred Centro Oriente, desarrollando las acciones previamente descritas.

En relación con el componente de talento humano, se informó que, a diferencia de la subred anterior, para los meses de enero y febrero de 2026 sí se identificaron inconsistencias, las cuales estuvieron relacionadas principalmente con diferencias entre las horas registradas y las certificadas en algunos perfiles. En este sentido, se evidenciaron casos en los cuales se reportaban hasta 190 horas, cuando las horas realmente ejecutadas correspondían a 184 horas.

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

Adicionalmente, se identificó la ausencia en la carga de algunos perfiles técnicos y profesionales requeridos para la ejecución de las actividades, así como registros incompletos o inconsistentes en la información correspondiente a títulos de posgrado.

Lo anterior evidenció debilidades en la consistencia y calidad de la información reportada en el componente de talento humano, lo cual impacta directamente los procesos de validación y seguimiento del cumplimiento de las acciones programadas.

En relación con el componente de talento humano, se identificaron, además, errores en la asignación de números de acción, evidenciándose casos en los cuales actividades correspondientes a las acciones 164, 167 y 168 fueron registradas en perfiles que no correspondían. Así mismo, se evidenció la no inclusión de algunos colaboradores en la base de datos para el mes correspondiente.

Adicionalmente, se identificaron situaciones en las cuales se evidenciaba ejecución de actividades y certificación de horarios sin el debido registro en la base de talento humano, así como ausencia de formalización de adiciones o prórrogas contractuales durante el periodo evaluado.

Frente al componente de insumos, se informó que se realizó la revisión del plan de compras conforme a lo establecido en el Anexo 8, evidenciándose cumplimiento en la entrega de los insumos requeridos para la ejecución de las actividades de gestión de programas, estrategias y planes para el bienestar.

En cuanto a la ejecución total de la Subred Sur, se reportó un cumplimiento del 96,75%, el cual se vio afectado principalmente por la ausencia de un profesional universitario y un técnico, lo cual impactó el desarrollo de algunas acciones programadas.

En relación con la calidad de la información correspondiente a la acción de bienestar 161 (Plan de Acción PAI), se identificaron inconsistencias en el registro de actividades frente a las acciones ejecutadas, evidenciándose fallas en componentes como jornadas de vacunación, gestión de cadena de frío, excursiones de temperatura, control de inventarios y biológicos, estrategias de comunicación y realización de asistencias técnicas. Así mismo, se identificaron inconsistencias en los indicadores reportados, los cuales no eran coherentes con las actividades desarrolladas.

Las localidades afectadas para estos hallazgos correspondieron a Sumapaz y Ciudad Bolívar para el mes de febrero de 2026.

En cuanto a la acción de bienestar 164, se generó hallazgo relacionado con el incumplimiento en el diligenciamiento del formato de planeación semanal, evidenciándose inconsistencias entre los formatos diarios, la planeación semanal reportada y los biológicos aplicados.

Las localidades afectadas en este caso correspondieron a Tunjuelito y Ciudad Bolívar para el mes de enero, y Ciudad Bolívar y Usme para el mes de febrero de 2026, cuyas fechas específicas se encuentran detalladas en el soporte correspondiente.

Así mismo, en relación con la acción de bienestar 136 correspondiente a los programas de Tuberculosis y Hansen, para el mes de enero de 2026 se identificaron inconsistencias en las actas de asistencias técnicas realizadas en IPS de la localidad de Ciudad Bolívar, en las cuales no se evidenciaba el registro de seguimiento a casos previamente abordados, ni el cumplimiento de los

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

compromisos establecidos en asistencias técnicas anteriores. De igual manera, no se evidenció la revisión del sistema de información conforme a lo establecido en la ficha técnica.

Para el mes de febrero de 2026, se identificaron inconsistencias relacionadas con la existencia de dos formatos de caracterización (virtual y físico) con información diferente. En este sentido, el formato virtual presentaba registros en variables que no correspondían, así como campos sin diligenciar en varios ítems solicitados, incluyendo:

- El campo “Cumple” relacionado con el sistema de información del programa.
- El ítem de observaciones generales.
- El ítem de informes del programa, el cual presentaba campos sin diligenciar.

En relación con la aplicación de criterios de glosa en la Subred Sur, se informó que se identificaron dos (2) criterios, para un total de nueve (9) glosas. De estas, dos (2) correspondieron al criterio G12 – Talento humano, por un valor de \$2.867.492, representando el 22% del total de las glosas. Así mismo, se registraron siete (7) glosas correspondientes al criterio G3 – Incumplimiento de calidad, por un valor de \$10.717.693, equivalente al 78%, para un total consolidado de \$13.585.185. Se indicó que el criterio G12, relacionado con la base de talento humano, podría ser subsanado una vez se realicen los ajustes correspondientes en la base de datos.

Adicionalmente, se informó que durante el mes de abril de 2026 se realizó seguimiento en campo a la acción 140 (Desarrollo de capacidades personales e institucionales para el manejo integral de enfermedades transmitidas por vectores), en la cual no se evidenciaron hallazgos ni se generaron glosas o planes de mejoramiento.

No obstante, para la acción 136 (Desarrollo de capacidades institucionales para el manejo integral de la tuberculosis), se solicitó plan de mejoramiento debido a múltiples hallazgos evidenciados en los registros de visitas, entre los cuales se destacan:

- Campos sin diligenciar en los formatos requeridos.
- Registro de firmas y nombres del usuario en seguimientos telefónicos.
- Registros de visitas fallidas con respuestas de familiares, generando inconsistencias.
- Ausencia de esquemas tipo ecomapa durante las visitas, pese a ser un insumo requerido para el análisis del entorno familiar y social.

Así mismo, se informó que, en relación con la acción 162, se realizó seguimiento al plan de mejoramiento previamente solicitado en el mes de diciembre, evidenciándose el cumplimiento de los compromisos adquiridos y procediendo al cierre satisfactorio del mismo.

Posteriormente, se abrió un espacio para resolver inquietudes frente a la Subred Sur, en el cual no se presentaron preguntas adicionales por parte de los asistentes.

#### Subred Suroccidente

A continuación, se inició la socialización correspondiente a la Subred Suroccidente, indicando que el seguimiento retrospectivo fue realizado por las profesionales del equipo de apoyo a la supervisión SDS.

En el análisis general, se realizaron verificaciones en los componentes de talento humano e insumos.

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

En relación con talento humano, se identificaron inconsistencias en la base de datos, particularmente en la fecha de terminación de contratos, evidenciándose diferencias entre lo registrado en la base y los soportes contractuales, los cuales correspondían a fechas posteriores derivadas de adiciones o prórrogas contractuales.

Así mismo, se identificaron inconsistencias en el registro contractual de un perfil profesional, en donde el contrato registrado en la base no correspondía con el soporte verificado.

En cuanto al componente de insumos, se evidenció cumplimiento de lo establecido en el Anexo 8, sin presentarse incumplimientos generales.

En el análisis de ejecución, la Subred Suroccidente presentó un cumplimiento del 90,64% en la acción integral 9, evidenciándose subejecución asociada a la no contratación total del talento humano requerido, afectando las acciones 161, 162, 164, 165, 166, 167 y 168.

Adicionalmente, se identificaron incumplimientos en los estándares de calidad relacionados con inconsistencias en los informes de tácticas extramurales y educativas para los meses de enero y febrero, evidenciándose diferencias entre los soportes físicos (registros diarios y kárdex) y la información digital reportada.

En este sentido, se generó una glosa tipo G3 por incumplimiento de calidad para dichos periodos. Finalmente, se informó que, en el marco del proceso de conciliación de glosas que se llevará a cabo, se contempla la posibilidad de realizar levantamientos parciales, de acuerdo con la verificación y validación de los soportes presentados por la subred.

