



MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR

PRODUCTOS:

**INFORME DE AVANCE EN LA GESTIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
CONVENIO 8374552 DE 2025**

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

FECHA (09/04/2026)

Bogotá D.C

1. INTRODUCCIÓN	6
2. OBJETO	6
3. ALCANCE	6
4. ACCION INTEGRADA E INTEGRAL CUIDADO CONTINUO POR UNA VIDA CON BIENESTAR	7
4.1. AVANZADA PARA EL ABORDAJE TERRITORIAL	7
4.2. APROPIACION TERRITORIAL	8
4.2.1 Jornadas Intensificadas de Apropiación y Actualización Territorial Equipos MAS Bienestar en tu Hogar (cuando aplique)	9
4.3. GESTORES MAS BIENESTAR	9
4.3.1 Gestores de Bienestar en línea	9
4.3.2 Abordaje Territorial: Gestor MAS Bienestar	15
4.4. PLANES DE BIENESTAR	16
4.4.1 Materno	18
4.4.2 Infancia	19
4.4.3 Condiciones crónicas	21
4.4.4 Salud mental	21
4.4.5 Población con discapacidad y limitación funcional	23
4.4.6 Personas con Soledad Social	26
4.4.7 Cáncer	27
4.4.8 Salud oral	27
4.4.9 Salud ambiental	27
4.4.10 Atención de jornadas y contingencias	28
4.5. SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	29
4.5.1 Servicios Complementarios Vacunación	29
4.5.2 Servicios Complementarios_Laboratorios	29
4.5.3 Servicios Complementarios_Medicamentos	30
4.6. ABORDAJE EN EL MARCO DE LA APSOCIAL	31
4.6.1 Pagadarios con MAS Bienestar	31



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

4.6.2 Abordaje Familiar en Pagadarios	32
4.6.3 Jornadas MAS Bienestar para ciudadanos con habitanza o habitabilidad en calle - Recorrido Nocturno.	32
4.6.5 Desarrollo de acciones intersectoriales en el marco de la Atención Primaria Social: Población privada de la libertad	34
4.6.8 Casas MAS Bienestar	36
5. CUIDADO CONTINUO POR UNA VIDA CON BIENESTAR CON ENFOQUE DIFERENCIAL POBLACIONAL Y DE GÉNERO	37
5.1 FAMILIAS ETNICAS-AFRODESCENDIENTES	37
5.1.1 Plan de Bienestar con Familias Étnicas – Afrodescendientes	37
5.1.2 Apechonería con familias étnicas – Afrodescendientes	37
5.1.3 Técnicas de curación ancestral - Negras y Afrocolombianas	38
5.2 FAMILIAS ETNICAS-PALENQUEROS	38
5.2.1 Plan de Bienestar con Familias Étnicas - Palenqueros	38
5.2.2 Acciones Colectivas Diferenciales con familias étnicas – Palenqueros	39
5.2.3 Acciones Propias de medicina ancestral – Palenqueros.	39
5.3 FAMILIAS INDIGENAS EMBERA	40
5.3.1 Gestión Integral del riesgo en familias indígenas embera	40
5.3.2 Acciones promocionales Estrategia Unidad de atención integral comunitaria (UAIC)	41
5.4 FAMILIAS DEL CABILDO INDIGENA WOUNAAN	42
5.4.1 Gestión del riesgo en familias del cabildo indígena Wounaan de Bogota D.C Comunidad Baud Mos.	42
5.4.2 Acciones con enfoque en medicina ancestral cabildo indigena Wounaan comunidad Baud Mos	43
5.5 FAMILIAS CUMPAÑA ROMANI	43
5.6 FAMILIAS COMUNIDADES INDIGENAS MUISCA	44
5.6.1 Plan de Cuido para las Familias de las comunidades indígenas Muiscas Bosa y Muiscas Suba	44
6. CUIDADO CONTINUO POR UNA VIDA CON BIENESTAR PARA LA RURALIDAD DE BOGOTÁ.	46



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

6.1	GESTORES MAS BIENESTAR: Abordaje Territorial: Gestor MAS Bienestar	46
6.2	PLANES DE BIENESTAR	46
7.	GESTIÓN TERRITORIAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA SOCIAL DESDE LOS EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR	48
7.1	COORDINACIÓN DE LOS EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR	48
7.1.1	Coordinación de los Equipos de MAS Bienestar en tu hogar	48
7.1.2	Gestión financiera integral del convenio	48
7.1.3	Resultados operativos del proceso de supervisión	54
7.2	GRUPO DE GESTIÓN DE LOS EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR	54
7.2.1	Gestión de la información para la planeación, toma de decisiones y análisis de resultados	54
7.2.2	Seguimiento y gestión de las derivaciones y activaciones de rutas sectoriales e intersectoriales	56
7.2.3	Ruta de aseguramiento	59
7.2.4	Líder de acceso y EPS	61
7.2.5	Seguimiento a cohorte	61
7.2.6	Inducción, seguimiento y acompañamiento al talento humano	62
7.3	DINAMIZACIÓN DE LAS ACCIONES DE LOS EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR	62
7.3.1	Liderazgo para la dinamización de las acciones	62
7.3.2	Planeación y gestión territorial para la toma de decisiones con base en el análisis espacial y su incidencia en los resultados en salud	63
7.4.	GESTIÓN OPERATIVA DE LOS EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR	65
7.4.1	APOYO A LA GESTIÓN OPERATIVA DE LOS EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR	65
7.4.2	DESARROLLO DE CAPACIDADES DEL TALENTO HUMANO A NIVEL DISTRITAL	66
7.4.3	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y SOPORTE A NIVEL DISTRITAL	67



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

8. ACCIONES DE BIENESTAR COMITÉS DE CUIDADO	68
8.1 REUNIÓN DE EQUIPO	68
8.2 DESARROLLO DE CAPACIDADES DE LOS EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR	68
8.3 COMITÉ TERRITORIAL	68
8.4 ESPACIOS DE PRECRÍTICA Y SEGUIMIENTO	68
8.5 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE INDUCCIÓN Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS TÉCNICAS DE LOS EQUIPOS DEL CONVENIO (SOLO PARA OCTUBRE Y NOVIEMBRE DE 2025)	68



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

1. INTRODUCCIÓN

El presente documento tiene como finalidad exponer las actividades desarrolladas por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., correspondientes al avance en la ejecución del Convenio Interadministrativo No. 8374552 de 2025, durante el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026.

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

Las partes acordaron un valor total de CINCUENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS DIECINUEVE MILLONES NOVECIENTOS CUATRO MIL TRESCIENTOS SESENTA Y

NUEVE PESOS (\$52.619.904.369) valor exento de IVA, destinado a la ejecución de las intervenciones, procedimientos, actividades y adquisición de insumos contemplados en el convenio.

Entre las principales actividades desarrolladas por la Subred Sur E.S.E. Durante el periodo se destaca la planeación operativa, que incluyó el inicio del proceso de contratación del talento humano requerido, en función de las necesidades del servicio, así como la formulación del plan de trabajo conforme a lo estipulado en las cláusulas del convenio. De igual manera, se adelantaron acciones de formación y fortalecimiento de capacidades dirigidas a los Equipos Básicos MAS Bienestar en tu Hogar (EMBH), en línea con el plan de capacitación establecido.

2. OBJETO

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



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

3. ALCANCE

A través de este convenio se aunarán esfuerzos entre el FFDS-SDS y la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E; en cumplimiento del objeto del convenio, las partes se comprometen a aportar los recursos económicos, técnicos y administrativos, de acuerdo con los compromisos de cada entidad, para la implementación de actividades de gestión del riesgo individual y colectivo, y de promoción para el cuidado de la salud, en la modalidad extramural de acuerdo con las necesidades y prioridades de la población a nivel individual, familiar y territorial en el Distrito Capital; de acuerdo con el Plan Territorial de Salud y las metas de los proyectos de inversión, los lineamientos señalados en los Anexos N°.5 "lineamiento operativo"; Anexo N° 6 " Plan Programático y Presupuestal -PPP" y Anexo N°.7."Insumos requeridos"; en los cuales se establecen las directrices para la ejecución de las acciones



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

4. ACCION INTEGRADA E INTEGRAL CUIDADO CONTINUO POR UNA VIDA CON BIENESTAR

4.1. AVANZADA PARA EL ABORDAJE TERRITORIAL

Durante el periodo comprendido entre el 01 enero al 31 marzo del año 2026, la Subred consolidó el desarrollo de estrategias de gestión territorial en las localidades de Tunjuelito, Ciudad Bolívar y Usme, orientadas al posicionamiento del Modelo de Salud Más Bienestar en tu Hogar, mediante procesos de articulación comunitaria, intersectorial e institucional, fortaleciendo la participación social, el acceso efectivo a los territorios y la sostenibilidad de las intervenciones.

Desarrollo de acciones de gestión territorial y posicionamiento del modelo

En continuidad con las acciones iniciadas en enero, durante el mes de febrero se evidenció un avance significativo en el posicionamiento del modelo, en la localidad de Ciudad Bolívar, Usme y Tunjuelito a través de la consolidación de alianzas estratégicas con actores comunitarios, intersectoriales e institucionales.

Se fortalecieron articulaciones con líderes sociales y comunitarios en sectores como Las Brisas, El Paraíso, Acapulco, Potosí y Arborizadora Alta en Ciudad Bolívar, Venecia y Fátima en Tunjuelito, Marichuela y San Felipe en Usme, quienes actuaron como enlaces territoriales clave para facilitar el acceso, la comunicación y la implementación de acciones en territorio. Estas articulaciones permiten robustecer el reconocimiento del modelo, generar confianza comunitaria y promover la corresponsabilidad en los procesos de salud. De manera complementaria, se promovieron espacios de articulación interinstitucional con organizaciones como Asoproniños, la Casa Cultural Semillas Creativas, el Consejo Local de Propiedad Horizontal y el Comité de Participación Local, generando escenarios de concertación que facilitaron la socialización del modelo, su enfoque integral y su capacidad de respuesta frente a las necesidades territoriales.

Asimismo, se destaca la participación en escenarios Inter locales como la reunión de ASOJUNTAS comunitarias (con representación de Usme, Tunjuelito, Ciudad Bolívar y Sumapaz), en la cual se realizó la socialización técnica del modelo, posicionándolo como una estrategia territorial, preventiva y comunitaria clave para la Atención Primaria en Salud.

Comentado [1]: Este apartado da cumplimiento a los parámetros esperados en la gestión y análisis del equipo de gestión territorial. En particular se destaca la conformación de veedurías ciudadanas para 3 de las 4 localidades de la subred.



Durante marzo, se dio continuidad a estas acciones mediante nuevas articulaciones con actores comunitarios y espacios institucionales, incluyendo juntas de acción comunal (Juan José Rondón, Vista Hermosa, San Vicente Ferrer), Consejo de Propiedad Horizontal, comité de familia y mesa local de ruralidad, consolidando la presencia institucional del modelo en diferentes escenarios de participación.

Participación en escenarios comunitarios e intersectoriales

Durante el periodo se fortaleció la participación en escenarios poblacionales, comunitarios e institucionales, tales como:

- Consejo Local de Discapacidad
- Consejo Local de Sabios y Sabias
- Comité de Participación Local
- Consejo de Propiedad Horizontal
- Delegada discapacidad de envejecimiento y vejez
- Parque Nuevo Muzu
- Mesas locales (ruralidad y estupefacientes)
- Comités institucionales de fortalecimiento

Estas acciones permitieron posicionar al equipo de avanzada como actor estratégico en la gestión territorial de la salud, fortaleciendo la articulación intersectorial y la coordinación de acciones en el territorio.

Apertura de territorios con dinámicas especiales

Durante el periodo comprendido entre enero, febrero y marzo, se adelantaron acciones estratégicas orientadas a la identificación, análisis y apertura de territorios con dinámicas especiales, caracterizados principalmente por barreras de acceso asociadas a condiciones de seguridad, baja efectividad operativa o restricciones propias de la propiedad horizontal. Estas intervenciones se desarrollaron a partir de la implementación de estrategias diferenciales basadas en la articulación comunitaria, la planeación técnica y el fortalecimiento de la confianza en el territorio.

En el mes de enero, en la localidad de Tunjuelito, se priorizó el territorio SU085 – Nuevo Muzú, identificado previamente por presentar baja efectividad en el abordaje. Frente a esta situación, el equipo de Gestión Territorial implementó acciones orientadas a la articulación

con la administración del Parque Nuevo Muzú a cargo del Instituto Distrital de Recreación y Deporte (IDRD) y con la Junta de Acción Comunal del sector, reconociéndose como actores clave para el ingreso al territorio. Este proceso permitió establecer canales de comunicación efectivos con la comunidad, generar confianza y facilitar un acompañamiento permanente durante la ejecución de la toma sectorial. Como resultado, se logró un abordaje efectivo, el cumplimiento de las metas establecidas y un posicionamiento significativo del modelo en la comunidad.

Posteriormente, en el mes de febrero, en la localidad de Ciudad Bolívar, se identificó el territorio SU116 – Acapulco como zona de difícil acceso debido a dinámicas asociadas a la inseguridad. A partir de esta identificación, el equipo de Avanzada consolidó estrategias de intervención basadas en la articulación con líderes comunitarios y la Junta de Acción Comunal del sector, lo que permitió generar condiciones favorables para el ingreso al territorio. Esta articulación fue determinante para garantizar el acompañamiento durante la toma sectorial realizada en el periodo, logrando no solo el cumplimiento de las metas establecidas, sino también el fortalecimiento de la confianza comunitaria y el reconocimiento del modelo y del equipo en el territorio.

