

SECRETARÍA DE
SALUD

000000

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD 8 de mayo de 2026

Al contestar Cite Este No. **2026-EE-49305**

Folios: Anexos: 1

ORIGEN: - 000000-Despacho**DESTINO:** ZULY MILENA LOZADA VIRVIESCAS CONCEJO
DE BOGOTÁ - -**TIPO DE** Comunicaciones oficiales**DOCUMENTO:****ASUNTO:** Respuesta proposición 400 de 2026. Radicado
Concejo 2026EE6335; SDS 2026ER28558.**Señora****ZULY MILENA LOZADA VIRVIESCAS**

Subsecretaria de Despacho (E)

CONCEJO DE BOGOTÁ

carrera 36 No 28A-41

comision_tercera@concejobogota.gov.co

Bogotá D.C.

Asunto: *Respuesta proposición 400 de 2026. Radicado Concejo 2026EE6335; SDS 2026ER28558.*

Respetada doctora Zuly Milena:

En a los términos de la Proposición No. 400 de 2026, relacionada con el tema “*Presente y futuro de la localización del gasto en Bogotá*”, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, en el marco de sus competencias legales, misionales y técnicas, se permite presentar respuesta a las preguntas 1, 7, 9, 13, 22, 23, 24, 25 y 26 del cuestionario formulado, en los siguientes términos:

1. *Sírvase informar cuáles son los instrumentos con los que cuenta su sector administrativo para la identificación, caracterización socioeconómica, focalización y priorización del gasto público social en Bogotá.*

Entre los principales instrumentos que se cuentan para la identificación, caracterización socioeconómica, focalización y priorización del gasto público social en Bogotá, se encuentran:

- *Identificación:* A través del SISBEN IV puntualmente para la afiliación al Régimen Subsidiado.
- *Caracterización Socioeconómica:* Se cuenta con bases de datos de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, sistemas de vigilancia en Salud Pública como la plataforma de SaluData (observatorio de salud), el Boletín Epidemiológico y Estadístico, y el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), los cuales consolidan datos sobre mortalidad, morbilidad, y emergencias sanitarias. De igual forma el documento de Análisis de la Situación de Salud ASIS con modelo de determinantes sociales en salud para el Distrito Capital.



- *Focalización y priorización del gasto:* dentro de los instrumentos de planeación sectorial, contamos con el Plan de Desarrollo Distrital “Bogotá Camina Segura” 2024-2027, el Plan Territorial de Salud incorporado en el mismo en el Artículo 43 y armonizado con el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 y con los Objetivos de Desarrollo Sostenible – ODS. Todo lo anterior se materializa en los proyectos de inversión lo cuales tienen objetivos, metas e indicadores a los cuales se les asignan y priorizan el gasto público en salud.

7. *Para cada uno de los programas sociales actualmente ofertados en cada una de las entidades que integran su sector administrativo, informe anualmente recursos programados, ejecutados, población beneficiaria y resultados obtenidos durante el periodo 2024-2026.*

Se adjunta en carpeta de anexos, el archivo en formato PDF denominado “Pregunta 7”, el cual contiene el informe de gestión e inversión del plan de acción del Plan de Desarrollo Distrital “Bogotá Camina Segura” 2024-2027, con el reporte de los recursos programados, ejecutados y resultados obtenidos para el período 2024 al 31 de marzo 2026 de la Secretaría Distrital de Salud / Fondo Financiero Distrital de Salud.

9. *Frente al concepto de Gasto de Ciudad descrito en el actual Plan Distrital de Desarrollo, informe:*
 - a. *Programas sociales, proyectos de inversión y estrategias implementadas por cada una de las entidades de su sector administrativo, en relación con el concepto de Gasto en Ciudad*
 - b. *Recursos programados y ejecutados por cada una de las entidades de su sector administrativo en relación con el concepto de Gasto en Ciudad, discriminando la información según programa, proyecto de inversión y/o estrategia.*
 - c. *Comportamiento del porcentaje de gasto en ciudad de los hogares/personas pobres (meta estratégica No. 24 del PDD).*

Se adjunta el archivo contenido en la carpeta denominada “Respuesta 9 numerales a y b – Ejecución Proyectos BCS 2024-2027”, mediante el cual se atienden los numerales a) y b), y en el que se registra la ejecución presupuestal de los proyectos de inversión del Fondo Financiero Distrital de Salud. Así mismo, la información se presenta desagregada por vigencias 2024, 2025, ejecución con corte al 31 de marzo de 2026 y proyección para la vigencia 2027, de conformidad con el Marco de Mediano Plazo.