En el desarrollo de la socialización, la profesional del equipo de apoyo a la supervisión Sandra Jiménez explicó que se realizará un levantamiento parcial de glosas, como resultado del análisis técnico efectuado sobre los hallazgos identificados.

En este sentido, indicó que dicha decisión se adoptó teniendo en cuenta que las inconsistencias inicialmente estaban afectando el total de las coordinaciones asociadas a la acción evaluada, cuando en realidad correspondían específicamente a la coordinación del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Por lo tanto, se determinó que el ajuste debía focalizarse únicamente en este componente, evitando afectar de manera general la totalidad de las coordinaciones.

Así mismo, se informó que este criterio será aplicado no solo para el periodo evaluado, sino también para los meses de octubre, noviembre y diciembre, en el marco del proceso de conciliación de glosas.

En cuanto a la Subred Suroccidente, se reportó que se generaron un total de nueve (9) glosas, de las cuales ocho (8) correspondieron al criterio G3 – Incumplimiento de calidad, representando el 89% del peso porcentual, y una (1) al criterio G12 – Talento humano, correspondiente al 11%.

Adicionalmente, se informó que, en el periodo evaluado, se realizaron dos (2) seguimientos en campo, específicamente a las acciones 150 y 154, en las cuales no se generaron hallazgos, glosas ni planes de mejoramiento; sin embargo, en una de ellas se dejó consignada una observación general de carácter positivo, destacando el reconocimiento obtenido en el marco de la estrategia de Hospitales Verdes.

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

Posteriormente, se abrió el espacio para la resolución de inquietudes; no obstante, no se presentaron preguntas adicionales por parte de los asistentes, tanto en modalidad presencial como virtual.

En el espacio de cierre de la presentación de la Subred Suroccidente, la profesional del equipo de apoyo a la supervisión realizó una aclaración adicional respecto a las diferencias entre los componentes de planeación semanal y la estrategia casa a casa, señalando que corresponden a actividades distintas dentro del proceso.

Así mismo, indicó que, en el componente casa a casa, se han identificado inconsistencias relevantes asociadas al diligenciamiento de la información por parte del personal auxiliar, evidenciándose diferencias en la identificación de barrios, registros inconsistentes en los formatos y falta de concordancia entre los datos consignados por los auxiliares y su consolidación por parte del personal profesional.

Se explicó que, dado que el consolidado es construido a partir de la información reportada por los auxiliares, cualquier inconsistencia en el registro inicial impacta directamente la calidad del consolidado final, generando errores en los reportes, especialmente en los datos de población vacunada y su distribución por grupo etario.

Finalmente, se concluyó que estas inconsistencias afectan la calidad, coherencia y confiabilidad de la información reportada, lo cual justifica la generación de hallazgos y la necesidad de fortalecer los procesos de validación y control interno dentro de las subredes.

Así mismo, la profesional del equipo de apoyo a la supervisión Jennifer Jiménez amplió el análisis frente a las inconsistencias identificadas en la estrategia casa a casa, señalando que estas se originan principalmente en el registro inicial realizado por el personal auxiliar.

En este sentido, se evidenciaron diferencias entre los registros diarios, los formatos consolidados y la información reportada por las profesionales responsables. Se identificaron casos en los cuales la información del barrio consignado en el encabezado de los formatos no corresponde con los registros individuales, evidenciándose inconsistencias en la ubicación territorial de las atenciones realizadas.

Así mismo, se estableció que las inconsistencias en el registro por grupo etario impactan directamente la consolidación de la información, generando diferencias en los totales de población vacunada y en los indicadores asociados. Se concluyó que, cuando el error se origina en el diligenciamiento del auxiliar, este impacta el consolidado; sin embargo, en algunos casos se evidenció que las inconsistencias se generaron en el proceso de transcripción o consolidación por parte del personal profesional.

En este marco, se enfatizó que la falta de validación de la información por parte de los responsables del consolidado genera la propagación de errores, afectando la calidad y confiabilidad de los datos reportados.

Posteriormente, al no presentarse inquietudes adicionales, se dio cierre a la socialización de esta subred, y se recordó a los asistentes diligenciar el registro de asistencia, el cual fue compartido a través del enlace en el chat para los participantes virtuales.

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

## Subred Norte

A continuación, se inició la socialización de los resultados correspondientes a la Subred Norte, indicando que se realizó el seguimiento retrospectivo en los componentes de talento humano, insumos e informe de gestión.

En relación con el componente de talento humano, se identificaron inconsistencias en la base de datos, entre las cuales se destacan:

Errores en las fechas de inicio y terminación de contratos, que no correspondían con los soportes presentados.

Ausencia de soportes para la validación de fechas de inicio de contratos de algunos perfiles profesionales.

No registro de tres (3) contratistas en la base de talento humano, correspondientes a un profesional universitario y dos técnicos.

Frente al componente de insumos, se evidenció cumplimiento de lo establecido en el Anexo 8, sin identificarse hallazgos o inconsistencias.

En relación con el informe de gestión, se generó hallazgo debido a la no desagregación de metas por localidad para el mes de enero de 2026, lo cual afecta el proceso de análisis y cálculo de glosas por territorio.

En cuanto a la ejecución, la Subred Norte presentó un cumplimiento del 91,11%, evidenciándose subejecución asociada a la ausencia de talento humano en las acciones 136, 156, 157, 161, 162, 164, 165, 166, 167 y 168.

En este contexto, la profesional del equipo de apoyo a la supervisión SDS Jennifer Jiménez indicó que la falta de contratación completa del talento humano ha generado sobrecarga laboral en el personal disponible, lo cual impacta directamente el cumplimiento de los estándares de calidad en la ejecución de las actividades.

Así mismo, se dejaron recomendaciones orientadas a fortalecer la gestión de contratación del talento humano, con el fin de garantizar el cumplimiento de las metas establecidas. Se aclaró que, si bien no corresponde establecer un plan de mejoramiento en este componente desde el equipo de supervisión, sí se documenta como observación en las actas, dado su impacto en la ejecución.

En el espacio se mencionó que la ausencia de talento humano ha sido una situación recurrente, identificándose incluso casos de ejecución de horas adicionales por parte del personal contratado para suplir las necesidades operativas, lo cual también fue elevado a análisis en instancias de nivel superior.

Finalmente, se indicó que esta situación será abordada en espacios de coordinación y comité a nivel gerencial, con el fin de definir acciones estructurales frente a la disponibilidad y gestión del talento humano en las subredes.

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

En el desarrollo del análisis, la profesional del equipo de apoyo a la supervisión expuso la situación relacionada con la ejecución de horas adicionales por parte de algunos perfiles, evidenciándose casos en los cuales se reportaron jornadas que superan ampliamente las horas contractuales establecidas.

En este sentido, se planteó la dificultad técnica y operativa de validar este tipo de situaciones, considerando que no existe claridad normativa explícita que permita al equipo de supervisión generar una afectación directa desde el componente de glosas frente a este tipo de registros.

Así mismo, se indicó que, desde el enfoque jurídico, se realizó la consulta correspondiente, concluyéndose que, a la fecha del seguimiento, no se cuenta con un soporte normativo específico que permita establecer un límite claro o una acción correctiva directa frente a la ejecución de horas adicionales, aun cuando estas puedan resultar atípicas desde el análisis técnico.

No obstante, se destacó que, desde el enfoque de calidad, el equipo realizó la verificación detallada de los soportes, evidenciándose que los productos asociados a dichas horas cumplían con los criterios y estándares de calidad establecidos, razón por la cual no fue posible generar glosa en este componente.

En este contexto, la profesional del equipo de apoyo a la supervisión manifestó que esta situación fue elevada para análisis en instancias superiores, con el fin de que sea revisada desde el componente jurídico y técnico, específicamente en relación con la viabilidad y coherencia de la ejecución de cargas laborales superiores a las contratadas.