De igual manera, durante el mes de marzo se identificó el territorio SU103 – Potosí, el cual presenta barreras de acceso relacionadas con condiciones de seguridad. En este contexto, el equipo de Avanzada desarrolló acciones orientadas a la consolidación de alianzas estratégicas con la Junta de Acción Comunal del sector, logrando activar canales de comunicación con la comunidad que favorecieron la disposición y confianza para el abordaje territorial. Este proceso fue complementado con la participación activa de una veedora ciudadana, quien, a través de espacios de reunión y participación local, manifestó su interés en acompañar el ejercicio, fortaleciendo así los procesos de control social y legitimando las acciones institucionales en el territorio. Estas condiciones permitieron priorizar el sector para la ejecución de una toma sectorial, bajo criterios de seguridad, articulación y corresponsabilidad comunitaria.

Por otra parte, dentro de las dinámicas especiales identificadas en las tres localidades (Usme, Tunjuelito y Ciudad Bolívar), se destacan los conjuntos residenciales de propiedad horizontal, los cuales representan barreras de acceso de tipo administrativo y organizativo. Frente a ello, el equipo de Avanzada implementó estrategias formales orientadas a garantizar el ingreso efectivo, mediante la gestión de oficios institucionales y la activación

de canales de comunicación con administradores, en articulación con líderes operativos. Estas acciones permitieron generar credibilidad y confianza frente a los equipos, facilitando el desarrollo de procesos de caracterización y la implementación de intervenciones orientadas a la atención integral de la población residente.

En términos generales, las acciones desarrolladas durante el periodo evidencian que la implementación de estrategias diferenciales, centradas en la articulación comunitaria, el reconocimiento de actores clave y la adaptación a las dinámicas territoriales, contribuye de manera significativa a mejorar la efectividad operativa en territorios con condiciones complejas. Asimismo, se resalta que la generación de confianza, el acompañamiento comunitario y la participación de actores como líderes sociales y veedores ciudadanos son factores determinantes para garantizar intervenciones seguras, pertinentes y sostenibles en el territorio.

Tabla 1. Identificación de Zonas de difícil acceso identificadas y aperturadas periodo de enero - marzo 2026

LOCALIDAD	ZONAS DE DIFÍCIL ACCESO IDENTIFICADAS	ZONAS DE DIFÍCIL ACCESO APERTURADAS	%
CIUDAD BOLÍVAR	3	3	100%
TUNJUELITO	3	3	100%
Total Subred	6	6	100%

Fuente: Subred Sur Equipo Gestión Territorial Avanzada

Se evidencia mejora en la efectividad operativa en sectores con dinámicas especiales, particularmente en los territorios SU085 (Nuevo Muzú - Tunjuelito) y SU116 (Acapulco – Ciudad Bolívar), SU103 (Potosí - Ciudad Bolívar) donde la implementación de estrategias diferenciales basadas en articulación comunitaria, planeación territorial y acompañamiento de líderes permitió:

- Facilitar el ingreso a territorios con barreras de acceso.
- Incrementar la aceptación comunitaria.
- Mejorar la ejecución de actividades en campo.

Factores facilitadores



- Articulación sostenida con líderes comunitarios y JAC.
- Espacios de socialización y diálogo comunitario.
- Participación en escenarios institucionales estratégicos.
- Planeación territorial basada en evidencia.

Barreras identificadas

- Persistencia de condiciones de inseguridad en algunos sectores.
- Dinámicas sociales complejas en territorios priorizados.
- Necesidad de fortalecer canales de comunicación para el reporte oportuno de riesgos.

Estrategias

1. La articulación comunitaria es determinante para la sostenibilidad de las intervenciones.
2. La planeación técnica previa mejora la efectividad operativa en territorio.
3. La participación en escenarios interlocales potencia el intercambio de experiencias y buenas prácticas.

Fortalecimiento de competencias en Prescripción Social

Durante el periodo comprendido entre enero, febrero y marzo, se desarrollaron acciones orientadas al fortalecimiento de competencias en prescripción social en las localidades de Ciudad Bolívar, Usme y Tunjuelito, consolidándose como un componente fundamental para la implementación del Modelo de Atención Primaria Social en el marco de las acciones de los Equipos Más Bienestar en tu Hogar para contribuir en el abordaje integral de las necesidades de la población.

En este marco, se destaca la colaboración en diferentes instancias participativas que permitieron el intercambio de experiencias, la socialización de avances y la construcción conjunta de estrategias para el fortalecimiento de la prescripción social. Estos escenarios facilitaron la articulación entre equipos territoriales, actores institucionales y sectores del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), promoviendo una visión integral del ejercicio de la prescripción social y su implementación en los diferentes contextos territoriales.



De manera complementaria, durante los comités de fortalecimiento desarrollados en las tres localidades, se consolidaron acciones orientadas a robustecer las capacidades de los Equipos Más Bienestar en tu Hogar, haciendo énfasis en la apropiación conceptual y metodológica de la prescripción social como eje transversal de la intervención territorial. En estos espacios se promovió el análisis de casos, la reflexión sobre las dinámicas territoriales y la identificación de barreras de acceso, así como la importancia del reporte oportuno de situaciones que afectan el desarrollo de las acciones en campo.

Asimismo, se resaltó la relevancia de la identificación y reconocimiento de activos sociales y actores clave en los territorios, como elemento central del ejercicio de prescripción social. Este proceso permitió fortalecer la articulación con redes comunitarias e institucionales, facilitando la canalización efectiva de la oferta disponible y la activación de rutas de atención acordes a las necesidades de la población. Adicionalmente, se desarrollaron espacios específicos de socialización y fortalecimiento en prescripción social con la participación de líderes dinamizadores, profesionales del componente y equipos territoriales, en los cuales se abordaron aspectos relacionados con indicadores, metas, alcances y retos de la estrategia. Estos espacios permitieron generar reflexiones conjuntas, ajustar procesos y orientar la implementación de acciones en coherencia con las realidades y particularidades de cada territorio.

Acompañamiento a procesos de control social

Durante el periodo evaluado se resalta la importancia estratégica del ejercicio de control social como un componente fundamental para garantizar la transparencia, la participación ciudadana y el adecuado funcionamiento de las acciones implementadas en el territorio en el marco del Modelo Más Bienestar en tu Hogar.

En este sentido, la veeduría ciudadana en cada una de las localidades (Ciudad Bolívar, Tunjuelito y Usme) se constituye como un actor clave en el seguimiento, vigilancia y retroalimentación de los procesos territoriales, permitiendo no solo verificar el cumplimiento de los objetivos del modelo, sino también identificar de manera oportuna necesidades, alertas y oportunidades de mejora desde la perspectiva comunitaria.

En estos espacios, el equipo de Avanzada realizó la socialización integral del modelo, incluyendo sus objetivos, alcance, metas e indicadores, promoviendo el reconocimiento de

este como una estrategia institucional orientada a la garantía del derecho a la salud desde un enfoque territorial.

Para el mes de enero, no se desarrollan acompañamientos a las veedurías puesto que como acuerdo en las reuniones del mes de diciembre se pacta postergar dichos acompañamientos a partir de febrero, sin embargo, el día 13 de enero se conforman formalmente las veedurías, para la localidad de Usme queda (1) veedor asignado, para Tunjuelito (9) y para Ciudad Bolívar (11). En el mes de febrero se participa en la reunión de veeduría de Ciudad Bolívar el día 25 se presenta la propuesta por parte de los veedores de realizar envío de un cronograma para realizar los acompañamientos al Equipo operativo se aclara que se compartirá una base de datos de los perfiles puesto que no se puede garantizar horarios definidos para la ejecución de actividades ya que son dinámicas y cambiantes, el 9 de febrero en la localidad de Tunjuelito donde se acuerda presentar para el siguiente mes la información presupuestal de lo ejecutado entre el periodo de octubre a enero, así como una retroalimentación de las acciones desarrolladas por los Equipos Más Bienestar en tu Hogar y el 2 para la localidad de Usme en donde los veedores solicitan gestión de casos particulares para realizar intervención por parte de los EMBH indicando que se realizará el proceso de validación y verificación. Para el mes de Marzo en la localidad de Tunjuelito se participa en la reunión el día 9 de marzo en donde se comparte una base con los datos de contacto de los perfiles asignados para la localidad para así realizar el proceso de seguimiento y acompañamiento en la ejecución de las actividades y el 19 de marzo en Ciudad Bolívar se genera el compromiso de realizar acompañamiento por parte de una de las veedoras asignadas, en la Toma Sectorial del 26 de marzo en el sector de Potosí Ciudad Bolívar y para la localidad de Usme se participa el 2 de marzo en donde los veedores solicitan gestión de casos particulares para realizar intervención por parte de los EMBH indicando que se realizará el proceso de validación y verificación.

La participación en estos escenarios ha sido fundamental para el posicionamiento del modelo, en tanto ha permitido generar confianza, legitimidad y reconocimiento institucional frente a los actores comunitarios. A través de su intervención, se ha facilitado una comunicación directa, permanente y bidireccional con los veedores y demás líderes sociales, fortaleciendo los canales de articulación y el flujo de información en el territorio.

Este ejercicio ha favorecido la generación de procesos de corresponsabilidad, en los cuales la comunidad, a través de sus representantes, participa activamente en el seguimiento de



las acciones, vela por la transparencia en la gestión y aporta insumos relevantes para la toma de decisiones. De esta manera, el control social se consolida como un mecanismo que no solo supervisa, sino que también fortalece la gestión territorial, promoviendo prácticas más eficientes, pertinentes y alineadas con las necesidades reales de la población.

En términos generales, la participación del equipo de Avanzada ha generado un reconocimiento oportuno en los territorios, facilitando la consolidación de relaciones de confianza, la articulación constante con actores comunitarios e institucionales, y el fortalecimiento de escenarios de diálogo que contribuyen a la mejora continua del modelo y a su sostenibilidad en el tiempo.

Acciones exitosas

Al cierre del periodo enero, febrero y marzo 2026, se identifican una serie de acciones exitosas que evidencian avances significativos en la implementación del Modelo de Salud Más Bienestar en tu Hogar, particularmente en el fortalecimiento de la gestión territorial, la articulación comunitaria y el posicionamiento institucional en las localidades de Tunjuelito, Ciudad Bolívar y Usme.

En primer lugar, se destaca como exitosa la articulación estratégica con actores comunitarios, especialmente con Juntas de Acción Comunal, líderes sociales y veedurías ciudadanas, la cual permitió superar barreras de acceso en territorios con dinámicas complejas. Casos como Nuevo Muzú (Tunjuelito), Acapulco y Potosí (Ciudad Bolívar) evidencian que el acompañamiento de estos actores facilitó el ingreso seguro al territorio, fortaleció la confianza comunitaria y permitió el desarrollo efectivo de tomas sectoriales, logrando el cumplimiento de metas y el reconocimiento del modelo por parte de la comunidad.

En segundo lugar, se resalta la implementación de estrategias diferenciales en territorios con dinámicas especiales, basadas en el análisis previo de contexto, según condiciones de seguridad y acceso por baja efectividad. Esta estrategia permitió mejorar la efectividad operativa de los equipos, garantizando intervenciones pertinentes, seguras y ajustadas a las realidades territoriales.

Otra acción exitosa corresponde a la realización de tomas sectoriales con acompañamiento comunitario e institucional, las cuales fueron precedidas por ejercicios de planeación,

validación técnica y articulación territorial. Estas jornadas permitieron actualizar diagnósticos, identificar necesidades en salud, fortalecer el relacionamiento con la comunidad y consolidar información clave para la toma de decisiones, contribuyendo a una intervención más eficiente y contextualizada.

Asimismo, se destaca la gestión para el acceso a conjuntos residenciales de propiedad horizontal, mediante la implementación de estrategias formales como la emisión de oficios institucionales y la articulación con administradores y líderes operativos. Este procedimiento permitió superar barreras administrativas, generar confianza en los actores responsables y facilitar el desarrollo de procesos de caracterización y atención integral de la comunidad en sus hogares.

De igual manera, el fortalecimiento del componente de prescripción social se consolida como una práctica exitosa, al promover la identificación de activos comunitarios, la articulación intersectorial y la comunicación efectiva de la oferta institucional de los territorios. Este proceso contribuyó al fortalecimiento del tejido social, la activación de redes de apoyo y la mejora en la respuesta a las necesidades de la población.

Por otra parte, la participación en escenarios de control social y la consolidación de veedurías ciudadanas permitieron fortalecer la transparencia, y el seguimiento comunitario a las acciones implementadas. La vinculación de veedores en el acompañamiento de las actividades territoriales favoreció la legitimidad institucional y el reconocimiento del equipo de avanzada en el territorio.

Finalmente, se resalta la participación en espacios intersectoriales e interlocales, como Asojuntas, consejos locales y mesas de articulación, los cuales permitieron posicionar el modelo, fortalecer la coordinación institucional y promover el intercambio de experiencias y buenas prácticas entre territorios.

A la luz de todas estas acciones, se destacó la efectividad debido a su enfoque participativo, territorial y comunitario, basado en la construcción de confianza, la corresponsabilidad comunitaria y la articulación intersectorial. Su implementación contribuyó de manera significativa al fortalecimiento de la gestión territorial, la mejora en la efectividad de las intervenciones y la consolidación del modelo en los territorios.