En relación lo solicitado en el literal c), es necesario precisar que la Meta Estratégica No. 24 del Plan Distrital de Desarrollo, relacionada con el comportamiento del porcentaje de gasto en ciudad de los hogares y personas en condición de pobreza, no se encuentra a cargo del Sector Salud. Sin embargo, desde este sector se contribuye de manera indirecta al cumplimiento de dicho indicador mediante la implementación de políticas, programas y proyectos orientados a garantizar el acceso a los servicios de salud, fortalecer la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y desarrollar acciones de promoción y prevención en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), dirigidas a la población de Bogotá, en especial a aquella en condición de pobreza y vulnerabilidad.

- d. *Impacto de las inversiones realizadas en relación con el concepto de Gasto en Ciudad.*

Teniendo en cuenta que el gasto en salud constituye una inversión social orientada a garantizar la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el acceso efectivo a los servicios de salud, el sector salud de Bogotá viene desarrollando acciones integrales en materia de prestación de servicios, salud pública, fortalecimiento de infraestructura y dotación hospitalaria, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida de la población y al fortalecimiento de la capacidad resolutoria del sistema de salud.

Estas inversiones han permitido evidenciar resultados positivos tanto en la implementación de acciones territoriales como en los principales indicadores de salud de la ciudad, reflejados en el aumento de la cobertura de aseguramiento, el mejoramiento en la oportunidad y calidad de la atención, así como en la reducción de eventos asociados a mortalidad prevenible. Lo anterior ha contribuido a disminuir barreras de acceso, fortalecer la equidad territorial y acercar los servicios de salud a la ciudadanía, especialmente en sectores con mayores necesidades sociales y sanitarias.

En este contexto, el modelo de atención en salud de Bogotá MAS Bienestar materializa la estrategia de Atención Primaria Social, mediante acciones orientadas a fortalecer la presencia territorial, la gestión preventiva del riesgo y el acercamiento de los servicios de salud a las comunidades.

Como resultado de estas inversiones, se ha consolidado la presencia territorial permanente del sector salud en el 98,46% de los sectores catastrales de la ciudad, correspondientes a 1.152 sectores. Este avance refleja el fortalecimiento del trabajo extramural y la capacidad institucional para acercar los servicios de salud a los hogares y comunidades, favoreciendo la identificación temprana de riesgos y la atención preventiva en los territorios.

A partir de esta presencia territorial, se desarrolló el proceso de gestión familiar, logrando la identificación de riesgos en salud en 409.957 familias, correspondientes a 502.903 personas. Estas caracterizaciones han permitido concertar con las familias 49.223 Planes de Bienestar Familiar, fortaleciendo acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y acompañamiento integral en los entornos donde viven las personas.

De manera complementaria, en materia de aseguramiento en salud, Bogotá mantiene a marzo de 2026 un total de 8.141.631 personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS—, alcanzando una cobertura de afiliación del 102,6% frente a la proyección poblacional del Censo DANE 2025 (7.935.754 habitantes). Del total de afiliados, el 22,8% (1.810.343 personas) pertenecen al régimen subsidiado, el 75,2% (5.970.278 personas) al régimen contributivo y 361.010 personas hacen parte de los regímenes de excepción, equivalentes al 4,5%.

Esta capacidad territorial y preventiva también ha permitido fortalecer las acciones de salud pública orientadas a la gestión anticipada del riesgo, la vigilancia epidemiológica y la protección de poblaciones vulnerables, especialmente en población materno infantil.

En este contexto, se han fortalecido las acciones de prevención, vigilancia epidemiológica y atención integral de las infecciones respiratorias agudas en población infantil, particularmente frente al Virus Sincitial Respiratorio (VSR), principal causa de infecciones respiratorias graves en lactantes y uno de los mayores factores asociados a hospitalización en menores de un año.