Adicionalmente, se propuso dejar constancia en el acta sobre la necesidad de evaluar la gestión realizada por la Subred en la contratación del talento humano en el marco del lineamiento vigente, especialmente considerando que se han flexibilizado algunos requisitos, como la experiencia mínima, con el fin de facilitar la contratación de personal.

En este sentido, se planteó la inquietud sobre las estrategias implementadas por las subredes para la vinculación efectiva de talento humano, particularmente en perfiles técnicos, dado que se evidencian dificultades recurrentes en la contratación, lo cual impacta la ejecución de las actividades y la calidad de la información reportada.

Así mismo, se destacó que la falta de talento humano genera sobrecarga laboral en el personal disponible, lo que puede derivar en inconsistencias en el registro de la información y en los estándares de calidad.

Finalmente, se dejó constancia de que estas observaciones serán incluidas como recomendaciones en el análisis general del proceso y serán elevadas a los espacios de comité técnico y gerencial, donde se abordará tanto la subejecución como los casos de sobrecarga de horas, con el fin de definir lineamientos y acciones orientadas a garantizar el equilibrio en la ejecución del talento humano.

En continuidad con la revisión de incumplimientos de calidad, se informó que, para la acción 162, se identificó hallazgo asociado al incumplimiento en el soporte del cronograma de actividades, específicamente en el mes de enero de 2026, donde no se evidenció el registro correspondiente de un técnico, afectando la trazabilidad y completitud de la información requerida.

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

En el marco de la socialización de resultados de la Subred Norte, la profesional del equipo de apoyo a la supervisión Jennifer Jiménez indicó que, adicional a las inconsistencias previamente relacionadas en la base de talento humano, se dejaron hallazgos asociados al cumplimiento de estándares de calidad en el desarrollo de asistencias técnicas. Así mismo, precisó que el nombre del responsable quedó consignado y resaltado dentro del hallazgo correspondiente, con el fin de facilitar la trazabilidad del caso.

#### Asistencias técnicas – Mes de enero de 2026

Para el mes de enero de 2026, se informó el incumplimiento equivalente a 13,5 asistencias técnicas no realizadas. Se aclaró que este valor se estimó con base en el análisis efectuado a partir del universo de IPS reportadas para la subred y del talento humano efectivamente contratado y disponible en el periodo, comparando dicha disponibilidad frente al requerimiento consignado en el informe de gestión. En consecuencia, se identificó una brecha operativa que derivó en la ausencia de asistencias técnicas durante el mes de enero, atribuible a la capacidad real del talento humano contratado.

Adicionalmente, se señaló que, durante enero de 2026, se evidenciaron asistencias técnicas que fueron realizadas únicamente por el perfil técnico (Técnico 1), sin el acompañamiento del perfil universitario. Así mismo, se indicó que se dejó el detalle “uno a uno” de las unidades/centros de salud e IPS con los hallazgos identificados en cada caso, correspondiente a enero de 2026.

En cuanto a los incumplimientos de calidad en actas/registros de asistencias técnicas para enero de 2026, se consolidó lo siguiente (según el soporte presentado):

Localidad de Barrios Unidos: se identificaron 8 IPS con incumplimientos de calidad.  
Localidad de Engativá: se identificaron 7 actas con incumplimiento de calidad.  
Localidad de Sumapaz: se identificaron 3 actas con incumplimiento de calidad.  
Localidad de Usaquén: se identificó 1 acta con incumplimiento de calidad.  
Localidad de Chapinero: se informó la existencia de IPS con incumplimiento a estándares de calidad, quedando el detalle consignado en el anexo presentado durante la socialización.

#### Asistencias técnicas – Mes de febrero de 2026

Para el mes de febrero de 2026, se aclaró que no se evidenció ausencia de asistencias técnicas en términos de cantidad, dado que los perfiles técnicos y profesionales realizaron un número superior de asistencias respecto a lo esperado; sin embargo, se identificaron incumplimientos en subactividades y en estándares de calidad.

De manera específica, se generó hallazgo dentro de las asistencias técnicas al identificarse 5 asistencias técnicas realizadas únicamente por el perfil profesional universitario, sin el acompañamiento del Técnico 1.

Adicionalmente, para febrero de 2026 se reportaron incumplimientos de calidad en actas/registros por localidad, así:

Barrios Unidos: 3 actas con incumplimiento.  
Chapinero: 7 actas con incumplimiento.  
Engativá: 18 actas con incumplimiento.

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

Usaquén: 7 actas con incumplimiento.

Se reiteró que en los hallazgos y en la presentación adjunta quedaron relacionadas las IPS y los hallazgos específicos correspondientes.

**Acción 162 – Glosa por ausencia de soporte**

Así mismo, se informó que se generó una glosa por ausencia de soporte en la acción 162, dado que la subred efectuó el pago correspondiente a 184 horas (horas normales, no adicionales) asociadas a un perfil profesional y a un técnico, sin que se identificaran soportes que permitieran evaluar la ejecución de las actividades reportadas para el periodo.

**Acción 164 – Incumplimientos de calidad (inicio)**

Finalmente, se dio continuidad con la revisión de la acción 164, indicando que se identificaron incumplimientos de calidad en tres (3) actividades, correspondientes a: kárdex, planeación y casa a casa. En este sentido, se dio inicio al detalle del incumplimiento asociado a la planeación semanal.

En el marco de la revisión de la acción 164, la profesional del equipo de apoyo a la supervisión SDS informó que se identificaron incumplimientos de calidad en tres (3) actividades: planeación semanal, casa a casa consolidado y kárdex, los cuales se detallan a continuación.

**1) Hallazgo – Planeación semanal**

Se indicó que, tras la descarga y verificación de la información, se identificó incumplimiento en la planeación semanal en las localidades de Engativá y Teusaquillo, dejando consignada la fecha de descarga como soporte del ejercicio de revisión.

**2) Hallazgo – Casa a casa consolidado (enero 2026)**

Se reportó un hallazgo asociado a la casa a casa consolidado, dado que, al verificar los formatos correspondientes al mes de enero de 2026, se identificaron inconsistencias en la información consolidada reportada por jefaturas, técnicos y profesionales, en comparación con los registros diarios y soportes físicos.

Como resultado del ejercicio de verificación, se dejó el detalle por localidades y barrios con inconsistencias, destacándose:

**Localidad de Usaquén:** se consolidaron barrios con inconsistencias, incluyendo registros donde el consolidado no fue ejecutado o no fue anexado correctamente para algunos barrios, y donde se evidenciaron diferencias entre consolidado y registros diarios.

**Localidad de Chapinero:** se evidenció que los profesionales soportaron consolidados con datos diferentes a los registros diarios.

**Localidad de Suba:** se identificaron inconsistencias en el consolidado de técnicos frente a la población vacunada; al verificar los registros diarios, estos correspondían a barrios diferentes, evidenciándose falta de concordancia entre registro diario y consolidado.

Se dejó consignado que también se identificaron barrios con inconsistencias y hallazgos para Barrios Unidos, Chapinero, Suba, Usaquén y Engativá, consolidando los barrios y el hallazgo correspondiente.

Adicionalmente, se expuso un ejemplo del tipo de inconsistencia recurrente, señalando que en algunos casos los barrios verificados Tibabuyes o Quinta Camacho) no se encontraban reportados

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

en el consolidado, o aparecían conteos por grupo etario (por ejemplo, población de 5 años) que no coincidían con los registros diarios, generando diferencias en los totales.

### 3) Hallazgo – Casa a casa consolidado (febrero 2026) y relación con planeación

Para el mes de febrero de 2026, se informó que se identificó que el consolidado de jefaturas no coincidía con los registros diarios. Así mismo, se dejó hallazgo asociado a la planeación semanal en las localidades de Suba, Engativá y Usaquén, consignando la fecha de descarga y su correspondencia con el consolidado de casa a casa.