Estas experiencias representan buenas prácticas que pueden ser replicadas y potenciadas en periodos posteriores, en tanto ofrecen herramientas metodológicas y operativas para el

abordaje de territorios con dinámicas complejas, el fortalecimiento del trabajo comunitario y la garantía de intervenciones integrales en salud con enfoque territorial.

4.2. APROPIACIÓN TERRITORIAL

Con la delimitación de las áreas de Gestión que conforman la subred sur, al finalizar el mes de marzo se tiene un total de 204 áreas de Gestión, de estas áreas de Gestión hay 29 que se encuentran subdivididas en A y B para así tener un área de Gestión para los 233 Gestores de Más Bienestar. Para este proceso de delimitación además de conseguir un mínimo aproximado de 1600 a 1800 familias por área de Gestión se trató de respetar en mayor medida también los límites de los sectores catastrales para que las áreas de Gestión estuvieran ajustadas a estos.

Al finalizar el mes de Marzo se tuvo la apropiación de las 204 Áreas de Gestión de la siguiente manera: 66 áreas de Gestión en la localidad de Usme, 99 áreas de Gestión en la localidad de Ciudad Bolívar, 28 áreas de Gestión en la localidad de Tunjuelito para un total de 193 áreas de Gestión con apropiación para el área urbana, en los casos de la ruralidad cercana que son 4 áreas de Gestión, todos se encuentran con la debida apropiación territorial al igual que las 4 áreas de Gestión de la localidad de Sumapaz que también se encuentran apropiados. Para el desarrollo de las actividades en campo a los Gestores de Más Bienestar se le ha comparado por medio de un drive la cartografía correspondiente a sus áreas de gestión asignadas, esta cartografía contiene la información de la nomenclatura vial, placas domiciliarias, códigos de predio y el reporte de los predios efectivos de la vigencia.

En cuanto a la apropiación de los demás perfiles es decir Enfermería, Medicina, Psicología, Terapeutas, Nutricionistas, Ambientales, Auxiliares de cuidado y psicólogos clínicos y demás perfiles que deben tener una apropiación territorial se hizo la respectiva generación de áreas de gestión según la cantidad de talento humano a contratar por perfil, para esto se cuenta con un drive con dichas áreas en donde el grupo de líderes operativos hace la correspondiente asignación y actualización del talento humano para cada uno de los perfiles referidos anteriormente.

Para el presente mes en el caso de los Gestores de más bienestar que se encuentran más cercanos a las áreas de gestión en donde no se encuentran con la respectiva asignación de talento humano, se les ha asignado dichas áreas de manera provisional para que puedan dar respuesta a los diferentes casos de ruteo que puedan llegar con la necesidad de una respuesta inmediata.

En el caso de los Gestores en línea, estos en un inicio contaban con una apropiación territorial en la cual cada uno tenía un aproximado de 2 a 3 áreas de gestión en el área urbana, sin embargo, durante el mes de marzo hubo un proceso de reasignación para este

perfil, en el cual iban a estar organizados en 3 categorías, es decir los gestores en línea se dividieron para desarrollar 3 acciones que son; Gestión del ruteo, Seguimientos y Agenciamiento, esta distribución se hizo teniendo en cuenta en la asignación de las áreas de gestión de los líderes operativos, según la cantidad de Gestores en línea a su cargo se hacía la distribución en sus respectivas áreas de gestión y según su asignación en las 3 categorías referidas anteriormente.

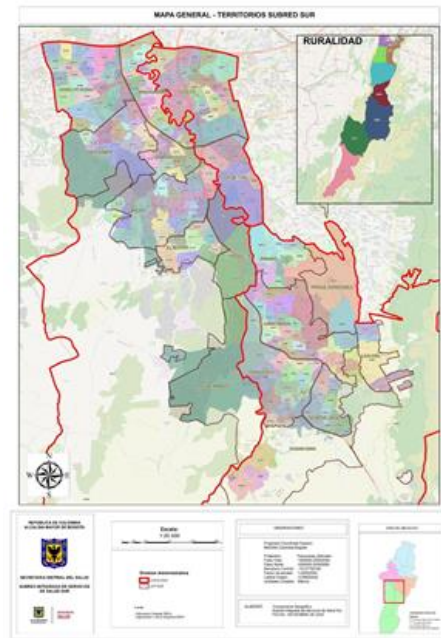
Durante el desarrollo de las actividades en campo se han identificado algunas dificultades para el abordaje territorial enfocadas principalmente en cuestiones de inseguridad lo que ha dificultado un abordaje normal en el territorio, entre estas zonas inseguras se han reportado en zonas como la Valvanera en Ciudad Bolívar y del Nuevo Portal II en la localidad de Usme, en cuestiones de efectividad ha sido complejo en las áreas que tienen bastante comercio, y una estratificación social más alta, varias zonas de la Upz Venecia en la localidad de Tunjuelito, Upz de Arborizadora y San Francisco en la localidad de Ciudad Bolívar y la Upz Gran Yomasa en la localidad de Usme son aquellas donde los gestores de más bienestar han manifestado estas condiciones. También se han identificado dinámicas poblacionales en el territorio tales como que la localidad de Tunjuelito presenta gran cantidad de población adulto mayor, personas con condiciones crónicas, mientras que las localidades de Ciudad Bolívar y Usme es donde se han concentrado la mayor parte las Gestantes y niños menores de 5 años.

En cuanto a las condiciones del territorio las posibilidades de acceso al territorio se ha identificado diferentes medios de transporte como el SITP, rutas alimentadoras, el Trasmicable de Ciudad Bolívar, y medios de transporte informales como vehículos particulares que ofrecen el transporte a la comunidad a zonas donde hay pocas rutas, en algunas zonas del límite urbano se han identificado los asentamientos informales para los cuales no hay vías pavimentados y el acceso a los servicios públicos se adquiere de forma ilegal.

A continuación, se relaciona la cartografía correspondiente a la distribución de las 204 áreas de gestión para los Gestores de Más Bienestar.

Comentado [2]: Verificar redacción

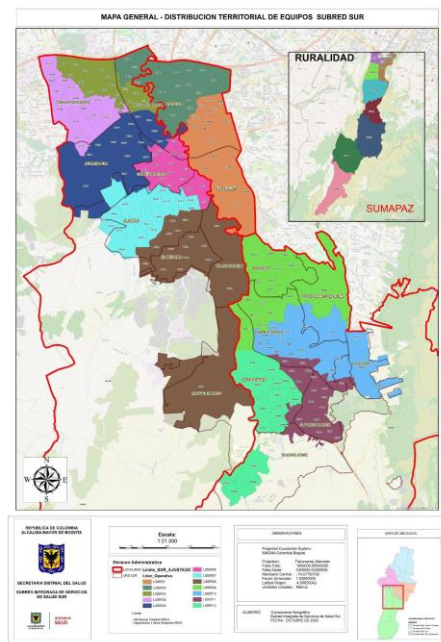
Comentado [3R2]: Resuelto



Fuente: Base de Datos Geográfica Subred Sur GDB dataset Planeación - Límite Territorial
21-03-2026

En el mapa anterior se observa que todo el territorio de la Subred Sur se encuentra organizado en el área de gestión, es decir que en todo el territorio se están desarrollando acciones por todos los perfiles que conforman los equipos de más bienestar, tanto en el área urbana como rural de la subred sur.

Mapa 02. Distribución Líderes Operativos en Áreas de Gestión Subred Sur



Fuente: Base de Datos Geográfica Subred Sur GDB dataset Planeación - Límite Territorial
21-03-2026

En el caso de los líderes operativos, también tienen una organización territorial en el cual cada uno tiene una aproximado de 16 áreas de gestión, esta asignación territorial se observa en el Mapa 02, donde se ve cuales son su organización y asignación dentro de la subred, así mismo los diferentes profesionales en mayor medida a su cargo corresponden a aquellos que se encuentran apropiados a sus respectivas áreas.

4.2.1 Jornadas Intensificadas de Apropiación y Actualización Territorial Equipos MAS Bienestar en tu Hogar (cuando aplique)

Para el mes de Diciembre de 2025, se inició la preparación para las jornadas intensificadas de Apropiación que se llevaron a cabo en el mes de enero de 2026, desde el componente Geográfico se entregó al gestor de cada área de Gestión la cartografía correspondiente a la delimitación territorial, en la que contiene la información de la localidad, los sectores catastrales que lo conforman, la malla vial, la delimitación a nivel de manzana y predio, la nomenclatura de las viviendas y los equipamientos colectivos que conforman la respectiva área de gestión.



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

Adicionalmente a los gestores se les entregó un Excel que fue compartido desde el componente Geográfico de Secretaría en donde está la clasificación de todas las áreas de Gestión, que contiene toda la información que fue representada gráficamente en la cartografía como sectores catastrales que los componen, número de manzanas y predios, predios residenciales, predios con los diferentes usos del suelo presentes en las áreas de gestión junto con la información demográfica que contiene la cantidad de Hogares, población clasificada por género y el total de población, se dio la claridad que por todas las áreas de gestión se debe desarrollar esta jornada intensificada de apropiación, en aquellas áreas que a la fecha no se contaba con Gestor presencial se designó al Gestor en línea para que realizara la jornada.

Comentado [4]: Verificar uso de plural y singular

Comentado [5R4]: Resuelto

Para la actividad de apropiación el componente geográfico realizó el respectivo acompañamiento en el territorio, priorizando aquellas áreas de gestión donde se designó un gestor en línea para la apropiación debido a que no se tenían contratado el Talento humano correspondiente, los acompañamientos se realizaron también a los gestores de más bienestar que habían ingresado recientemente y presentaban aún dificultades en el reconocimiento de sus áreas de gestión, para lo cual los recorridos se enfocan principalmente en reconocer los límites de las áreas de gestión a partir de las vías principales o puntos de referencia.

Para el reporte final se hizo identificando la información reportada por los link generados por SDS, donde estaba la información del reconocimiento realizado en el territorio, lo plasmado por los gestores de más bienestar dentro de la cartografía y a partir de esta información se generó un mapa por cada una de las localidades, en estos mapas se plasmaron aspectos tales como: Zonas inseguras, zonas con problemáticas ambientales, zonas industriales, zonas comerciales, zonas de conjuntos residenciales, instituciones educativas y zonas verdes. Toda esta información fue entregada como parte del informe de la respectiva apropiación de la subred y plasmada en capas Geográficas dentro de una GDB.

4.3. GESTORES MAS BIENESTAR

4.3.1 Gestores de Bienestar en línea

PLANEACIÓN DEL ABORDAJE

El abordaje hasta el mes de Marzo se ha realizado bajo las acciones del ruteo donde se han hecho con la revisión diaria de las diferentes bases de información para el correspondiente abordaje de los gestores y los profesionales en sus diferentes áreas de Gestión, esta revisión se incluyen las bases de derivaciones en las cuales se revisa el área de Gestión y la correspondiente apropiación territorial de los gestores y profesionales, la base maestra de ángeles con su respectivo proceso de georreferenciación a cada caso, las bases de cohortes las cuales incluyen Salud Mental, Salud Bucal, Infancia, Gestantes, Discapacidad y Crónicos, a las cuales se hace la respectiva georreferenciación y se coloca



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

el profesional apropiado según la necesidad, también se realizó la correspondiente revisión de las bases de etnias, la asignación de predios en las bases de grupos familiares.

Para el mes de marzo los Gestores de más bienestar se empezaron a organizar bajo 3 estrategias principales que son: Gestión del ruteo, Seguimientos y Agendamiento, esta distribución se hizo teniendo en cuenta en la asignación de las áreas de gestión de los líderes operativos, según la cantidad de Gestores en línea a su cargo se hacía la distribución en sus respectivas áreas de gestión y según su asignación en las 3 categorías referidas anteriormente teniendo en cuenta la distribución geográfica de los diferentes casos asignados en el ruteo a la subred sur, para así poder determinar las áreas donde hay mayor concentración de casos tener más talento humano disponible para dar respuesta oportuna.

GESTIÓN DE LA ESTRATEGIA DE RUTEO

Tabla 2. Casos Gestionados. Estrategia Ruteo

Grupo Riesgo	Número de casos asignados desde SDS (Gestor en línea)	Total de Casos gestionados (Gestor en línea)	Número de casos asignados desde SDS (Gestor de bienestar)	Total de Casos gestionados (Gestor de bienestar)	Número de casos asignados desde SDS (Profesionales)	Total de Casos gestionados (Profesionales)	Total de casos asignados desde SDS	Total de Casos gestionados	Porcentaje de avance en la gestión (Total gestionados / Total asignados*100)
Materno	627	392	3968	2116	0	0	4595	2508	54%
Infancia	2967	962	2325	773	0	0	5297	1735	33%
Salud mental	1553	276	41	3	330	120	1924	399	21%
Cáncer	573	237	0	0	0	0	573	237	41%
Discapacidad	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
Crónicos	480	134	1685	571	0	0	419	2165	69%
Población general	5456	713	182796	17258	0	0	188252	17971	10%
TOTAL	11083	2714	188490	20721	335	120	202806	23555	12%

Fuente: Modulo ruteo aplicativo GTAPS

*Los casos gestionados, hacen referencia a aquellos con los que se logra el estado de Contactado.

*Información acumulada desde el 1 de octubre de 2025 a la fecha de corte del informe.