La priorización de estas acciones responde al impacto epidemiológico que históricamente ha tenido el Virus Sincitial Respiratorio en la población infantil. Se estima que entre el 60% y el 70% de los niños se infectan por este virus durante su primer año de vida y, en Bogotá, el VSR ha estado asociado a cerca del 40% de las muertes por infecciones respiratorias en menores de cinco años.

Frente a este comportamiento epidemiológico, el sector salud ha fortalecido las capacidades de respuesta de la red hospitalaria, las acciones de detección temprana, seguimiento y manejo oportuno de casos, así como las estrategias de prevención y educación dirigidas a las familias y cuidadores.

En este marco, desde el 21 de noviembre de 2025, la ciudad inició la vacunación dirigida a gestantes entre las semanas 28 y 36 de embarazo, aplicándose 17.117 dosis. Posteriormente, desde el 24 de febrero de 2026, Bogotá inició la inmunización con el anticuerpo monoclonal Nirsevimab para recién nacidos de alto riesgo, convirtiéndose en una de las primeras ciudades del país en implementar esta estrategia intrahospitalaria contra el Virus Sincitial Respiratorio —VSR—.

Estas acciones se articulan con el modelo MAS Bienestar, permitiendo una mayor capacidad de identificación temprana de riesgos en los territorios, el acompañamiento preventivo a gestantes, niños y cuidadores, y la disminución de complicaciones asociadas a enfermedades respiratorias en población infantil.

Complementariamente, el fortalecimiento de las capacidades institucionales y de vigilancia en salud pública ha permitido consolidar herramientas de respuesta oportuna frente a eventos de interés sanitario en la ciudad.

En este sentido, el Laboratorio de Salud Pública del Distrito ocupa el primer lugar de ensayos acreditados en la Red Nacional de Laboratorios. Así mismo, la Subdirección del Laboratorio de Salud Pública es la primera institución pública distrital con capacidad para procesar agentes patógenos de alto riesgo en humanos con fines de vigilancia e investigación, mediante el Laboratorio de Contención Biológica tipo 3 —BSL3— más grande de Suramérica.

A su vez, se atiende el 100% de los brotes de eventos de interés en salud pública por los Equipos de Respuesta Inmediata —ERI— dentro de las primeras 24 horas posteriores a su notificación, permitiendo disminuir la mortalidad y la morbilidad asociada a eventos transmisibles y fortaleciendo la vigilancia frente a Emergencias de Salud Pública de Importancia Internacional —ESPII— en los principales puntos de entrada del Distrito, incluyendo el Aeropuerto Internacional El Dorado y las terminales de transporte terrestre.

De igual manera, el fortalecimiento del modelo territorial y preventivo también ha permitido ampliar acciones orientadas a poblaciones priorizadas, particularmente en materia de salud sexual, reproductiva y atención integral para las mujeres.

En este marco, se mantiene la continuidad de los 20 Servicios de Atención Integral en Salud para las Mujeres, con presencia en las cuatro subredes integradas de servicios de salud y cobertura en 15 localidades de Bogotá.

Este fortalecimiento territorial y de salud pública también ha estado acompañado por inversiones orientadas a ampliar la capacidad resolutive de la red pública hospitalaria,

mediante el fortalecimiento de infraestructura, dotación biomédica y servicios especializados en diferentes zonas de la ciudad.

En este contexto, las inversiones realizadas han permitido avanzar en la consolidación de los Servicios Especializados Resolutivos —SER—, estrategia orientada desde el modelo de atención en salud MAS Bienestar para acercar servicios especializados a los territorios y fortalecer la capacidad resolutiva de la red pública distrital.

Actualmente, Bogotá cuenta con siete Servicios Especializados Resolutivos —SER— en operación: Hospital de Bosa, Centro de Atención en Salud 29, Centro de Atención en Salud Zona Franca, Centro de Salud Danubio, Hospital de Usme, Verbenal y Tintal. Estos espacios han contribuido a ampliar el acceso oportuno a consultas, procedimientos diagnósticos y controles especializados, reduciendo desplazamientos innecesarios, tiempos de espera y barreras de acceso para la ciudadanía.

Estos servicios integran tecnología biomédica, talento humano especializado y capacidades diagnósticas orientadas a la prevención, detección temprana, seguimiento y manejo integral de diferentes condiciones de salud, permitiendo que las personas reciban atención más cercana a sus hogares y comunidades.