### 4) Hallazgo – Kárdex

Como tercer hallazgo de la acción 164, se indicó que se identificaron diferencias entre el kárdex y los registros diarios, evidenciando falta de coincidencia en la información registrada. Estas diferencias se presentaron en dos (2) localidades: Usaquén y Engativá, motivo por el cual se generó la inconsistencia general por debilidades en el proceso de registro, consolidación y validación de la información.

### 5) Incumplimiento adicional – Soporte de experiencia (ingresos febrero 2026)

Adicionalmente, se informó un incumplimiento asociado a estándares de calidad, identificado en dos (2) profesionales que ingresaron en el mes de febrero de 2026, respecto de los cuales la subred no soportó la experiencia requerida. Se precisó que la ficha técnica exigía seis (6) meses de experiencia en salud pública o PAI; sin embargo, durante el seguimiento retrospectivo se solicitó el soporte de experiencia y la subred no presentó la documentación completa. En los soportes allegados únicamente se evidenció experiencia aproximada de tres (3) meses, sin que se aportaran soportes adicionales dentro del proceso de seguimiento. Por lo anterior, se generó el hallazgo correspondiente, dejando relacionados los datos completos en el anexo del soporte (según el registro del hallazgo).

En relación con la acción 165, la profesional del equipo de apoyo a la supervisión SDS informó que, para los meses de enero y febrero de 2026, se generaron hallazgos asociados a inconsistencias en el componente de casa a casa, los cuales impactan directamente la calidad de la información registrada por el personal auxiliar.

Para el mes de enero de 2026, se identificaron inconsistencias en la localidad de Chapinero, evidenciándose registros en los cuales los barrios reportados correspondían a territorios diferentes a los definidos para la ejecución de la estrategia. Esta situación generó diferencias entre los registros diarios y el consolidado de casa a casa, afectando un total de quince (15) auxiliares de enfermería.

Para el mes de febrero de 2026, se evidenciaron nuevamente inconsistencias en el diligenciamiento de la casa a casa por parte de las auxiliares, identificándose diferencias entre la información reportada en los registros diarios y la consolidada en los formatos oficiales. En este periodo se detallaron inconsistencias específicas por localidades y barrios, así:

Barrios Unidos: barrios 7 de agosto y Benjamín Herrera.

Chapinero: barrio Quinta Camacho.

Suba: barrio Tibabuyes.

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

Estas inconsistencias afectaron un total de veinte (20) auxiliares de enfermería, evidenciándose diferencias en los registros de población vacunada entre los formatos diarios y el consolidado, lo cual genera falta de concordancia en los datos reportados.

Se concluyó que estos hallazgos corresponden principalmente a inconsistencias en la calidad del dato, derivadas de diferencias en el registro inicial y su posterior consolidación.

Recomendaciones generales – Acciones ambientales (153 y 155)

Adicionalmente, se presentaron observaciones generales en las acciones 153 y 155, relacionadas con el componente ambiental, en las cuales se recomendaron las siguientes acciones de mejora:

Incluir de manera clara en las listas de asistencia de reuniones virtuales el título o tema del acta y la fecha de ejecución, con el fin de fortalecer la trazabilidad documental.

Fortalecer el proceso de organización documental, verificando que los archivos contengan información completa, coherente y correctamente estructurada.

Garantizar la conservación de evidencias de cargue en plataformas (Drive), mediante capturas de pantalla o registros de fecha, con el fin de respaldar la oportunidad del reporte conforme a la ficha técnica.

Consolidado de criterios de glosa – Subred Norte

En el cierre de la presentación, se informó que para la Subred Norte se generó un total de dieciséis (16) glosas, distribuidas de la siguiente manera:

Criterio G12 – Base de talento humano:

Dos (2) glosas (una para enero y una para febrero).

Valor aproximado: \$2.867.492.

Peso porcentual: 13%.

Se aclaró que este tipo de glosa puede ser subsanada mediante ajuste en la base de talento humano.

Criterio G9:

Peso porcentual: 6%.

Valor aproximado: \$1.433.746.

Criterio G3 – Incumplimiento de calidad:

Ocho (8) glosas.

Peso porcentual: 50%.

Valor aproximado: \$61.662.768.

Criterio G10 – Ausencia de soportes:

Una (1) glosa.

Peso porcentual: 31%.

Valor aproximado: \$10.478.800.

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

El valor total consolidado de las glosas correspondió aproximadamente a \$76.442.806.  
Se precisó que, para el periodo evaluado, no se realizaron seguimientos en campo, debido a limitaciones de tiempo.

#### Aclaraciones finales

En el espacio de preguntas, se aclaró que:

La glosa asociada a talento humano no corresponde a falta de ejecución, sino a inconsistencias en la base de datos (fechas de contrato, soportes de experiencia y documentación).

La acción 164 presenta hallazgos exclusivamente por calidad del dato, mientras que la ausencia de soportes se encuentra asociada únicamente a la acción 162.

Se identificaron casos en los cuales existían registros en formatos físicos (CIS) que no se encontraban reflejados en la planeación semanal, y viceversa, lo cual fue documentado en las actas de seguimiento respectivas.

Finalmente, se explicó que la diferencia entre observación y plan de mejora radica en el impacto del hallazgo: cuando se presentan inconsistencias menores (uno o dos datos), se deja observación con recomendación preventiva; mientras que hallazgos estructurales derivan en la formulación de planes de mejoramiento.

#### Subred Norte – Cierre técnico de análisis (criterios de calidad, observaciones y glosas)

En el desarrollo del análisis final, la profesional del equipo de apoyo a la supervisión explicó la metodología aplicada para la clasificación de observaciones, hallazgos y glosas, en función del comportamiento y evolución de las inconsistencias identificadas durante el proceso de seguimiento.

En este sentido, indicó que, una vez registradas las observaciones iniciales, se realizó un seguimiento a la evolución de los hallazgos, identificando si estos disminuyen, se mantienen o aumentan en el tiempo. Así mismo, se señaló que algunos profesionales acogen las observaciones y realizan ajustes en sus procesos; no obstante, se evidenció que, en otros casos, las inconsistencias persisten o se repiten, lo cual conlleva a una afectación acumulativa en la calidad de la información.

Se precisó que, cuando se identifica un aumento en el número de hallazgos, se realiza un análisis cuantitativo y cualitativo por localidades y actividades. En este ejercicio, se evalúa el número de incumplimientos frente al total de actividades ejecutadas, permitiendo determinar si se trata de situaciones aisladas o de un incumplimiento estructural de calidad.

En consecuencia, se indicó que, cuando los hallazgos afectan de manera significativa varias localidades o presentan recurrencia, se clasifican como incumplimientos de calidad, lo cual origina la generación de hallazgos formales y, cuando aplica, la formulación de glosas.

Así mismo, se explicó que el análisis no se limita a un único registro, sino que se evalúan múltiples variables, tales como:

Registros diarios sin información completa o con inconsistencias.

Diferencias entre población vacunada reportada y la verificada.

Falta de concordancia entre registros físicos, planeación y consolidado.

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

Se indicó que, en estos casos, las inconsistencias alteran directamente la calidad de la información reportada, afectando los indicadores y la confiabilidad de los datos.

En este marco, se señaló que para el presente ciclo se fortaleció la aplicación de planes de mejoramiento, no solo en el componente PAI, sino también en otras acciones de bienestar, tales como transmisibles, infancia, crónicos y salud sexual y reproductiva. Así mismo, se complementó el ejercicio con seguimientos en campo, con el fin de identificar las causas de las inconsistencias en la ejecución de las actividades.

Adicionalmente, se precisó que el proceso técnico de decisión se desarrolla de la siguiente manera:

Quando una inconsistencia genera una observación y posteriormente aumenta en frecuencia o impacto, se escala a glosa.