En el marco de la implementación de la estrategia de abordaje mediante ruteo, durante el período comprendido entre enero y marzo de 2026, se evidencian avances en la gestión de

los casos correspondientes a la cohorte de riesgo materno, priorizada por su riesgo y por los criterios definidos dentro de la estrategia de intervención.

Como parte del proceso de alistamiento, se implementaron acciones de fortalecimiento dirigidas a los gestores en línea, gestores de bienestar y profesionales de enfermería, orientadas a optimizar el abordaje y la gestión integral de los casos asignados en esta cohorte de riesgo. Estas acciones no solo buscaron estandarizar la intervención, sino también mejorar la oportunidad, calidad y resolutivez del seguimiento realizado por cada perfil.

En este marco, se destacó la socialización de criterios de priorización y del orden de abordaje poblacional, lo que permitió enfocar los esfuerzos en los casos de mayor riesgo y vulnerabilidad, favoreciendo una asignación más eficiente de los recursos disponibles. Asimismo, se reforzaron lineamientos relacionados con la atención integral a la gestante y el abordaje específico de gestantes de alto riesgo, promoviendo una identificación más oportuna de factores de alarma y una toma de decisiones más efectiva frente a cada caso.

Como resultado, se evidenció una mayor claridad en los roles y responsabilidades de los equipos, así como un fortalecimiento en la capacidad de análisis y respuesta frente a situaciones complejas.

A partir de la carga y consolidación de la información en el módulo de ruteo del aplicativo GTAPS, los gestores en línea y gestores de bienestar dispusieron de una base de casos organizada según apropiación territorial, lo que permitió la planificación del contacto telefónico inicial y la ejecución oportuna de acciones de gestión, seguimiento y orientación.

Durante el periodo de enero a marzo de 2026, para la cohorte materna, se registró un total de 4.595 casos asignados en el módulo de ruteo, de los cuales 2.508 casos fueron gestionados, alcanzando el estado "Contactado", lo que representa un avance del 54 % en la gestión efectiva.

La distribución de la gestión evidencia que: 627 casos fueron asignados a Gestor en Línea, logrando la gestión de 392 casos; y 3.968 casos fueron asignados a Gestor de Bienestar, de los cuales 2.116 casos fueron gestionados, concentrando el mayor volumen de intervención. No se registraron casos asignados a profesionales para esta cohorte durante el periodo analizado.

Del total de casos asignados, el 46 % aproximadamente se encuentra pendiente por establecer contacto, situación asociada principalmente a dificultades en el contacto telefónico (líneas no contestadas, números errados o fuera de servicio), casos en espera de nuevos intentos según priorización, y registros inoportunos en el aplicativo por parte del colaborador asignado.

Con el fin de fortalecer la gestión integral de los casos, se han implementado estrategias orientadas a optimizar el proceso de abordaje, entre ellas: reiteración del contacto telefónico



en diferentes franjas horarias, priorización de casos según nivel de riesgo y tiempo sin contacto, y validación continua de datos en las diferentes plataformas de información.

Asimismo, se ha fortalecido la articulación con líderes operativos, gestores de bienestar y gestores en línea, especialmente en casos de mayor complejidad. De manera complementaria, se realiza seguimiento semanal mediante reportes a líderes operativos, incluyendo análisis de casos pendientes por colaborador, lo cual permite efectuar seguimiento individualizado en espacios de precrítica.

En estos espacios se identifican dificultades, se resuelven inquietudes y se establecen acciones de mejora. Como resultado, se han desarrollado procesos de reinducción dirigidos a los gestores con menor avance en la gestión, con el objetivo de fortalecer competencias y mejorar los resultados operativos.

En relación con la cohorte de infancia, 5297 casos asignados, se obtiene una gestión del 33% (n=1735) de manera global. Así mismo, siguiendo la asignación por los perfiles para la gestión, encontramos que para el perfil gestor en línea se asignaron (n= 2967), con una gestión del 32.4%, realizando un avance en la gestión efectiva de los casos de acuerdo a él orden de abordaje por el grupo poblacional priorizado.

En cuanto al gestor de Bienestar; para los casos asignados (n=2325), encontramos una gestión del 33.2 % de casos con estado de contactado, en consecuencia, se identifica un pendiente de gestión de los casos, siendo una brecha significativa en la ejecución de la estrategia ruteo, de acuerdo a él orden de abordaje para esta cohorte priorizada. Evidenciando así, que la gestión realizada por este perfil y para esta cohorte, se queda en los estados transitorios que no realizan una gestión, números telefónicos errados, no validados y/o en la gestión de casos derivados por otras cohortes asignadas al colaborador.

Continuando con la cohorte de Salud mental, 1924 casos asignados, se obtiene una gestión global del 21%. Así mismo, siguiendo la asignación por los perfiles que realizan el primer contacto, encontramos que el gestor en línea (n= 1553) realizó la gestión de un estado contactado en un 17.7% correspondientes a 276 casos. Así mismo siguiendo la asignación por los perfiles para la gestión, el perfil de gestor de bienestar cuenta con una asignación de 41 casos, alcanzando una gestión de contactado del 7%. Para el perfil profesional encontramos una asignación de 330 casos asignados con una gestión de estado contactado del 39%.

De acuerdo a lo anterior, para esta cohorte se identifica que la gestión de los casos, presenta un número significativo de estados fallidos, asociados principalmente a usuarios que residen en otra subred, están fuera de la ciudad, rechazan la atención, así como dificultades en la gestión de contacto telefónico (números telefónicos errados) lo que puede limitar la gestión de contacto y la continuidad del proceso de atención para esta cohorte de riesgo.



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

Dentro de la cohorte de cáncer del total de casos asignados 573 para el perfil del gestor en línea 282 casos para una gestión del 49%. Como resultado de esta gestión, 77 ingresaron a plan de bienestar para la identificación de necesidades y activación de acciones de cuidado integral.

Continuando con la cohorte de CCVM del total de casos asignados 2165, se obtiene una gestión global del 33%, siguiendo la asignación por los perfiles que realizan el primer contacto, encontramos que el gestor en línea (n= 480) realizó la gestión de un estado contactado en un 27.9% correspondientes a 134 casos. Así mismo siguiendo la asignación por los perfiles para la gestión, el perfil de gestor de bienestar cuenta con una asignación de 1685 casos, alcanzando una gestión de contactado del 33.8%. adicionalmente no se encontraron asignaciones a otros perfiles.

De acuerdo a lo anterior, para esta cohorte se identifica que la gestión de los casos, presenta un número significativo de estados fallidos, asociados principalmente a usuarios que rechazan la atención por motivos de no deseo el servicio, por asistencia a controles médicos, motivos laborales, así como dificultades en la gestión de contacto telefónico (números telefónicos errados) lo que puede limitar la gestión de contacto y la continuidad del proceso de atención para esta cohorte de riesgo y que requiere una mejora en los procesos de abordaje.

El avance de la gestión de los casos asignados mediante la estrategia ruteo; en relación con la cantidad asignada de talento humano operativo que se dispuso para el primer contacto telefónico durante el periodo de tiempo acumulado, evidencia que las acciones establecidas para el estado de contacto telefónico no están limitadas exclusivamente a la gestión telefónica inicial del módulo ruteo..

Adicionalmente, el talento humano debió asumir actividades asociadas a la apropiación territorial, validación y asignación de área de gestión del riesgo, procesos de inducción específica, redistribución de casos asignados al talento humano que quedó en estado retirado o inactivo durante el periodo acumulado, llevó a la disminución del avance de la gestión en el cual también se incluyen aspectos como la calidad de la data suministrada en que la gestión telefónica requerida, reintentos de contacto; además del abordaje presencial para la caracterización y posible derivación al plan de bienestar de acuerdo a la cohorte e identificación del riesgo identificado, la carga administrativa para la gestión de los casos de acuerdo a esto la productividad se manejó de acuerdo a la complejidad de las cohortes priorizadas y las barreras propias del despliegue territorial. Frente a las brechas identificadas se implementaron estrategias de mejora orientadas al desempeño operativo centrado en las precriticas implementadas por los líderes operativos, el seguimiento por parte de los profesionales de cohorte, la priorización de los casos de mayor riesgo, además de la reiteración de los contactos telefónicos en diferentes horarios para la trazabilidad de la gestión de ruteo telefónico.

Comentado [6]: Por favor, no tomar el dato correspondiente a población general. Únicamente deben contabilizarse los casos activos que corresponden a los usuarios efectivamente gestionados.

Comentado [7R6]: resuelto

Comentado [8]: ¿Cuál es el análisis frente al bajo avance en la gestión de los casos en relación con el talento humano contratado para esta actividad?, ¿qué ocurrió con el rendimiento esperado?, ¿cuáles fueron las estrategias implementadas y qué impacto tuvieron?

Comentado [9R8]: resuelto



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

Tabla 3. Gestión ruteo- casos contactados

ESTADO DE LA GESTIÓN PARA LOS CASOS CONTACTADOS					
Estado de Gestión	Gestor en Línea	Gestor de Bienestar	Profesionales	Total	Porcentaje de avance por estado (Total del estado de gestión/Total gestionados)
Acepta Atención	1213	6932	113	8258	34%
Fallecido	12	53	1	66	0.2%
No Requiere Visita Gestión Efectiva	624	5582	0	6206	25%
Fuera De La Ciudad	234	361	16	611	2%
Rechazado	815	634	53	1502	6%
Actualizar Dirección Misma Subred	491	1292	4	1787	7%
Otra Subred	632	415	5	1052	4%
Cambio De Prioridad	232	67	0	299	1%
No Cumple Criterio	99	104	2	205	1%
Información Errada	749	3758	34	4541	18%
Total Gestionados	5101	19198	228	24527	100%

Fuente: Modulo ruteo aplicativo GTAPS

*Información acumulada desde el 1 de octubre de 2025 a la fecha de corte del informe.

En comparación con los periodos de reporte en los trimestres anteriores, se observa un incremento significativo entre los estados de contacto efectivo dentro del avance operativo de la estrategia ruteo. La información consolidada corresponde al acumulado registrado en el módulo de ruteo del aplicativo GTAPS desde el 1 de octubre de 2025 hasta la fecha de corte del presente informe. Para este periodo, se reporta un total de 24.527 casos gestionados con contacto efectivo, lo que permite analizar el comportamiento de la estrategia en función de los estados de gestión alcanzados.

El estado con mayor representatividad es "Acepta atención", con 8.258 casos (34 %), lo que evidencia una adecuada receptividad por parte de la población frente a la estrategia implementada y refleja la efectividad del contacto telefónico como puerta de entrada para la vinculación a los servicios de salud.

En segundo lugar, se encuentra el estado "No requiere visita" con 6.206 casos (25 %), lo cual indica que una proporción significativa de los casos logró resolverse mediante orientación telefónica en la cual los usuarios manifestaron una estabilidad clínica ,

Comentado [10]: Si bien los reportes presentados corresponden a información acumulada del periodo comprendido entre octubre de 2025 y marzo de 2026, es importante analizar el comportamiento de la gestión de casos comparando el último trimestre frente al trimestre anterior, con el fin de identificar el avance operativo, la efectividad de las acciones implementadas y las variaciones en el rendimiento de la estrategia.

En este sentido, se requiere precisar cual ha sido el avance en la gestión de casos durante el último trimestre, en comparación con el periodo inmediatamente anterior, así como el análisis de los factores que incidieron en dicho comportamiento, incluyendo aspectos relacionados con el talento humano, la depuración de bases de datos, la priorización de casos, entre otros

Comentado [11R10]: resuelto

adherencia a los controles, seguimientos recientes del equipo territorial, sin necesidad identificada de visita domiciliaria, permitiendo priorizar los casos con mayor nivel de riesgo o necesidad de intervención en territorio y así optimizando la capacidad operativa del equipo, priorizando la atención presencial en situaciones que realmente lo requieren.

Se identifica como un aspecto crítico el estado “Información errada”, con 4.541 casos (18 %), continuó representando una de las principales barreras para la gestión efectiva. Este resultado resalta la necesidad de fortalecer los procesos de validación, calidad y actualización de la información desde su origen, con el fin de mejorar la contactabilidad de los usuarios.

Situación asociada principalmente a inconsistencias en números telefónicos, direcciones incompletas o inexistentes, usuarios no conocidos en la línea telefónica que no corresponden al usuario índice. Este comportamiento evidencia la necesidad de continuar fortaleciendo los procesos de depuración, validación y actualización de las bases de datos remitidas para la gestión además de la necesidad de validar esta información con la verificación adicional en el territorio, aunque representan una mayor inversión operativa por lo cual en algunos casos se intentó priorizar los casos con mayor posibilidad de gestión efectiva.

Por su parte, el estado “Actualizar dirección” concentra 1.787 casos (7 %), evidenciando dificultades en la localización efectiva de las usuarias. Asimismo, el estado “Rechazado” registra 1.502 casos (6 %), asociado principalmente a la decisión de las usuarias de no continuar con el acompañamiento o a la percepción de no requerir el servicio.

Otros estados relevantes incluyen “Otra subred” con 1.052 casos (4 %), que implican procesos de reasignación institucional, y “Fuera de la ciudad” con 611 casos (2 %), donde no es posible continuar la gestión por cambio de residencia. En menor proporción se encuentran “Cambio de prioridad” (299 casos, 1 %), “No cumple criterio” (205 casos, 1 %) y “Fallecido” (66 casos, 0,2 %), correspondientes al no abordaje según línea técnica y situaciones particulares identificadas durante el proceso.