De igual manera, en infraestructura y dotación hospitalaria se avanza en la obra y dotación del Nuevo Hospital de Usme, con proyección de entrega para 2026 y beneficio estimado para 454.275 habitantes del sur de la ciudad. Así mismo, en la APP Hospital de Bosa se concluyó la fase de construcción y el proyecto entró en etapa de operación y mantenimiento hasta diciembre de 2038, beneficiando aproximadamente a 411.149 usuarios, además de la entrada en operación del Centro de Salud 29.

Estas inversiones en prevención, vigilancia epidemiológica, fortalecimiento institucional y capacidad resolutiva de la red pública han generado resultados positivos en los principales indicadores de salud de la ciudad, particularmente en salud materno infantil y reducción de mortalidad prevenible.

Como resultado de las inversiones orientadas al fortalecimiento de la atención materno-perinatal, el seguimiento epidemiológico y la capacidad resolutiva de la red pública, en 2025 Bogotá registró el menor número de muertes maternas del periodo (18 casos), alcanzando una razón de mortalidad materna de 32,3 por cada 100.000 nacidos vivos. Este comportamiento refleja una mejora sostenida en la atención materna y proyecta un avance favorable hacia el cumplimiento de la meta distrital prevista para 2027.

En esta misma línea, durante 2025 se registró una reducción sostenida en la mortalidad infantil, disminuyendo la tasa de 9,6 en 2019 a 8,0 por cada 1.000 nacidos vivos en 2025, mientras que los casos pasaron de 815 a 448, evidenciando avances significativos en las acciones de prevención, atención y seguimiento integral a la población materno infantil.

Así mismo, entre 2019 y 2025 se evidencia una reducción significativa en la fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años, pasando de 9.618 nacimientos a 4.131 casos, equivalente a una disminución del 57,05%. De igual manera, la tasa específica de fecundidad descendió de 34,4 a 17,7 nacimientos por cada 1.000 mujeres en este grupo de edad.

Adicionalmente, se redujo en 30,3% la tasa de mortalidad materno-perinatal por cada 100.000 nacidos vivos, pasando de 15,2 en 2019 a 10,6 en 2025, con disminución de 1.308

a 596 casos. Así mismo, descendieron en 31,7% los casos de mortalidad en menores de cinco años, pasando de 766 casos en 2020 a 523 casos en 2025.

En este sentido, las inversiones realizadas por el sector salud no solo fortalecen la infraestructura y la prestación de servicios, sino que generan impactos directos en la calidad de vida de la ciudadanía, mediante un modelo de atención más preventivo, cercano, resolutivo y orientado al bienestar de las personas.

De esta manera, el gasto en salud se consolida como una inversión estratégica para Bogotá, al contribuir no solo al fortalecimiento del sistema sanitario, sino también a la reducción de inequidades territoriales, la protección de poblaciones vulnerables y el mejoramiento de las condiciones de bienestar y calidad de vida de la ciudadanía.

13. Presente cuáles son los requisitos de focalización y priorización de ingreso, así como los criterios de egreso de cada uno de los programas sociales actualmente ofertados, según sector administrativo y entidades que lo integran.

Los requisitos de focalización y priorización para la asignación de los recursos están determinados por la misionalidad del Fondo Financiero Distrital de Salud, en cumplimiento de la normatividad vigente que rige el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La Constitución Política de Colombia reconoce la salud como un servicio público esencial y dispone que es responsabilidad del Estado garantizar el acceso oportuno y la prestación integral de los servicios de salud a toda la población.

La Ley 100 de 1993 crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y dispone que deben garantizarse los recursos necesarios para su funcionamiento. En este marco, la financiación se gestiona a través de la Dirección de Financiamiento Sectorial (DFS) del Ministerio de Salud y Protección Social, con recursos provenientes de diversas fuentes administradas por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), entidad responsable de la administración de los recursos del sistema de salud en Colombia.

Tanto para el régimen subsidiado como para el régimen contributivo, la asignación de recursos se realiza mediante la metodología de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), la cual corresponde al valor anual reconocido por cada afiliado del SGSSS para cubrir las prestaciones incluidas en el Plan de Beneficios en Salud.