Quando la inconsistencia persiste sin resolverse completamente, se puede mantener la glosa o establecer un plan de mejoramiento.

Quando se evidencia mejora parcial, se mantiene la observación como alerta preventiva.

Se destacó que este análisis busca garantizar la proporcionalidad en la toma de decisiones, evitando afectar procesos por errores menores, pero permitiendo actuar frente a incumplimientos recurrentes o estructurales.

Por otra parte, se hizo énfasis en que algunas inconsistencias identificadas pueden estar asociadas a factores operativos, tales como la incompletitud del talento humano y la incorporación reciente de profesionales que aún se encuentran en proceso de adaptación. En este sentido, se evidenció sobrecarga de asignación de horas en el personal disponible, lo cual puede incidir en la calidad del diligenciamiento de formatos y registros.

En este contexto, se indicó que, además de los hallazgos, se han realizado solicitudes de fortalecimiento técnico dirigidas a las subredes, tanto para el componente intramural como extramural, con énfasis en el correcto diligenciamiento de formatos como la casa a casa.

Se aclaró por parte de la referente Yenny Dimate que, aunque el equipo de apoyo a la supervisión ha brindado acompañamiento técnico durante el proceso de verificación, esta actividad excede el alcance formal de su función, realizándose como una estrategia para fortalecer la calidad de la información y prevenir la recurrencia de hallazgos.

Finalmente, se concluyó que los formatos establecidos en la caja de herramientas cumplen con el objetivo de consolidar la información requerida, y que las inconsistencias no obedecen a falencias del instrumento, sino a debilidades en su uso, interpretación o aplicación. Así mismo, se reiteró que dichos formatos fueron construidos de manera participativa con las subredes, contando con sesiones de validación conjunta, lo cual refuerza su pertinencia dentro del proceso.

En el cierre, la profesional del equipo de apoyo a la supervisión Jennifer Jiménez manifestó que, durante el proceso de seguimiento, se ha identificado que algunos profesionales buscan ajustar el diligenciamiento de los formatos con base en interpretaciones individuales o indicaciones informales, lo cual puede generar desviaciones frente a los lineamientos establecidos.

En este sentido, se advirtió que existe el riesgo de que las subredes atribuyan al equipo de supervisión orientaciones que no corresponden a los lineamientos oficiales, lo cual podría generar

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

inconsistencias en la aplicación de los formatos. Por lo anterior, se reiteró la importancia de que cualquier duda técnica sea elevada formalmente al nivel central mediante solicitudes de fortalecimiento técnico, evitando modificaciones informales en los procesos.

Así mismo, se indicó que la persistencia de inconsistencias en el diligenciamiento, pese a las orientaciones brindadas y a la disponibilidad de instructivos, evidencia la necesidad de fortalecer las competencias básicas en el registro y consolidación de la información, particularmente en lo relacionado con la sumatoria y validación de datos.

Se destacó que los formatos establecidos son de carácter práctico y amigable, diseñados específicamente para facilitar el registro y la consolidación de la información, en comparación con versiones anteriores más complejas. Sin embargo, se evidenció que persisten dificultades en su aplicación, incluso en aspectos básicos de verificación de datos y coherencia de resultados.

En este sentido, se enfatizó que las inconsistencias no están relacionadas con el diseño del formato, sino con su uso inadecuado, por lo cual se solicitó el fortalecimiento técnico correspondiente, especialmente en el componente de casa a casa.

Adicionalmente, se informó que algunas subredes, como Sur y Norte, ya han solicitado formalmente procesos de fortalecimiento técnico, evidenciándose avances en la comprensión y aplicación de los formatos en comparación con ciclos anteriores. Así mismo, se observó una disminución progresiva de inconsistencias en algunas localidades, lo cual indica un proceso de mejora gradual.

Finalmente, se señaló que las matrices de seguimiento y los valores definitivos de glosas serán compartidos una vez se cuente con la validación financiera, con el fin de garantizar que la información entregada corresponda a la versión consolidada oficial.

#### Recomendación adicional – Soporte de asistencia técnica y comités

Por otra parte, se dejó como recomendación la necesidad de garantizar que los soportes de reuniones y comités incluyan información completa sobre su desarrollo, específicamente la hora de inicio y hora de finalización, con el fin de validar el cumplimiento de la intensidad horaria establecida en los lineamientos.

Lo anterior, considerando que en algunos casos los soportes revisados únicamente registran la hora de inicio, sin evidenciar el cierre de la actividad, lo cual limita la verificación del cumplimiento total del tiempo requerido.

En este sentido, se indicó que, aunque en el presente ciclo se validó la información con base en la buena fe y en la documentación disponible, para ciclos posteriores será necesario contar con soportes completos que permitan sustentar de manera objetiva el cumplimiento de las actividades reportadas.

#### Subred Norte – Aclaraciones finales (soporte, afectación de auxiliares y criterios de evaluación)

En el desarrollo del cierre de la socialización, la profesional del equipo de apoyo a la supervisión Yury Moncada dejó constancia respecto a la validación de soportes asociados a sesiones, comités y asistencias técnicas, indicando que, aunque en algunos casos los registros no contaban con información completa (como la hora de finalización), se procedió a su validación con base en el acta y la agenda del día.

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

No obstante, se precisó que para los siguientes ciclos este tipo de soportes deberá cumplir con los requisitos establecidos, incluyendo de manera obligatoria la hora de inicio y finalización, a fin de garantizar la trazabilidad y permitir la verificación objetiva del cumplimiento de la intensidad horaria exigida por la ficha técnica.

Así mismo, se abordó una inquietud presentada por las coordinaciones de Gestión del Riesgo y PIC, relacionada con el criterio aplicado para la afectación del personal auxiliar en los hallazgos asociados al componente de casa a casa.

En este sentido, la profesional del equipo de apoyo a la supervisión Jennifer Jiménez explicó que la identificación de hallazgos no se limita a contabilizar errores repetidos por un mismo auxiliar, sino que responde al análisis integral del proceso, teniendo en cuenta que el personal rota entre localidades y participa en diferentes jornadas.

Se precisó que, en algunos casos, un mismo auxiliar puede incurrir en inconsistencias en múltiples localidades, lo cual evidencia un patrón de incumplimiento que debe ser considerado en el análisis técnico. Por lo tanto, no resulta procedente excluir hallazgos individuales bajo el argumento de que se presentan una sola vez, dado que su impacto se replica en diferentes espacios de ejecución.

Así mismo, se señaló que, a diferencia de otros componentes donde existe un margen de error definido (como el 3% en algunos registros), en el caso de la estrategia de casa a casa no se cuenta con un margen de tolerancia establecido en la ficha técnica, por lo que las inconsistencias identificadas se analizan en función de su impacto en la calidad de la información.

En este contexto, se indicó que la propuesta de algunas subredes de considerar únicamente los errores repetitivos por auxiliar será elevada a mesa técnica para su análisis; no obstante, se dejó constancia de que el enfoque actual del equipo de supervisión prioriza la evaluación de la calidad del dato y la coherencia de la información, más allá del número de veces que se repite la inconsistencia por persona.

#### Programación de actividades y seguimiento

Finalmente, se socializó el cronograma de actividades para los siguientes procesos de seguimiento y conciliación, así:

#### Conciliación de glosas ciclo 1 (octubre – diciembre):

13 de mayo: Subred Norte  
14 de mayo: Subred Suroccidente  
15 de mayo: Subred Centro Oriente y Sur

#### Inicio seguimiento ciclo 3 (marzo – abril):

Inicio: 21 de mayo  
Finalización: 8 de julio de 2026  
Conciliación de glosas ciclo 2 (enero – febrero):  
15, 16 y 17 de julio de 2026

#### Socialización de hallazgos ciclo siguiente:

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

9 y 10 de julio de 2026.