A partir de estos resultados, se hace necesario relacionar que dentro de estos periodos de tiempo hubo un aumento en los casos asignados para la cohortes priorizadas de riesgo, aumentando la carga operativa y el comportamiento global de la gestión.

En este contexto, el avance observado no solo refleja el fortalecimiento progresivo de la estrategia ruteo y seguimiento, en donde hay una necesidad de responder a un mayor volumen de casos asignados durante el periodo evaluado, incluyendo los procesos de priorización, validación, redistribución y seguimiento de los registros que tienen o responden un cambio en la gestión del ruteo.

Así mismo se identificaron líneas de acción orientadas al fortalecimiento del proceso de gestión, entre ellas: mejora en la calidad y consistencia de los datos de entrada, intensificación de estrategias de contacto efectivo, seguimiento a los casos clasificados como rechazados para identificar causas y oportunidades de intervención, y articulación



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

interinstitucional para la adecuada reasignación y continuidad de los casos según la subred correspondiente.

Tabla 4. Seguimiento remoto

Grupo de Riesgo	Número de usuarios vinculados a seguimiento remoto (aceptan seguimiento remoto)	Número de usuarios con seguimiento remoto (contados a partir del segundo contacto telefónico por el gestor en línea)	Total
Materno	216	4	220
Infancia	181	3	184
Salud mental	19	1	20
Cáncer	8	0	0
Discapacidad	0	0	0
Crónicos	134	0	134
Población general	3834	0	0
TOTAL	4392	9	566

Fuente: Módulo ruteo aplicativo GTAPS

*Información acumulada desde el 1 de octubre de 2025 a la fecha de corte del informe.

Comentado [12]: Los datos reportados no coinciden con la información consolidada desde el nivel central; por favor, realizar la revisión y validación correspondiente

Comentado [13R12]: resuelto

Para el período de reporte, en el grupo de riesgo materno se registran 216 usuarias que aceptaron la vinculación al seguimiento remoto durante el primer contacto telefónico, en el acumulado comprendido entre octubre de 2025 a la fecha de corte del presente informe. Este resultado evidencia una adecuada aceptación de la estrategia por parte de la población intervenida, así como una efectiva preclasificación dentro de la cohorte materno perinatal, manteniéndose activas en el seguimiento.

En relación con la distribución de las usuarias aceptantes durante el período comprendido entre octubre y diciembre de 2025, se registraron 3 usuarias clasificadas como riesgo alto, 2 como riesgo medio y 11 como riesgo bajo para seguimiento remoto. De acuerdo con esta clasificación, las tres usuarias catalogadas como riesgo alto requerían seguimiento durante el mes de febrero. Al momento de realizar el contacto, se evidenció que dos de ellas ya habían presentado el evento obstétrico, por lo que se efectuó valoración orientada a identificar posibles riesgos o necesidades de atención tanto para la madre como para el menor. Durante el seguimiento no se identificaron riesgos latentes, evidenciándose adherencia a los controles y atenciones requeridas. En ambos casos se dio continuidad al seguimiento remoto, considerando que las usuarias manifestaron no aceptar el seguimiento presencial.

Durante el periodo de reporte 181 usuarios fueron vinculados para los seguimientos remotos en la cohorte de infancia, correspondientes a menores de 5 años, como parte de la estrategia de ruteo y continuidad del cuidado. Estos seguimientos se realizaron principalmente en casos priorizados por condiciones nutricionales, falta de adherencia a las rutas de atención y situaciones en las que no fue posible el abordaje presencial inmediato debido a la poca disponibilidad para atender a los profesionales dentro del territorio incluyendo los días de descanso.

Del total de seguimiento remotos, casos para la cohorte de infancia 3 casos aceptaron el segundo seguimiento remoto en donde se observan avances en la continuidad de la atención y el acceso a los servicios de salud, mediante la verificación de esquemas de vacunación, atención a valoración por medicina general, odontología y pediatría, además de la identificación de casos que justifican la continuidad del seguimiento frente a la continuidad del estado nutricional por el antecedente de bajo peso, dejando la continuidad de espera para los controles requeridos y recomendaciones terapéuticas que se genera en el seguimiento remoto

Para la disminución del riesgo se realiza la indagación a la familia de los menores en cuanto a los signos y síntomas que puedan presentar en el momento y la orientación frente a el favorecimiento de los hábitos de vida saludable y alimentación adecuada, controles médicos, vacunación, prevención de infecciones respiratorias y el reconocimiento de los signos y síntomas de alarma, para la contribución de condiciones favorables para el crecimiento y desarrollo integral.

Para la cohorte de salud mental tenemos un caso para segundo seguimiento en el cual se requiere seguimiento para controles por su eps en donde brindaba claridades de la atención y la continuidad en tratamiento por psicología.

Así mismo, para el periodo de reporte 8 usuarios aceptaron el seguimiento remoto para la cohorte de cáncer, los cuales se llevaron a cabo mediante contacto telefónico debido, en su mayoría, al rechazo de la visita presencial por parte de los usuarios, quienes aceptaron continuar el acompañamiento de forma remota.

En los seguimientos realizados se logró verificar el estado de salud, confirmar adherencia a tratamientos médicos y farmacológicos, validar la asistencia a controles y tamizajes (mamografía, citología, ecografías y exámenes diagnósticos). En varios casos, los usuarios manifestaron encontrarse en seguimiento activo por su EAPB o en remisión de su diagnóstico, motivo por el cual no se identificó necesidad de visita domiciliaria. En otros casos, se brindó educación en salud, orientación sobre signos de alarma y recomendaciones de autocuidado, aceptadas por los usuarios y sus familias.

En la cohorte de condiciones crónicas 134 usuarios aceptaron seguimientos remotos, principalmente por rechazo de la visita presencial o por falta de disponibilidad de los usuarios para permanecer en casa y recibir a los profesionales dentro del área de gestión del riesgo. Esto permite priorizar el acompañamiento según necesidad, y que dentro de los



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

contactos telefónicos se logró: educación en signos de alarma, recomendaciones de autocuidado y hábitos saludables, verificación de adherencia a controles y tratamiento.

En varios casos, se identificó que el usuario no presentaba patología crónica confirmada o ya estaba siendo atendido por su EPS, por lo que se realizaron ajustes de prioridad y se orientó la continuidad del seguimiento según fichas técnicas. En los casos de mayor riesgo se reforzó la importancia del control médico oportuno, vacunación (influenza/neumococo según condición) y consulta inmediata ante signos de alarma.

Finalmente, 3834 personas aceptaron seguimiento remoto dentro de la cohorte de Población Distrito Capital, como estrategia para garantizar la continuidad del acompañamiento en salud. De acuerdo con la clasificación realizada, los casos corresponden a CCVM (39), cáncer (1), discapacidad (5), infancia (22), salud mental (4) y Según el nivel de riesgo identificado, se clasificaron 24 casos en riesgo alto, 24 en riesgo medio y 3940 en riesgo bajo, lo que permitió orientar las acciones de seguimiento conforme a la priorización establecida.

Cabe destacar que para esta cohorte y debido a el enfoque de los equipos Más Bienestar en Tu Hogar, orientado al abordaje de población con riesgos identificados, y considerando la implementación del abordaje para los usuarios provenientes del modelo predictivo, desde nivel central decide realizar la inactivación de los usuarios

Dentro de la cantidad de usuarios que se programaron por seguimiento telefónico, se identifican barreras en el registro de la gestión realizada en el aplicativo GTAPS, aunque se refleja la fecha de abordaje para el seguimiento telefónico, no necesariamente traduce en la cantidad de casos para un nuevo registro en el estado de gestión y el seguimiento a los usuarios, limitando la capacidad operativa de los perfiles en cuanto a la priorización de los casos, por la contactabilidad que se requiere para las cohortes priorizadas, una mejor clasificación y mejoramiento en la calidad del registro dentro del mismo aplicativo por parte del perfil correspondiente

Tabla 5. Gestión ruteo – Continuidad del Cuidado en el abordaje presencial (Corresponde a los casos cargados desde la SDS).

ESTADO FINAL DEL CASO							
Grupo de riesgo	# Casos que aceptan atención o visita en campo	Efectivo (si es el usuario o índice)	Fallido	No residencial	Rechaza do	Total	Porcentaje de Efectividad (# casos aceptan atención + visita en campo / # casos con intervención efectiva)
Materno	2034	584	978	0	120	3716	28%
Infancia	1034	52	463	0	27	1576	5%
Salud mental	288	5	151	0	11	455	2%

Comentado [14]: Una vez revisada la información, si bien es importante identificar los usuarios vinculados a seguimiento remoto, resulta aún más relevante establecer cuántos de ellos, de acuerdo con la priorización definida, recibieron efectivamente el segundo seguimiento telefónico programado y cuál fue el resultado de dicho seguimiento en términos de disminución del riesgo, adherencia, acceso a servicios y continuidad de la atención.

Así mismo, se requiere analizar por qué no se evidencia el seguimiento correspondiente en aquellos usuarios a quienes, según la frecuencia establecida y el nivel de riesgo, les correspondía contar con un segundo contacto o seguimiento telefónico, con el fin de identificar posibles barreras operativas, dificultades de contactabilidad o inconsistencias en el registro de la gestión realizada.

Comentado [15R14]: resuelto



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

Cáncer	84	6	30	0	2	116	7%
Discapacida d	0	0	0	0	0	0	0%
Crónicos	1247	28	141	0	29	1942	51%
Población general	2477	366	1250	0	69	4162	15%
TOTAL	6216	1041	3013	0	258	10528	16%

Fuente: Modulo ruteo aplicativo GTAPS

*Información acumulada desde el 1 de octubre de 2025 a la fecha de corte del informe.

En la cohorte materna, se registran 2.034 casos que aceptaron la atención en territorio. De estos, 584 corresponden a gestiones efectivas (usuario índice), mientras que 978 se clasifican como fallidos y 120 como rechazados, para un total de 3.716 registros asociados a la gestión. Esta cohorte mantiene la mayor efectividad, con un 28%, lo que evidencia una mejor respuesta a las intervenciones en campo frente a otros grupos.

Para la cohorte de infancia, se identifican 1.034 casos que aceptaron la atención, de los cuales 52 alcanzan una gestión efectiva, 463 se reportan como fallidos y 27 como rechazados, con un total de 1.576 registros. La efectividad se sitúa en 5%, reflejando limitaciones en la conversión de atenciones aceptadas en resultados efectivos.

En salud mental, se reportan 288 casos con aceptación de atención, de los cuales solo 5 logran una gestión efectiva, mientras que 151 se clasifican como fallidos y 11 como rechazados, para un total de 455 registros. La efectividad es del 2%, posicionándose como la más baja entre las cohortes, lo que sugiere barreras importantes en la atención domiciliaria.

En la cohorte de cáncer, se registran 84 casos que aceptaron la atención; 6 de ellos con gestión efectiva, 30 fallidos y 2 rechazados, para un total de 116 registros. La efectividad alcanza el 7%, manteniéndose en un nivel bajo, aunque superior al de salud mental e infancia.

Respecto a las condiciones crónicas, se identifican 1247 casos con aceptación, de los cuales 28 corresponden a gestiones efectivas, 141 a fallidos y 29 a rechazados, con un total de 497 registros. La efectividad en esta cohorte es del 51%, evidenciando un desempeño intermedio.

En la población general, se concentran 2.477 casos que aceptaron la atención, con 366 gestiones efectivas, 1.250 casos fallidos y 69 rechazados, para un total de 4.162 registros. Este grupo presenta una efectividad del 15%, ubicándose como el segundo con mejor desempeño.

De manera global, se consolidan 6.216 casos que aceptaron la atención en territorio, con 1.041 gestiones efectivas, 3.013 casos fallidos y 258 rechazados, para un total de 10.528



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

registros. La efectividad general asciende al 16%, mostrando una mejora frente a cortes previos.

En términos generales, si bien se evidencia un aumento en la efectividad global, persiste una alta proporción de casos fallidos en todas las cohortes, lo que continúa asociado principalmente a la no localización de los usuarios, dificultades de acceso a los predios y posibles inconsistencias en la información registrada. Asimismo, los casos rechazados reflejan decisiones de los usuarios o sus familias de no recibir la atención, lo que pone de manifiesto la necesidad de fortalecer estrategias de sensibilización.

En este contexto, resulta clave optimizar la calidad de la información (especialmente direcciones y datos de contacto), mejorar la planeación del ruteo y reforzar las acciones de comunicación con la comunidad, con el fin de incrementar la adherencia y lograr una mayor efectividad en la atención domiciliaria.

Dentro de los trimestres evaluados a partir del aumento de la cantidad de casos asignados y la gestión priorizada en las diferentes cohortes, se observa una modificación de los mismos indicadores. A partir de esto, se realiza un fortalecimiento para la gestión de los estados finales de gestión, especialmente para los casos fallidos, rechazados e información inconsistente, permitiendo la clasificación más ajustada de las atenciones realizadas en territorio, en la que la efectividad puede estar afectada para algunas cohortes, dado que previamente parte de estos casos permanecían en estados transitorios o sin cierre definido.

Para el establecimiento en las acciones de mejora, observamos que los casos fallidos indican que por las dinámicas del abordaje territorial, como la ausencia del caso índice, las dificultades presentadas por acceso a conjuntos residenciales, direcciones desactualizadas, las bajas aceptaciones de atención domiciliaria, se continuó con el refuerzo para la validación de datos previas antes del abordaje presencial, mejorar la priorización de casos de acuerdo a la cohorte y el riesgo, la redistribución de casos para la mejora en la cobertura territorial.