Los recursos se asignan a través de proyectos de inversión, de acuerdo con los objetivos y metas establecidos en el Plan de Desarrollo, respetando los usos y las fuentes de financiación definidos por la normatividad vigente.

En particular, las fuentes con destinación específica que por norma apalancan el régimen subsidiado incluyen las rentas cedidas territoriales, tales como:

- Impuesto al consumo de cerveza.
- Impuesto al consumo de licores.
- Recursos provenientes de juegos de suerte y azar (loterías, apuestas permanentes, juegos novedosos y juegos localizados).
- Impuesto a ganadores de lotería.
- Impuesto al consumo de cigarrillos y productos de tabaco.

Adicionalmente, se cuenta con recursos provenientes de la Administración Central, como el Aporte Ordinario de libre destinación que aplica a todos los proyectos de inversión; cupo de crédito con destinación específica a la infraestructura y dotación hospitalaria; y Sistema General de Participaciones (SGP), destinados a apalancar el régimen subsidiado y salud pública.

15. Detalle el número de hogares/personas beneficiarias según programa social ofertado y su actual clasificación del SISBEN IV (grupo y subgrupos).

La clasificación realizada por la Encuesta Sisben IV, permite a los ciudadanos el acceso focalizado a varios programas sociales, entre ellos salud.

Según el Departamento Nacional de Planeación el Sisbén IV tiene un cambio el enfoque centrado en las condiciones de vida a un enfoque que permite aproximarse a la capacidad de generar ingresos de los hogares, y a sus condiciones de vida, así como a las condiciones de su entorno. Esto permitirá aumentar la calidad de la información suministrada por los hogares.

Se definieron cuatro (4) grupos

- **A1-A5:** Pobreza extrema
- **B1-B7:** Pobreza Moderada
- **C1-C18:** Vulnerabilidad
- **D1-D21:** Ni pobre ni vulnerable

Para la asignación de subsidios en salud estos beneficiaran a los ciudadanos con clasificación de pobreza extrema, pobreza moderada y vulnerabilidad. Los ciudadanos con clasificación D deben realizar contribución solidaria en salud.

Conforme a lo establecido en el Decreto 616 de 2022 compilado en el Decreto 780 de 2016 - Único reglamentario del Sector salud y Protección Social, se creó el mecanismo de contribución solidaria, con el objetivo de garantizar la continuidad y universalización del aseguramiento en salud de aquella población que no es pobre ni vulnerable de acuerdo con la encuesta Sisbén IV, pero que, por sus características socioeconómicas, tampoco cumple con los requisitos para ser cotizante o beneficiario en el régimen contributivo.

Según la información publicada por el Ministerio de Salud y Protección Social, Capital Salud EPSS a marzo 31 de 2026, representa el 2,19 del aseguramiento en el país.

TABLA N° 1 AFILIADOS DE CAPITAL SALUD EN BOGOTÁ Y FUERA DE BOGOTÁ A MARZO 31 DE 2026

Régimen	N° Afiliados en Bogotá	Afiliados fuera de Bogotá	Total de Afiliados
Subsidiado	837.040	226.090	1.063.130
Contributivo -Movilidad	60.027	24.153	84.180
Total Afiliados	897.067	250.243	1.147.310

Fuentes: * Contributivo BDUA - ADRES, corte a 31 de Marzo de 2026.
Ministerio de Salud y Protección Social Datos seguramiento

TABLA 2. N° DE AFILAIDOS A RÉGIMEN SUBSIDIADO EN BOGOTÁ A MARZO 31 DE 2026 POR CLASIFICACIÓN SISBEN IV.

Entidad Administradora de Plan de Beneficios	CAPITAL SALUD	FAMISANAR	SALUD TOTAL	COMPENSAR	SANITAS	NUEVA EPS	SURA	COOSALUD	MALLAMAS	ALIANSA ALUD	Total general
Afiliación de oficio sin Sisbén IV	25.698					456		1.934			28.088
Con Sisbén IV - Grupo D	22.135	4.923	3.103	6.269	3.277	1.881	1.626	502	1		43.717
Con Sisbén IV - Nivel 1	297.831	74.072	64.135	57.133	41.832	23.865	17.290	9.201	29	1	585.389
Con Sisbén IV - Nivel 2	238.652	72.618	52.129	69.254	46.129	22.627	19.270	5.564	12		526.255
Con Sisbén IV de Fuera de Bogotá	27.314	31.411	30.106	24.953	22.226	28.485	7.243	2.963	6		174.707
Población especial que no requiere Sisbén	99.229	24.141	30.822	19.414	22.176	23.366	7.181	3.344	44		229.717
Sin Sisbén IV - Adultos *	44.143	4.791	1.002	2.653	1.111	1.709	585	656			56.650
Sin Sisbén IV - Menores de edad	82.038	17.239	17.723	14.248	11.482	10.396	9.272	3.417	5		165.820
Total general	837.040	229.195	199.020	193.924	148.233	112.785	62.467	27.581	97	1	1.810.343