Se indicó la importancia de garantizar la disponibilidad de los espacios para el desarrollo de estas actividades, preferiblemente en modalidad presencial, con el fin de optimizar el proceso de socialización y retroalimentación.

Cierre de la socialización y lineamientos para el siguiente ciclo

En el cierre de la jornada, la líder de equipo de apoyo a la supervisión reiteró la disposición del equipo para acompañar a las subredes en la resolución de dudas técnicas, señalando que los canales de comunicación permanecen abiertos para realizar consultas de manera oportuna antes de la generación de hallazgos.

En este sentido, se indicó que el equipo prioriza la aclaración de inquietudes técnicas previas a la formulación de observaciones o glosas, con el fin de garantizar una adecuada interpretación de los lineamientos y evitar inconsistencias en el proceso de reporte.

Así mismo, se enfatizó que, en los casos donde no exista soporte suficiente en actas o no se cuente con concepto técnico formal, no será posible validar la información presentada, por lo cual se aclaró que solo se considerarán válidos aquellos soportes debidamente registrados y documentados en las actas correspondientes.

Adicionalmente, se reiteró que continúa vigente el criterio según el cual, en las actividades donde se exige la participación de perfiles específicos (profesional y técnico), la ejecución debe mantenerse conforme a lo establecido en la ficha técnica y los lineamientos, salvo que exista concepto técnico formal que autorice condiciones excepcionales.

En este marco, se mencionó como ejemplo que, para la Subred Centro Oriente, se contó con concepto técnico que permitió la continuidad de actividades bajo condiciones específicas durante el periodo de transición de talento humano, lo cual fue debidamente soportado y validado.

Por otra parte, se informó que algunos conceptos técnicos asociados a informes y soportes (como el informe de movimiento de biológicos) se encuentran en trámite ante el nivel central, por lo cual se indicó la importancia de contar con dichos conceptos antes del inicio del siguiente ciclo de seguimiento.

En relación con la planeación semanal, se precisó que ya se cuenta con una definición clara del periodo de cierre, estableciéndose que:

La información del mes debe cerrarse al 31 del mes correspondiente.

Se dispondrá de la primera semana del mes siguiente como plazo máximo para realizar ajustes. Posterior a este periodo, la información se considerará consolidada y no modificable.

Así mismo, se aclaró que el equipo de supervisión realiza la descarga de información en el mes siguiente, tomando como base los registros disponibles hasta el cierre definido, por lo cual la oportunidad en el registro es fundamental para la correcta evaluación.

Finalmente, se reiteró que el cumplimiento de los lineamientos técnicos, la calidad de los registros y la trazabilidad de la información son elementos fundamentales para el proceso de seguimiento, y

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

que las inconsistencias identificadas en estos aspectos continuarán siendo objeto de evaluación en los siguientes ciclos.

#### Aclaraciones técnicas (Transmisibles y criterios de verificación):

En el tramo final de la socialización, se contó con la intervención del equipo técnico de nivel central, quien precisó que el interés principal desde la Secretaría está orientado a garantizar la calidad de la información en las bases de datos, especialmente en el componente de visitas domiciliarias.

En este sentido, se informó que se remitirá, durante el transcurso de la semana, una comunicación oficial con los parámetros mínimos que deben cumplir los registros en el libro de visitas domiciliarias, con el fin de que el equipo de seguimiento pueda contar con criterios claros para la verificación de la información en campo.

Así mismo, la profesional del equipo de apoyo a la supervisión Jennifer Jiménez señaló la necesidad de contar con herramientas que permitan validar la concordancia entre el libro de visitas y la información reportada, destacando que actualmente no se cuenta con un medio adicional de verificación distinto al formato físico establecido en la ficha técnica.

Por otra parte, se abordaron aclaraciones relacionadas con el componente de transmisibles, en las cuales se precisó que:

En relación con la acción 137 (digitación módulo CIRC), se confirmó que es válido que la canalización se realice mediante correo electrónico, teniendo en cuenta las limitaciones operativas del sistema, especialmente en casos de población migrante o no afiliada, o cuando las condiciones del módulo no permiten el registro oportuno.

Se indicó que, aunque la ficha técnica plantea una periodicidad mensual, la generación de canalizaciones responde a la dinámica del proceso, por lo cual puede presentarse variabilidad en la cantidad de registros.

En cuanto al formato de caracterización, se reconoció que no existe un instructivo general definido, por lo cual su interpretación puede variar entre subredes. En este sentido, se dejó constancia de que, mientras no se cuente con lineamientos específicos, se permitirá cierta flexibilidad en el cálculo de variables, conforme a la metodología aplicada por cada subred.

#### Lineamientos adicionales – Soportes y ejecución de actividades

Adicionalmente, se reiteraron los siguientes lineamientos operativos para tener en cuenta en los próximos ciclos:

Para la validación de actividades que requieren cumplimiento de 8 horas, se podrán aceptar diferentes combinaciones de soportes (por ejemplo, varios registros parciales o un registro completo), siempre que sumen la intensidad horaria requerida.

A partir del mes de mayo de 2026, se exigirá el cumplimiento estricto de este criterio, con soportes verificables que permitan evidenciar la totalidad del tiempo ejecutado.

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

En los casos donde no exista claridad en los soportes (como actas sin hora de finalización u otros vacíos), no será posible validar la actividad, salvo que exista registro formal en acta o concepto técnico que lo respalde.

**Aclaraciones técnicas adicionales – Componente transmisibles (supervisión de tratamiento)**

En el desarrollo de la discusión con el equipo técnico de nivel central, se abordó la verificación de los videos de supervisión de tratamiento (TDO virtual), establecidos en la ficha técnica como soporte dentro del seguimiento.

En este sentido, la profesional del equipo de apoyo a la supervisión Jennifer Jiménez manifestó la dificultad para verificar estos soportes, considerando que, en múltiples casos, los pacientes no autorizan la grabación de videos, principalmente por criterios de confidencialidad y protección de datos personales.

Frente a esta situación, el equipo técnico del nivel central indicó que:

La ausencia de videos de supervisión de tratamiento no necesariamente constituye un incumplimiento, dado que se reconoce como una dificultad operativa recurrente a nivel nacional.

Se precisó que la responsabilidad directa de la supervisión del tratamiento recae normativamente en las IPS primarias, y no exclusivamente en los equipos de salud pública de las subredes.

En consecuencia, las IPS son las entidades que deberían contar con los soportes completos de supervisión, incluyendo los registros audiovisuales cuando aplique.

Adicionalmente, se aclaró que las subredes pueden asumir el acompañamiento en ciertos casos específicos, como población migrante no asegurada o sin IPS asignada; sin embargo, esta actividad se desarrolla como apoyo dentro de la gestión del programa y no constituye la responsabilidad principal del proceso.

En este contexto, se indicó que la verificación por parte del equipo de supervisión deberá contemplar:

La existencia de soportes alternativos que respalden la supervisión del tratamiento (registros, seguimiento, evidencia de contacto con el paciente, entre otros).

La coherencia del proceso de seguimiento, aun cuando no se disponga de evidencia en video.  
La validación del rol institucional de cada actor (IPS vs. subred) dentro del proceso.

Finalmente, se dejó constancia de que esta situación será objeto de revisión a nivel central, en tanto se trata de una limitación operativa que requiere lineamientos más claros frente a los soportes exigidos en la ficha técnica.

**Aclaración técnica final – Responsabilidad en supervisión de tratamiento y manejo de soportes (Transmisibles)**

En el desarrollo de la discusión técnica, el equipo de nivel central precisó que uno de los objetivos del lineamiento es fortalecer la apropiación de responsabilidades por parte de las IPS, evitando que

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

los equipos de salud pública de las subredes asuman funciones que corresponden al componente de prestación de servicios.