El impacto de estas acciones se refleja en una mayor consolidación de registros con gestión final definida, para la trazabilidad de los resultados obtenidos en territorio.

ACCESO

Durante el trimestre enero-marzo se evidencia la consolidación del modelo de atención extramural, manteniendo una alta capacidad resolutive en el primer nivel y una adecuada articulación entre los procesos operativos y asistenciales. La gestión continuó centrada en el ruteo, el agendamiento individual y colectivo, así como en la atención domiciliaria, principalmente desde el perfil de medicina general para atenciones individuales, lo que permitió dar respuesta oportuna a condiciones agudas y garantizar el seguimiento integral de enfermedades crónicas no transmisibles. La participación del perfil de enfermería, aunque en menor proporción, contribuyó al fortalecimiento del seguimiento clínico, la educación en salud y la promoción del autocuidado, manteniendo el enfoque

Comentado [16]:Cuál es el análisis frente al porcentaje de efectividad alcanzado?, qué diferencias se evidencian entre un trimestre y otro?, cuáles fueron las acciones de mejora implementadas y cuál fue el impacto generado a partir de dichas acciones?

Comentado [17R16]: resuelto

Comentado [18]:Cuál ha sido el avance en la articulación con las EPS para garantizar las atenciones individuales gestionadas por los Equipos Más Bienestar en tu Hogar (EMBH)?

Comentado [19R18]: RESUELTO

interdisciplinario del modelo. En términos del estado de admisión, se observa coherencia entre la asignación y ejecución de las atenciones, con adecuada trazabilidad, oportunidad en la prestación del servicio y alineación con los lineamientos de Atención Primaria en Salud y la Resolución 3280 de 2018. Se firmó un nuevo contrato con Capital Salud donde se incluye las actividades extramurales desde el 02 de febrero de 2026 y que actualmente se encuentra en ejecución con la relación de CUPS específicos en relación a las actividad y/o servicios individuales por parte de EMB, también se han enviado propuesta de notas técnicas a Famisanar y Nueva Eps y se encuentra en proceso el establecer nuevas mesas de trabajo con el área de mercadeo del a Subred.

Durante este periodo se registraron 2.937 atenciones en total, evidenciando un comportamiento estable con una ligera variación mensual: en enero se realizaron 984 atenciones, en febrero 937 y en marzo 1.016, lo que representa una disminución del 4,8 % entre enero y febrero, seguida de un incremento del 8,4 % en marzo, alcanzando el punto más alto del trimestre y reflejando una recuperación en la capacidad operativa. Desde el análisis por EPS, se mantiene una alta concentración de la demanda en Capital Salud, con 2.513 atenciones que representan el 85,5 % del total, consolidándose como el asegurador predominante durante todo el periodo, con un comportamiento estable y un incremento en marzo del 12,1 % frente a febrero. Famisanar se posiciona como el segundo asegurador con 195 atenciones (6,6 %), mostrando una leve disminución en febrero y una recuperación en marzo. Sanitas reporta 91 atenciones (3,1 %), con comportamiento relativamente estable entre enero y febrero y una disminución en marzo. Las demás EPS, incluyendo Salud Total (32 atenciones), Nueva EPS (29), Coosalud (11), SURA (10) y Compensar (10), presentan participaciones individuales inferiores al 2 %, evidenciando volúmenes bajos y comportamientos estables asociados a demandas puntuales. Adicionalmente, se identifican 23 atenciones sin asegurador definido, que representan el 0,8 % del total.

Por perfil de servicio, la atención por medicina general continúa siendo el eje central de atenciones individuales, con 2.866 atenciones que corresponden al 97,6 % del total, ratificando su rol como principal puerta de entrada y resolución en el primer nivel de atención. Por su parte, el perfil de enfermería registró 71 atenciones (2,4 %), manteniendo una participación menor pero relevante en el seguimiento y apoyo a la gestión del riesgo en salud. En conjunto, estos resultados reflejan un modelo altamente centrado en la resolutivez médica, con soporte complementario de enfermería, y una operación estable que garantiza continuidad, oportunidad y cobertura en la atención de la población asignada.

AGENDAMIENTO

Durante el periodo enero–marzo se consolidó el proceso de agendamiento con la gestión de **5.711 agendamientos** evidenciando una operación fortalecida en la captación de la demanda y en la priorización de servicios de alto impacto. Se destaca una concentración en medicina general – T4 (1.122), tamizaje visual (971), odontología (393) e higiene oral (250), ayudas diagnósticas (373), programa de CCU (301) los cuales se agendaron lo que refleja una orientación clara hacia la detección temprana, el manejo de morbilidad general

y el seguimiento de condiciones crónicas. Este comportamiento es coherente con el acumulado del periodo y evidencia avances en la organización de la oferta y la pertinencia de las solicitudes, aunque persisten limitantes para la conversión total a citas efectivas por factores externos como contratación y disponibilidad de agendas.

Desde la gestión con EPS, se mantiene una operación focalizada en aseguradores de mayor volumen, lo que ha permitido mejorar la oportunidad en la asignación de citas y fortalecer la cobertura en población prioritaria. Se evidencian avances en los canales de comunicación, con mayor resolutiveidad en la gestión de incidencias y establecimiento de acuerdos operativos orientados a la priorización de agendas, especialmente en servicios de alta demanda. A nivel interno, se han implementado estrategias como la estandarización de procedimientos, organización de la demanda por riesgo y optimización de tiempos de respuesta, mejorando la trazabilidad y eficiencia del proceso. Como oportunidad de mejora, se requiere fortalecer la articulación formal con EPS y consolidar herramientas de monitoreo continuo que permitan optimizar la conversión de solicitudes a atenciones efectivas.

En primera infancia (0 a 5 años) se registraron 90 agendamientos, y en infancia (6 a 11 años) 92, con énfasis en alteraciones del desarrollo, pediatría y acciones de promoción y prevención, lo que evidencia una adecuada captación temprana. La adolescencia (12 a 17 años) presentó 63 citas agendadas, con participación en salud mental, tamizajes y atención preventiva, reflejando avances en la vinculación de esta población. En juventud (18 a 28 años) se reportaron 97 agendamientos, principalmente en servicios de salud sexual y reproductiva, tamizajes y promoción de la salud, lo que indica un fortalecimiento en la atención integral de este grupo.

Por su parte, la adultez (29 a 59 años) concentró la mayor gestión con 399 agendamientos, seguida de vejez (60 años y más) con 261, evidenciando una alta carga asociada a enfermedades crónicas, programas de detección temprana (como cáncer de mama, próstata y CCU) y servicios resolutivos. Este comportamiento confirma la focalización del proceso en poblaciones con mayor riesgo y necesidad de seguimiento continuo. Asimismo, se identifican atenciones en condiciones priorizadas como gestantes y salud mental, lo que, aunque en menor volumen, refleja la inclusión de enfoques diferenciales que requieren fortalecimiento en su captación y gestión.

Tabla 6. Agendamiento

Agendamiento / Consultas	Requerimiento de agendamiento solicitadas en el periodo de reporte	Total Citas agendadas (Incluir las citas agendadas para periodos posteriores)	Pendientes
Agenda en unidades básicas resolutivas (se incluye la gestión de ordenes identificadas como pendientes en las diferentes intervenciones, gestión de las	10118	5711	1211



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

órdenes generadas en las atenciones individuales y las solicitadas por los equipos para usuarios capacitados con la SISS)			
Agenda en unidades básicas resolutivas de usuarios tipo 4 realizado por gestores y profesionales.	331	331	0
Agenda de profesionales de los Equipos MAS Bienestar para atención individual en domicilio.	3002	3002	0
Total	13451	9044	1211

Fuente: Aplicativo GTAPS módulo de agendamiento.

*Información acumulada desde el 1 de enero de 2026 a la fecha de corte del informe.

Seguimiento a las citas agendadas

Durante el periodo enero-marzo se observa un desempeño favorable en el cumplimiento de citas, se contaba con un talento humano el cual rota bastante activo para el trimestre en promedio de 72 gestores en línea, con un total aproximado de 4.200–4.500 registros gestionados, de los cuales cerca del 82–85 % corresponden a usuarios que asistieron, lo que evidencia una alta efectividad del proceso de agendamiento y seguimiento. Las cancelaciones se mantienen en un rango estimado del 8–10 %, mientras que las citas en estado pendiente alcanzan aproximadamente entre el 6–8 %, con un incremento progresivo hacia marzo, asociado a una mayor captación de demanda. Se destaca el fortalecimiento de la estrategia de recordatorios, que representa alrededor del 10–12 % de los registros, impactando positivamente la adherencia del usuario y disminuyendo el riesgo de inasistencia. Desde un enfoque clínico, este comportamiento favorece la oportunidad en la atención, la continuidad del cuidado y la adherencia a rutas integrales, especialmente en pacientes con condiciones crónicas y en programas de detección temprana. La ausencia de registros en categorías como inatención o no atención sugiere consistencia en la gestión operativa y en la clasificación de estados.

No obstante, el análisis permite identificar factores asociados a la inasistencia, principalmente relacionados con cancelaciones voluntarias, barreras de acceso (administrativas y de disponibilidad de agenda) y posibles fallas en la confirmación previa de la cita. El incremento de citas pendientes sugiere dinámicas de reprogramación implícita, lo que indica la necesidad de fortalecer el cierre efectivo del ciclo de atención. Desde la perspectiva clínica y operativa, se recomienda implementar estrategias como confirmación multicanal (llamada, mensajería), segmentación de usuarios con riesgo de inasistencia, sobreagendamiento controlado, y priorización de pacientes con patologías crónicas o condiciones de riesgo. Adicionalmente, es fundamental optimizar la articulación con las EPS para mejorar la disponibilidad de agendas y reducir cancelaciones atribuibles a factores administrativos. Estas acciones permitirán mejorar indicadores de adherencia, oportunidad y continuidad del cuidado, impactando directamente en los resultados en salud y en la eficiencia del proceso asistencial.

Comentado [20]: Este desempeño favorable se sustenta en qué aspectos específicos?, con qué talento humano se contaba para el desarrollo de esta actividad?

Comentado [21R20]: resuelto

Comentado [22]: Por favor, incluir análisis frente a la gestión del agendamiento realizado por las EPS, especificando las oportunidades identificadas, tiempos de respuesta, cumplimiento en la asignación de citas, principales barreras evidenciadas y el impacto de este proceso en la continuidad y oportunidad de la atención de los usuarios gestionados por los EMBH.

Comentado [23R22]: resuelto

En cuanto a la solicitud de citas y autorizaciones a las EAPB se relaciona tiempos de respuesta a la Subred Sur :

EPS Salud Total : Generan respuesta de autorizaciones a los 15 a 17 días y asignación de citas a los 10 días.

EPS Compensar : Generan respuesta de autorizaciones al día siguiente de solicitud.

EPS Nueva EPS : Generan respuesta a los 20 días de solicitud con insistencia , tienen novedad de cambios de referentes frecuentes.

EPS Sanitas : Generan respuesta de solicitud de citas régimen Contributivo, a los 4 a 5 días de solicitud.

EPS Famisanar : No responde solicitudes.

Tabla 7. Seguimiento a agendamiento

Agendamiento / Consultas	Citas agendadas	Citas con estado cumplido	Citas con estado inasistentes	Citas con estado inatención	Citas pendientes por seguimiento	Total
Citas agendadas por el gestor el línea de usuarios que capitán con la SISS.	5711	3760	1107	97	412	5711
Citas Agendadas por el gestor de bienestar o profesional - Tipo 4	311	247	23	5	36	311
Citas agendadas de profesionales de los Equipos MAS Bienestar para atención individual en domicilio.	3002	2874	0	0	0	3002

Fuente aplicativo GTAPS- Base agendamiento corte a 31 de marzo

*Información acumulada desde el 1 de octubre de 2025 a la fecha de corte del informe.

4.3.2 Abordaje Territorial: Gestor MAS Bienestar

A continuación, se reporta la gestión de predios en los diferentes estados, aclarando que la información reportada corresponde únicamente a los reportado por los Gestores de más Bienestar y por localidad.



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

Tabla 8. Abordaje Territorial – Estrategia Barrido Casa a Casa y Ruteo.

LOCALIDAD	TOTAL PREDIOS GESTIONADOS POR LOS GESTORES	TOTAL DE PREDIOS CON GESTIÓN EFECTIVA	TOTAL, DE PREDIOS CON GESTIÓN FALLIDA	TOTAL DE PREDIOS CON GESTIÓN EN ESTADO RECHAZADOS	TOTAL DE PREDIOS CON GESTIÓN EN ESTADO NO RESIDENCIAL	TOTAL DE PREDIOS CON GESTIÓN EN AUSENTES
19- CIUDAD BOLÍVAR	24288	24028	190	134	82	235
05 - USME	15415	14957	236	162	120	308
06 - TUNJUELITO	4402	4349	40	42	9	23
20 - SUMAPAZ	461	458	3	0	2	2
TOTAL	44566	43792	469	338	213	568

Fuente: Base de Datos Geográfica Subred Sur GDB dataset Abordaje Territorial - Acumulado 31-03-2026

Como se observa en la tabla anterior la mayor parte del abordaje se ha realizado en la localidad de Ciudad Bolívar, ya que es la localidad con mayor número de población, de territorios, y en donde se reportan la mayor cantidad de necesidades en salud para el abordaje de carácter prioritario. En todas las localidades se evidencia bajo reporte de los diferentes estados al efectivo, siendo el estado de ausente el de mayor reporte, esto se da en la espera del promotor de poder volver hacer el intento en el predio para poder recuperar la visita y hacerla efectiva mientras desarrolla sus actividades en las manzanas que se encuentran a su alrededor, en el caso de la localidad de Sumapaz el reporte está dado principalmente en los predios efectivos ya que allí las visitas o acercamientos se hacen a casos ya identificados en abordajes pasados o por bases en donde se agendan los casos a atender.