* Contributivo BDU - ADRES, corte a 31 de Marzo de 2026.

* Subsidiado BDU - ADRES, corte a 31 de Marzo de 2026..

* Proyección censo DANE, actualización post Covid-19.

* Reporte EAPB exceptuadas, II semestre 2025

22. Informe cómo será el proceso, fases y cronograma de actualización de las fichas de focalización y priorización del gasto social en Bogotá en cada una de las entidades que integran su sector administrativo, toda vez que la implementación del Registro Universal de Ingresos RUI eventualmente generará cambios en los sistemas de clasificación socioeconómica de las personas/hogares en Bogotá

23. *Frente al punto anterior y teniendo en cuenta que el RUI deberá ser implementado a partir del segundo semestre de 2026 en todo el país, informe si la Administración Distrital cuenta con la arquitectura institucional, tiempos y plazos suficientes para adelantar este proceso de transición.*
24. *Informe de qué manera el Registro Universal de Ingresos garantizará la continuidad de registros administrativos y la oferta social relacionados con fenómenos socioeconómicos propios de Bogotá tales como: población migrante, habitabilidad en calle, personas mayores en abandono, pobreza oculta, personas en pagadarios, entre otros.*
25. *Dado que estos fenómenos descritos son particulares en Bogotá y generan ciertas condiciones de vulnerabilidad y fragilidad socioeconómica en la ciudad, indique si se han hecho observaciones, comentarios y/o análisis desde la Administración Distrital hacia la Nación que contemplen la viabilidad de implementar en el Distrito Capital un sistema de información propio para la focalización del gasto público.*
26. *Indique cuál será el mecanismo que tendrán los ciudadanos, en relación con la presentación de solicitudes de revisión y reclamación derivadas de eventuales cambios en la clasificación socioeconómica derivadas de la implementación del Registro Universal de Ingresos en Bogotá.*

Frente a las preguntas 22, 23, 24, 25 y 26, se precisa que los asuntos relacionados con el proceso de actualización de fichas de focalización y priorización del gasto social, la arquitectura institucional para la transición hacia el Registro Universal de Ingresos —RUI, los mecanismos de revisión o reclamación ciudadana y los eventuales análisis sobre sistemas de información para la focalización del gasto público en Bogotá, corresponden a materias cuya rectoría, liderazgo técnico y coordinación distrital se encuentran en cabeza de la Secretaría Distrital de Planeación, entidad competente para orientar y liderar dichos procesos a nivel distrital y la cual se encuentra citada en la presente proposición.

En los anteriores términos se da por contestada la proposición.

Cordialmente,



GERSON ORLANDO BERMONT GALAVIS

Secretario Distrital de Salud.

Anexo. Una (1) Carpeta Zip

Elaboró: Jairo Hernan, Ternera Pulido - Profesional Especializado - Subdirección de Administración del Aseguramiento
Sandra Gómez –Jairo Rivera – Laura Suárez - Dirección de Planeación Sectorial
Consolidó: Camilo Melo –OAJ / María Cabrera – OAJ
Gabriel Lozano Torres - Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial

Revisó: Claudia Liliana, Moreno Ramírez Director de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud
Luz Marina Galindo –Directora de Planeación Sectorial
Martha Lucia Tafur – Asesora de Despacho
Aprobó: Martha Isabel Amador Martelo – Asesora de Despacho
José Ignacio Argote López - Subsecretario de Planeación y Gestión Sectorial
Luis Alexander Moscoso Osorio – Subsecretario de Servicios de Salud y Aseguramiento
José Ignacio Gutiérrez Bolívar – Asesor de Despacho