En este sentido, se indicó que:

La supervisión del tratamiento, incluyendo la recolección de soportes como videos, corresponde principalmente a las IPS, en el marco de su responsabilidad en la atención individual de los pacientes. Las subredes, desde el componente de salud pública, cumplen un rol de seguimiento, articulación y apoyo, pero no son las responsables directas de garantizar todos los soportes de la prestación.

Así mismo, se aclaró que, aunque el lineamiento establece la existencia de carpetas organizadas por paciente, estas deben ser propiedad de las IPS, quienes son las responsables de su custodia y organización.

No obstante, se reconoció que en la práctica existen limitaciones, dado que:

Algunas IPS no cuentan con autorización para compartir información con actores externos, por temas de confidencialidad y protección de datos.

La disponibilidad de soportes (como videos) puede verse restringida por la negativa de los pacientes a autorizar su uso.

En este contexto, se dejó constancia de que:

La ausencia de estos soportes en las subredes no puede interpretarse automáticamente como incumplimiento.

La verificación debe centrarse en la gestión realizada por la subred dentro de su alcance institucional, y no en la totalidad de los procesos de prestación.

Adicionalmente, se evidenció durante la revisión del formato de “residentes y contactos” que existen variables específicas (como el registro de ayudas o apoyos recibidos por el usuario) que permiten fortalecer la trazabilidad del proceso y deben ser debidamente diligenciadas.

Sin embargo, se identificaron casos en los cuales usuarios recibían ayudas sin encontrarse registrados en los instrumentos de seguimiento (libros o formatos), lo cual constituye una inconsistencia en términos de trazabilidad, dado que las intervenciones deben estar sustentadas en registros formales del proceso de visita y seguimiento.

En este sentido, se concluyó que:

Toda intervención o entrega de ayudas debe estar soportada en el registro correspondiente (libro o formato de visitas).

Debe existir coherencia entre las visitas realizadas, los registros documentales y las acciones de apoyo o intervención reportadas.

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

## Aclaraciones técnicas finales – Componente transmisibles (quimioprofilaxis y tarjetas de tratamiento)

En el desarrollo de la discusión técnica, se abordó la verificación del proceso de quimioprofilaxis, específicamente en relación con la actualización de las tarjetas de tratamiento y los soportes cargados en Drive.

En este sentido, la profesional del equipo de apoyo a la supervisión manifestó que se identificaron casos en los cuales la actualización de la tarjeta se realizaba únicamente al finalizar el tratamiento, sin evidenciar seguimiento continuo durante el proceso.

Frente a esta situación, el equipo técnico de nivel central aclaró que:

La tarjeta de tratamiento debe mantenerse actualizada de manera permanente, durante el desarrollo del seguimiento del paciente, y no únicamente al cierre del tratamiento.

No es válido realizar actualizaciones únicamente al finalizar el proceso, dado que se pierde trazabilidad del seguimiento clínico.

No obstante, se precisó nuevamente que:

El diligenciamiento de la tarjeta de tratamiento hace parte de la historia clínica, por lo cual su responsabilidad recae directamente en las IPS.

Las subredes, desde el componente de salud pública, no son responsables del diligenciamiento, pero sí deben evidenciar la gestión realizada para su actualización.

En este contexto, se indicó que, como soporte válido de seguimiento, las subredes deben garantizar:

Evidencia de solicitud formal a la IPS para la actualización de la tarjeta, mediante correos electrónicos u otros mecanismos formales.

Registro de asistencias técnicas o requerimientos realizados a las IPS frente al incumplimiento.

De esta manera, aunque la Subred no sea responsable directa del diligenciamiento, sí debe demostrar la gestión frente a la actualización de la información.

### Compromisos establecidos

En el marco de las aclaraciones realizadas, se establecieron los siguientes compromisos:

El equipo técnico de nivel central remitirá los parámetros mínimos para la verificación del libro de visitas domiciliarias, con el fin de unificar criterios de auditoría.

Las subredes deberán garantizar la trazabilidad documental entre visitas realizadas, registros y entregas de ayudas.

Se fortalecerá el seguimiento a la gestión realizada con las IPS frente a actualización de tarjetas de tratamiento y supervisión de pacientes.

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

#### Aclaración final – Validación de informes iniciales y consistencia de información

En el desarrollo del cierre, la referente distrital Ana Mireya Castañeda Abril y Norma Hernández indicaron la necesidad de fortalecer la revisión del informe inicial enviado por las coordinaciones dentro de los primeros ocho (8) días del mes, precisando que en dicho informe se han identificado inconsistencias en la información reportada.

Se han evidenciado inconsistencias en los reportes, especialmente en componentes como el movimiento de biológicos, donde la información presenta:

Ausencia de lotes.

Inconsistencias entre variables (por ejemplo, diferencias entre saldos totales y desagregaciones).

Falta de coherencia entre registros reportados.

Estas inconsistencias impactan directamente la construcción de los informes de gestión y generan reprocesos continuos en la validación de la información.

Así mismo, se indicó que, aunque las subredes presentan soportes como correos de radicación o actas de validación, el análisis técnico debe centrarse en el primer envío reportado dentro de los ocho (8) días, dado que este corresponde al insumo base de la coordinación y sobre el cual se realiza la verificación inicial y radicación al Ministerio de Salud y Protección Social.

En este contexto, las referentes distritales aclararon que:

Estas inconsistencias no serán objeto de glosa en el presente ciclo, en tanto corresponden a situaciones operativas que han sido identificadas previamente.

No obstante, se solicita que, a partir del siguiente ciclo de seguimiento, estas inconsistencias queden debidamente documentadas, con el fin de evaluar su recurrencia y establecer acciones de mejora si persisten.

Adicionalmente, se resaltó que:

La trazabilidad de los ajustes realizados puede evidenciarse en las cadenas de correos electrónicos, donde reposan las retroalimentaciones efectuadas por el equipo técnico. Sin embargo, desde el proceso de seguimiento es necesario consolidar esta información de manera estructurada, para evitar que las inconsistencias se mantengan en el tiempo sin una acción correctiva efectiva.

Finalmente, al no presentarse inquietudes adicionales por parte de los asistentes, tanto en modalidad mixta, se dio cierre al espacio de socialización siendo las 11:30 am.

La profesional del equipo de apoyo a la supervisión agradeció la participación de los asistentes y reiteró la importancia de dar cumplimiento a los compromisos establecidos. Así mismo, recordó realizar el registro de asistencia correspondiente, el cual fue compartido mediante enlace para los participantes virtuales.

#### COMPROMISOS\*

|                                                                                                                                                 |                                                                                                                                         |                |          |   |                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------|---|------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL<br>DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL |                |          |   |  |
|                                                                                                                                                 | <b>ACTA DE REUNIÓN</b>                                                                                                                  |                |          |   |                                                                                    |
|                                                                                                                                                 | Código:                                                                                                                                 | SDS-DFO-FT-001 | Versión: | 1 |                                                                                    |

Elaborado por: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

| ACCIÓN                                                                                                                                                                                   | RESPONSABLE                                  | FECHA      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------|
| Remisión de parámetros técnicos de verificación – Visitas domiciliaria                                                                                                                   | Lina María Pedraza Moreno<br>Referentes SDS  | 19/05/2026 |
| Allegar los soportes documentales completos y consistentes de las actividades que generaron glosas, asegurando evidencia suficiente que permita la verificación técnica de los hallazgos | Jennifer Jiménez la profesional de apoyo SDS | 12/05/2026 |

#### REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA

| No | NOMBRES Y APELLIDOS     | CORREO                               | TELÉFONO   | DIRECCIÓN/ OFICINA/                                     | FIRMA |
|----|-------------------------|--------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------|-------|
| 1  | Willson Juagibioy Otero | jwjuagibioy@salud capital.gov.co     | 3124476176 | Secretaría Distrital de Salud SAC PAI                   |       |
| 2  | Helena Aldana García    | jhaldana@salud capital.gov.co        | 3143314837 | Subdirección de Gestión y Evaluación de Políticas en SP |       |
| 3  | María Fernanda Romero   | Romero MFRomero@salud capital.gov.co | 3152814385 | Subdirección de Determinantes en Salud                  |       |
| 4  | Yury Alejandra Moncada  | yamoncada@salud capital.gov.co       | 3103316753 | Subdirección de Gestión y Evaluación de Políticas en SP |       |
| 5  |                         |                                      |            |                                                         |       |
| 6  |                         |                                      |            |                                                         |       |
| 7  |                         |                                      |            |                                                         |       |
| 8  |                         |                                      |            |                                                         |       |
| 9  |                         |                                      |            |                                                         |       |

#### ASISTENTES

Anexo listado de asistencia SDS-DFO-FT-004.