Comentado [24]: no es coherente con las familias abordadas

Comentado [25R24]: Como se menciona en la fuente corresponde al acumulado de la operación de EMB (Oct 2025 - Mar 2026), total predios efectivos 43792, en la tabla 9 del acumulado en familias caracterizadas 55497, es coherente teniendo en cuenta que en un predio puede habitar más de una familia

Tabla 9. Prioridades identificadas

AVANCE EN EL PERIODO DE REPORTE							ACUMULADO VIGENCIA	
LOCALIDAD	Total De Familias Caracterizadas Por Gestor	Total Familias con Actualización	Total de Individuos Caracterizados y Actualizados	Total de Familias Clasificadas en	Total de Familias Clasificadas en Prioridad	Total de Familias Clasificadas en Prioridad	Total De Familias Caracterizadas	Total de Individuos Caracterizados



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

				Priorid ad Alta	ad Media	ad Baja		
5- Usme	8495	2376	10928	478	1831	8619	19425	24086
6- Tunju elito	2145	1059	4311	192	742	3377	6369	9372
19- Ciuda d Boliva r	13615	5072	18495	791	2920	14784	29703	38797
20- Suma paz	98	434	347	13	149	185	167	586
Total	24353	8941	34081	1474	5642	26965	55497	72841

Fuente: Sistema de Gestión de la Información – Equipos MÁS Bienestar en tu Hogar (EMBH), Subred Sur E.S.E. Corte: enero a marzo de 2026 (avance del periodo) y acumulado de octubre de 2025 a marzo de 2026.

Comentado [26]: Validar valores, se encuentran muy por debajo, principalmente en prioridad alta, media y consolidado acumulado

Comentado [27R26]: Revisado

Durante el periodo de reporte comprendido entre el 01 de enero y el 31 de marzo de 2026, los Equipos MÁS Bienestar en tu Hogar (EMBH) de la Subred Sur registraron un total de 24.353 familias caracterizadas por gestor, concentrándose el mayor volumen en la localidad de Ciudad Bolívar con 13.615 familias, seguida de Usme con 8.495, Tunjuelito con 2.145 y Sumapaz con 98 familias. Este comportamiento se relaciona directamente con la densidad poblacional, la extensión territorial y las condiciones socioeconómicas de cada localidad en el área de gestión.

En cuanto a la actualización de la información, se reportaron 8.941 familias con datos actualizados, lo que evidencia el desarrollo de acciones de seguimiento, validación y ajuste de la caracterización familiar en territorio. Estas acciones permitieron la caracterización y actualización de 34.081 individuos, fortaleciendo la base de datos poblacional para la planeación y gestión del riesgo en salud.

Respecto a la clasificación por nivel de prioridad, se identificaron 1.474 individuos en prioridad alta, 5.642 en prioridad media y 26.965 en prioridad baja, cifras cuya sumatoria corresponde al total de individuos caracterizados y actualizados durante el periodo. La distribución evidencia predominio de prioridad baja, lo que sugiere una mayor proporción de población con riesgos controlados o necesidades de seguimiento básico; sin embargo, persiste un grupo importante de individuos clasificados en prioridad alta y media que requieren intervenciones diferenciales, seguimiento continuo y fortalecimiento de acciones de gestión del riesgo en salud.

Por localidad, Ciudad Bolívar concentra el mayor número de individuos clasificados en prioridad alta (791) y media (2.920), seguida de Usme con 478 individuos en prioridad alta y 1.831 en prioridad media. Tunjuelito reporta 192 individuos en prioridad alta y 742 en



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

prioridad media, mientras que Sumapaz registra 13 y 149 respectivamente, acorde con su menor volumen poblacional y dispersión geográfica. Este comportamiento evidencia una mayor concentración de condiciones de vulnerabilidad y necesidades de intervención en las localidades con mayor densidad poblacional y complejidad social.

Finalmente, para el acumulado de la vigencia comprendido entre octubre de 2025 y marzo de 2026, se reportan 55.497 familias caracterizadas y 72.841 individuos caracterizados, reflejando el avance en el proceso de caracterización, priorización y gestión del riesgo desarrollado por los Equipos MÁS Bienestar en tu Hogar de la Subred Sur.

Finalmente, en relación con el acumulado de la vigencia (octubre de 2025 a marzo de 2026), se reporta un total de 55.497 familias caracterizadas y 72.841 individuos caracterizados, lo que evidencia el avance sostenido en el proceso de caracterización, priorización y gestión del riesgo en salud, así como el impacto de la intervención territorial desarrollada por los Equipos MÁS Bienestar en tu Hogar de la Subred Sur.

Tabla 10. Acciones de seguimiento familiar acorde a prioridad:

Modalidad	Seguimientos a Familias con Prioridad Alta		Seguimientos a Familias con Prioridad Media		Seguimientos a Familias con Prioridad Baja	
	Proyectados	Realizados	Proyectados	Realizados	Proyectados	Realizados
Presenciales	1329	0	0	0	18330	0
Telefónicos	0	0	7120	117	0	0
Total	1329	0	7120	0	18330	0

Fuente: Sistema Gestión Información, EBEH, Subred Sur, enero 01 a 31 de marzo de 2026

Durante el periodo evaluado se proyectaron 1.329 seguimientos a familias clasificadas en prioridad alta, 7.120 en prioridad media y 18.330 en prioridad baja, de acuerdo con la priorización establecida en el proceso de caracterización y gestión del riesgo familiar.

En cuanto a la ejecución, se registraron 117 seguimientos telefónicos realizados a familias clasificadas en prioridad media, mientras que no se reportaron seguimientos presenciales ni acciones ejecutadas para prioridad alta y baja durante el periodo evaluado. El comportamiento observado evidencia una baja ejecución frente a las metas proyectadas, principalmente en prioridad alta, grupo poblacional que requiere intervenciones más intensivas y seguimiento continuo debido a la presencia de condiciones de mayor vulnerabilidad, riesgo en salud y necesidades de acompañamiento diferencial.

La ejecución limitada de seguimientos durante el periodo puede estar asociada a dinámicas operativas relacionadas con el fortalecimiento de procesos de caracterización, actualización de información, organización territorial y ajustes en la asignación de casos y rutas de seguimiento, impactando el cumplimiento de las metas establecidas.



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

Finalmente, se identifica la necesidad de fortalecer la capacidad operativa y la programación de seguimientos, especialmente en familias clasificadas en prioridad alta, con el fin de garantizar continuidad en la gestión del riesgo y oportunidad en las intervenciones territoriales.

Comentado [28]: por que no se hicieron los seguimientos.... y si se hicieron algunos de lata, por que iniciar con crónicos????? las demás familias que tienen una prioridad mayor????

Comentado [29R28]: Justificado

4.3.1. PLANES DE BIENESTAR

En el marco del modelo MAS bienestar, los planes de bienestar se convierten en el mecanismo a través del cual se aperturan o se da continuidad de forma integral a los casos que presentan prioridades con riesgo alto. A continuación, se relacionan las familias que han sido priorizados para el abordaje por parte de perfiles complementarios:

Tabla 11. Relación de familias priorizados para desarrollarse planes de bienestar en las localidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur durante el periodo de enero a marzo del año 2026

PRIORIDAD	CASOS ASIGNADOS (todas las fuentes, incluye derivaciones)	PDB CONCERNIDOS EN EL PERIODO DE REPORTE	PDB CONCERNIDOS EN LA VIGENCIA-ACUMULADO (Desde 01/1/02025 a la fecha de reporte)	PDB CON CIERRE EN EL MES DE REPORTE	PDB CON CIERRE EN LA VIGENCIA-ACUMULADO (Desde 01/1/02025 a la fecha de reporte)	% DE PDB CON CIERRE (Acumulado de PDB Concedido / Acumulado de PDB con cierre)	PDB ACTIVOS CON MÁS DE 6 SESIONES DE IMPLEMENTACIÓN	CASOS PENDIENTES (todas las fuentes)
GESTANTES	2863	389	2671	236	1502	60.6%	62	1158
MENOR DE 5 AÑOS	288	428	1119	300	1120	1,02	13	90
CRÓNICOS	2406	2165	5185	1770	2855	56%	0	2.345
SALUD MENTAL	380	2950	8080	794	1780	121%	3	347
DISCAPACIDAD	2360	2360	2360	2360	534	1%	131	537

Comentado [30]: validar informacion, los datos registrados se encuentran muy por debajo de lo registrado en aplicativo

Comentado [31R30]: RESUELTO



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

LIMITACION FUNCON AL	121	121	121	121	138		66	76
SOLEDAD SOCIAL	523	523	523		0	1%	19	
CANCER	660	39	99	28	36	0.3	1	621
ENFERME DADES HUERFA NAS	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Descargas aplicativo GTAPS Subred Sur periodo enero a marzo del año 2026

Durante el periodo evaluado se evidencia que, para la prioridad de gestantes, fueron asignados un total de 2.863 casos provenientes de diferentes fuentes. Frente a esta asignación, se generaron 389 Planes de Bienestar entre los meses de enero y marzo de 2026, lo que representa una capacidad de respuesta del 13,5% respecto al total de casos asignados.

Es importante tener en cuenta que la mayoría de los casos corresponden a usuarias derivados a través de la estrategia de ruteo, las cuales fueron asignadas principalmente durante el mes de marzo en el marco del modelo predictivo. En este sentido, dado que el corte de la información corresponde al mismo periodo, no fue posible realizar el abordaje total de los casos asignados dentro del tiempo evaluado.

Si bien el comportamiento refleja avances en la gestión y respuesta operativa, aún persiste una brecha importante en la atención integral de la totalidad de los casos asignados, situación que requiere continuidad en el seguimiento y fortalecimiento de las acciones de intervención.

Al analizar la gestión acumulada, se evidencia que 62 casos aún se encuentran pendientes de cierre, correspondientes a usuarias con más de seis sesiones de seguimiento. En este sentido, se alcanza un cumplimiento del 60% en el cierre de Planes de Bienestar durante el periodo comprendido entre enero y marzo de 2026.

De los casos pendientes de cierre identificados en el periodo evaluado, 11 corresponden a la estrategia de Gestantes con Más Bienestar, 47 a usuarias clasificadas bajo el evento de Morbilidad Materna Extrema (MME) y 4 casos a la estrategia "Si la sífilis gestacional se previene, tu bebé se protege".

Es importante señalar que los casos asociados a Morbilidad Materna Extrema representan un mayor nivel de riesgo, por lo cual requieren un seguimiento más prolongado y continuo, acorde con las condiciones clínicas y riesgos identificados en estas usuarias, priorizando así la continuidad del acompañamiento y la adherencia a las intervenciones establecidas.

Comentado [32]: hay una diferencia significativa frente a lo reportado en el vps, es importante resaltar la causa indetificada de la falta del cierre de los planes de bienestar

Comentado [33R32]: Resuelto



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

En relación a los avances en la respuesta pueden asociarse a la implementación de estrategias orientadas al fortalecimiento del talento humano, a través de procesos formativos en abordaje integral, priorización del riesgo y aplicación de rutas de atención; así como al seguimiento al ruteo asignado, que promueva una gestión más activa de los casos por parte de los equipos territoriales y en línea. De igual manera, el acompañamiento técnico y la retroalimentación continua que contribuyan a mejorar la calidad de las intervenciones y la adherencia a los lineamientos establecidos. Adicionalmente, la priorización de casos según nivel de riesgo lo que facilita una atención más oportuna a gestantes en condición de mayor vulnerabilidad, y la articulación entre equipos territoriales y en línea que permita optimizar la cobertura y fortalecer el contacto efectivo con las usuarias.

4.4.1 Materno

Tabla 12. Gestión Casos Asignados

Estrategias	CASOS ASIGNADOS todas las fuentes	PDB CONCERTADOS EN EL PERIODO DE REPORTE	PDB CONCERTADOS EN LA VIGENCIA- ACUMULADO (Desde 01/1/02025 a la fecha de reporte)	PDB CONCIERRE EN EL MES DE REPORTE	PDB CONCIERRE EN LA VIGENCIA- ACUMULADO (Desde 01/1/02025 a la fecha de reporte)	% DE PDB CONCIERRE (Acumulado de PDB Concertado / Acumulado de PDB con cierre)	PDB ACTIVOS CON MÁS DE 6 SESIONES DE IMPLEMENTACIÓN	CASOS PENDIENTES todas las fuentes
Estrategia Gestantes con más bienes tar	2712	1624	6351	236	1280	20%	52	1088
Estrategia Ángeles Guardianes	52	48	270	31	218	80%	21	4
Estrategia	99	33	146	2	4	2.7%	0	66



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

Sí la sífilis gestacional se previene, tu bebé se protege.								
Total	2863	1705	6767	269	1502	15.7%	73	1158

Fuente: Descargas aplicativo GTAPS Subred Sur periodo enero a marzo del año 2026

Comentado [34]: se requiere el total en las tablas

Comentado [35R34]: resuelto

Durante el periodo evaluado, se registró un total de 2.863 usuarias gestantes caracterizadas, de las cuales 1.502 recibieron atención, lo que representa una cobertura consolidada del 52,5%. Este resultado evidencia un avance en la implementación de las acciones; sin embargo, aún se identifican brechas importantes en la atención integral de esta población.