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

Nota: Cuando la asistencia es igual o superior a 10 personas, se debe hacer uso del formato Listado de asistencia a reuniones SDS-DFO-FT-004, según lo establecido en el lineamiento de Actas de Reunión.

|                                          |
|------------------------------------------|
| <b>Evaluación y cierre de la reunión</b> |
|------------------------------------------|

| ¿Se logró el objetivo? |        | Observaciones (si aplica) |
|------------------------|--------|---------------------------|
| Si ( X )               | No ( ) | No aplica                 |

\* Se podrán incluir o eliminar filas de acuerdo con el requerimiento.



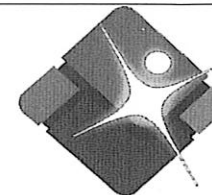
ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL  
DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD  
SISTEMA DE GESTIÓN  
CONTROL DOCUMENTAL

LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES

Código: SDS-DFO-FT-004 Versión: 1



Elaborado por: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

Tema: Socialización de hallazgos de la Acción 9. Gestión de Programas Fecha: 11 de Mayo 2026.  
Estrategias y Planes para el Bienestar / Gestión Integral Estrategias y Programas.

Hora Inicio: 8:00am Hora Fin: 11:30 am Lugar: Secretaría Edificio PAI - Laboratorio Salud Pública.

| No | NOMBRE                    | ENTIDAD O DEPENDENCIA | CARGO                     | TELÉFONO   | CORREO ELECTRÓNICO             | FIRMA |
|----|---------------------------|-----------------------|---------------------------|------------|--------------------------------|-------|
| 1  | Marcela López Hernández   | SDS                   | Profesional Especializada | 3108747638 | mlopez@saludcapital.gov.co     |       |
| 2  | Luisa Fernanda Mayorga B. | SDS                   | Prof. Especializado       | 3138430731 | lfmayorga@saludcapital.gov.co  |       |
| 3  | Rafael Gómez Cruz         | SDS-SAC-PAI           | Profesional Especializado | 3163834626 | rgomez@saludcapital.gov.co     |       |
| 4  | Norma Hernández           | SDS-SAC-PAI           | Profesional Especializado | 31353372   | nhernandez@saludcapital.gov.co |       |
| 5  | Wilson J. J. Gibroy       | SDS-SAC-PAI           | Profesional Especializado | 312476176  | wjgibroy@saludcapital.gov.co   |       |
| 6  | Yenny Dimaté Romero       | SDS-SAC-PAI           | Profesional Especializado | 9876       | ydimate@saludcapital.gov.co    |       |
| 7  | Alicia Mirya Castañeda A. | SDS-SAC-PAI           | Profesional Especializado | 9876       | amirya@saludcapital.gov.co     |       |
| 8  | María Fernanda Romero B.  | SDS-Determinante      | Prof. Esp.                | 3152814385 | mfernandez@saludcapital.gov.co |       |
| 9  | Jennifer D. Rangel        | SDS                   | Prof. Esp.                | 318891126  | jdrangel@saludcapital.gov.co   |       |
| 10 | Candra Helena Jiménez     | SDS                   | Prof. Esp.                | 316760376  | shjimenez@saludcapital.gov.co  |       |
| 11 |                           |                       |                           |            |                                |       |
| 12 |                           |                       |                           |            |                                |       |
| 13 |                           |                       |                           |            |                                |       |
| 14 |                           |                       |                           |            |                                |       |
| 15 |                           |                       |                           |            |                                |       |
| 16 |                           |                       |                           |            |                                |       |

Nota: Cuando la asistencia es menor a 10 personas solo debe firmar acta de reunión según lineamiento de Actas de Reunión.

|                                                                                                                                                     |                                                                                                                                         |                |          |   |                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------|---|------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR<br/>DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL<br>DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL |                |          |   |  |
|                                                                                                                                                     | LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES                                                                                                         |                |          |   |                                                                                    |
|                                                                                                                                                     | Código:                                                                                                                                 | SDS-DFO-FT-004 | Versión: | 1 |                                                                                    |
| Elaborado por: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo                                 |                                                                                                                                         |                |          |   |                                                                                    |

Tema: Socialización de hallazgos de la Acción 9. Gestión de programas estrategia y planes para el Bienestar/Gestión integra Estrategias y programas      Fecha: 11 de mayo 2026

Hora Inicio: 8:00 am Hora Fin: 11:30 Lugar: Secretaría Distrital de Salud Edificio de laboratorio de Salud pública - oficina PAI

| No | NOMBRE                          | ENTIDAD O DEPENDENCIA           | CARGO                                     | TELÉFONO   | CORREO ELECTRÓNICO               | FIRMA   |
|----|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------|------------|----------------------------------|---------|
| 1  | Lina María Pedraza Moreno       | Lina María Pedraza Moreno       | Profesional Especializado                 | 3004962387 | lm1pedraza@saludcapital.gov.co   | Virtual |
| 2  | Johana Escobar                  | Johana Escobar                  | Contratista                               | 3008534928 | Jaescobar@saludcapital.gov.co    | Virtual |
| 3  | Wilmer Ferney Acebedo montano   | Wilmer Ferney Acebedo montano   | Profesional especializado                 | 3108559689 | Wfacevedo@saludcapital.gov.co    | Virtual |
| 4  | Laura Luis                      | Laura Luis                      | Profesional especializada                 | 3005629889 | lluis@saludcapital.gov.co        | Virtual |
| 5  | Jhael Bermúdez                  | Jhael Bermúdez                  | Contratista / profesional especializado   | 3166925809 | Jnbermudez@saludcapital.gov.co   | Virtual |
| 6  | Hernán Carpintero               | Hernán Carpintero               | Referente Distrital programa ETV          | 7799800    | hfcarpintero@saludcapital.gov.co | Virtual |
| 7  | Patricia Calderón Pérez         | Patricia Calderón Pérez         | Contratista Profesional especializada     | 3105609300 | mp1calderon@saludcapital.gov.co  | Virtual |
| 8  | María Eugenia Delgado Méndez    | María Eugenia Delgado Méndez    | Referente Materno Perinatal               | 3115404970 | Medelgado@saludcapital.gov.co    | Virtual |
| 9  | Yenny Consuelo Velosa Melgarejo | Yenny Consuelo Velosa Melgarejo | Profesional especializado equipo infancia | 3108035196 | ycvelosa@saludcapital.gov.co     | Virtual |
| 10 |                                 |                                 |                                           |            |                                  |         |
| 11 |                                 |                                 |                                           |            |                                  |         |
| 12 |                                 |                                 |                                           |            |                                  |         |
| 13 |                                 |                                 |                                           |            |                                  |         |
| 14 |                                 |                                 |                                           |            |                                  |         |
| 15 |                                 |                                 |                                           |            |                                  |         |
| 16 |                                 |                                 |                                           |            |                                  |         |

Nota: Cuando la asistencia es menor a 10 personas solo debe firmar acta de reunión según lineamiento de Actas de Reunión.