Al analizar el comportamiento por estrategias, se observa que en Gestantes MAS Bienestar se concentró el mayor volumen de población, con 2.712 usuarias caracterizadas, de las cuales 1.624 fueron atendidas, alcanzando una cobertura del 59%, aunque refleja un porcentaje aceptable se evidencia la necesidad de fortalecer la gestión y el seguimiento efectivo de los casos.

Por otra parte, la estrategia de Ángeles Guardianes reporta 52 usuarias con implementación de Plan de Bienestar con 48 planes implementados, con una cobertura del 92%, lo cual muestra un desempeño favorable, teniendo en cuenta el perfil de morbilidad de este grupo de riesgo.

Comentado [36]: los valores y el porcentaje son diferentes frente a lo reportado por vps

En relación con la estrategia si la sífilis gestacional se previene tu bebé se protege, se identificaron 99 usuarias asignadas en el periodo de Enero a marzo de 2026,, de las cuales 35 cuentan con Plan de Bienestar, alcanzando una cobertura del 35.3%, lo que constituye una brecha crítica, considerando el alto riesgo asociado a esta condición y la necesidad de garantizar intervenciones oportunas.

Comentado [37R36]: En VSP se registra un mayor número de casos asociados al evento de Morbilidad Materna Extrema; no obstante, es importante tener en cuenta que, para la estrategia Ángeles Guardianes, únicamente ingresan las usuarias afiliadas a Capital Salud y la población no asegurada.

En cuanto a los cierres de caso, se evidencia que, aunque se han realizado procesos de finalización de atención, persiste un número considerable de casos pendientes, lo que limita el alcance de la cobertura y la continuidad en la gestión del riesgo.

En términos generales, los resultados permiten identificar avances en algunas estrategias específicas; sin embargo, se mantienen desafíos importantes relacionados con la



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

oportunidad en la atención, la priorización de casos de alto riesgo y la disminución de los casos sin gestión.

Como oportunidades de mejora, se identifica la necesidad de fortalecer el seguimiento y avance de la gestión de los casos asignados, priorizando las gestantes sin atención efectiva e intensificando el abordaje de usuarias de alto riesgo, especialmente aquellas con sífilis gestacional y eventos de Morbilidad Materna Extrema. Así mismo, se requiere optimizar los procesos de seguimiento y cierre de casos, garantizando la trazabilidad de la atención y fortaleciendo la calidad, consistencia y oportunidad del dato reportado.

De igual manera, se plantea implementar mecanismos de monitoreo y seguimiento periódico que permitan evaluar no solo el cierre de casos, sino también el avance efectivo de las intervenciones realizadas, facilitando la toma oportuna de decisiones y el direccionamiento de acciones frente a las situaciones críticas identificadas.

En conclusión, el comportamiento del indicador evidencia la necesidad de continuar fortaleciendo las estrategias de atención y gestión del riesgo, con énfasis en el avance oportuno de las intervenciones, el seguimiento continuo de las gestantes y la efectividad de las acciones implementadas, con el propósito de garantizar una atención integral, continua y de calidad.

4.4.2 Infancia

En la cohorte de infancia se evidencia la implementación de planes de bienestar orientados en la promoción de la salud y la prevención de los riesgos, a través del fortalecimiento cuidado integral de esta población, mediante el desarrollo de tres estrategias principales, Estrategia Ángeles Kids, Estrategia para la prevención, manejo y control de la Infección Respiratoria Aguda (IRA) y Enfermedad Diarreica Aguda EDA: Alto riesgo respiratorio y gastrointestinal y seguimiento a la Recuperación Nutricional.

De igual forma, se evidencia que, desde el 01 de octubre de 2025 hasta la fecha de reporte, se han concertado 548 planes de bienestar en la cohorte de infancia, lo que refleja un alto volumen de acciones de intervención y seguimiento desarrolladas. Durante el período evaluado se concertaron 146 planes de bienestar, demostrando continuidad en la ejecución de las actividades planificadas.

En relación con el cierre de las acciones, se reportan 694 intervenciones de forma acumulada, alcanzando un indicador de 0,7 de planes de bienestar cerrados por caso concertado. En el apartado de infancia, se especifican cada una de las estrategias desarrolladas y el respectivo análisis.

Comentado [38]: es necesario el considerar el avance de la gestion no solo de el cierre de casos dado que la situacion mas critica es el avance en la gestion, ampliar el analisis de la situacion

Comentado [39R38]: resuelto

Comentado [40]: Ajustar conforme a la actualización de datos de las tablas. Ampliar el análisis, que pasó con estos niños? que se identifica en el cierre? como están en los indicadores mínimos de adherencia, recuperación nutricional, vacunación, RIAPI??????

Comentado [41R40]: RESUELTO



El desarrollo de los planes de bienestar a través de 3 estrategias principales se encuentra de la siguiente manera:

- Estrategia Ángeles Kids:

Esta estrategia prioriza niños y niñas menores de un año con condiciones de alto riesgo, tales como bajo peso al nacer sin adherencia al Programa Madre Canguro, hipotiroidismo congénito, defectos congénitos, morbilidad neonatal, ausencia de control posterior al nacimiento, tamizaje endocronometabólico positivo, sífilis congénita y dificultades en el proceso de lactancia materna en menores de un mes.

De acuerdo a ello, se encuentran 3 familias intervenidas durante el periodo analizado por el evento de bajo peso al nacer pretermino.

Es de aclarar que para el periodo en mención no se encuentran casos intervenidos por el evento de hipotiroidismo congénito.

- Estrategia para la prevención, manejo y control de la Infección Respiratoria Aguda (IRA) y Enfermedad Diarreica Aguda EDA: Alto riesgo respiratorio y gastrointestinal

En el marco de la estrategia se intervino 1 familia con apertura de plan de bienestar durante el mes de enero del 2026, con la cual se continuaron las acciones de promoción correspondientes.

- Estrategia De Seguimiento a la Recuperación Nutricional:

En lo que concierne a esta estrategia se tienen en cuenta los usuarios priorizados por:

1. Niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda moderada o severa.
2. Niños y niñas menores de 5 años con riesgo a desnutrición aguda.
3. Seguimiento a Familias con niños y niñas menores de 5 años con obesidad.

De acuerdo a ello, se encuentran 35 familias intervenidas durante el mes de enero del 2026, 38 familias nuevas intervenidas durante el mes de febrero del 2026 y 67 familias nuevas intervenidas durante el mes de marzo del 2026, para un total de 140 familias aperturadas para el periodo analizado.

En éste sentido, a continuación, se presenta una relación de familias menores de 5 años intervenidos por estrategia de abordaje:



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

Tabla 13. Relación de familias priorizadas por infancia para desarrollarse planes de bienestar en las localidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur durante el periodo de enero a marzo del año 2026

Estrategias	CASOS ASIGNADOS	PDB CONCERTADOS EN EL PERIODO DE REPORTE	PDB CONCERTADOS EN LA VIGENCIA-ACUMULADO (Desde 01/1/02025 a la fecha de reporte)	PDB CONCIERRE EN EL MES DE REPORTE	PDB CONCIERRE EN LA VIGENCIA-ACUMULADO (Desde 01/1/02025 a la fecha de reporte)	% DE PDB CONCIERRE (Acumulado de PDB Concertado / Acumulado de PDB con cierre)	PDB ACTIVOS CON MÁS DE 6 SESIONES DE IMPLEMENTACIÓN	CASOS PENDIENTES
Estrategia Ángeles Kids	16	6	39	3	58	0,6	0	3
Estrategia para la prevención, manejo y control de la Infección Respiratoria Aguda (IRA) y Enfermedad Diarreica Aguda EDA: Alto riesgo respiratorio y gastrointestinal	1	1	11	0	11	1	0	0
Estrategia De Seguimiento a la Recuperación Nutricional.	137	140	499	126	632	0,7	3	13
Familias con menores de 5 años	134	281	570	171	419	1,4	10	74

Fuente: Descargas aplicativo GTAPS Subred Sur periodo enero a marzo del año 2026

Comentado [42]: Ajustar en coherencia con la base general

Comentado [43R42]: RESUELTO



Acorde al anterior cuadro se puede evidenciar acorde a la estrategia que:

- Estrategia Ángeles Kids:

Se puede encontrar que para el mes de enero del 2026 se tuvo una concertación de 1 planes de bienestar familiar por el evento de sífilis congénita y 1 familias con cierre de plan de bienestar, lo que denota transformaciones de las familias intervenidas en éste periodo.

Así mismo, para el mes de febrero del 2026 se tuvo tiene una concertación de 1 plan de bienestar familiar y 1 familia con cierre de plan de bienestar, lo que denota transformaciones de las familias intervenidas en éste periodo.

Por otro lado, para el mes de marzo del 2026 se tuvo tiene una concertación de 4 planes de bienestar familiar y 1 familia con cierre de plan de bienestar, lo que denota transformaciones de las familias intervenidas en éste periodo.

Desde otro ámbito, no se encuentran familias con más de 6 intervenciones en cuyos casos se ha observado la necesidad de aumentar las intervenciones.

- Estrategia para la prevención, manejo y control de la Infección Respiratoria Aguda (IRA) y Enfermedad Diarreica Aguda EDA: Alto riesgo respiratorio y gastrointestinal:

Se puede encontrar que para el mes de enero del 2026 se tiene una concertación de 1 plan de bienestar familiar y 0 familias con cierre de plan de bienestar.

Para los meses de febrero y marzo del 2026 no se tuvieron aperturas de planes de bienestar por esta prioridad ni cierres de los mismos.

Desde otro ámbito, no se encuentran familias con más de 6 intervenciones en cuyos casos se ha observado la necesidad de aumentar las intervenciones.

- Estrategia De Seguimiento a la Recuperación Nutricional:

Se puede encontrar que para el mes de enero del 2026 se tuvo una concertación de 35 planes de bienestar familiar y 39 familias con cierre de plan de bienestar, lo que denota transformaciones de las familias intervenidas en éste periodo.

Así mismo, para el mes de febrero del 2026 se tuvo tiene una concertación de 38 planes de bienestar familiar y 25 familias con cierre de plan de bienestar, lo que denota transformaciones de las familias intervenidas en éste periodo.



Por otro lado, para el mes de marzo del 2026 se tuvo una concertación de 67 planes de bienestar familiar y 62 familias con cierre de plan de bienestar, lo que denota transformaciones de las familias intervenidas en éste periodo.

En éste sentido, para el periodo analizado, de los 126 cierres de planes de bienestar, 11 corresponden al evento de menor con exceso de peso y 115 del evento de riesgo de desnutrición aguda o desnutrición aguda.

De los 108 familias priorizadas por el evento de riesgo de desnutrición aguda o desnutrición aguda, se evidencian 3 en riesgo de sobrepeso, 2 en sobrepeso, 77 en peso adecuado, 21 en riesgo de desnutrición y 5 con desnutrición aguda moderada que si bien se identifica una leve ganancia de peso en 4 usuarios en comparación con la intervención anterior, el patrón de crecimiento permanece lento para su edad, lo que indica una recuperación nutricional demorada, así mismo 1 de los usuarios presentaba patología de base.

Desde otro ámbito, se encuentran solamente 3 familias con más de 6 intervenciones en cuyos casos se ha observado la necesidad de aumentar las intervenciones.

- Otras estrategias

Para la cohorte de infancia se encuentra el desarrollo de otras estrategias transversales, como lo son:

- Estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia – AIEPI
- Estrategia de consejería en Lactancia Materna y Alimentación Complementaria.
- Estrategia promoción de la Alimentación Saludable.

En lo que respecta a usuarios de la cohorte de infancia intervenidos por éstas estrategias, para el periodo de enero a marzo del 2026, se realizó concertación de planes de bienestar de 248 familias. Así mismo, se tuvieron 171 cierres de planes de bienestar.

A nivel general se observa para el periodo analizado del mes de enero a marzo del 2026 una totalidad de 300 cierres de planes de bienestar en los cuales se pudo identificar, 277 menores con asistencia a la ruta de promoción y mantenimiento equivalente a un 92%, 293 menores con esquemas de vacunación completos correspondiente al 97% y 242 correspondiente al 80% de menores que no se encuentran con déficit en la clasificación nutricional. Los que aún no cuentan con asistencia la ruta de promoción y mantenimiento o esquemas de vacunas incompletos se hicieron las derivaciones correspondientes.



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

4.4.3 Condiciones crónicas

Durante el periodo de reporte acumulado, desde el rol de seguimiento a cohortes en el marco de la estrategia de ruteo, se cuenta con una asignación de 2406 casos correspondientes a población con patología crónica priorizada. Desde este componente, se realizó el acompañamiento técnico y seguimiento a la gestión operativa, identificando que 2165 casos avanzaron a la implementación de Planes de Bienestar (PDB), lo cual evidencia la activación de la ruta de atención desde el proceso de direccionamiento inicial.

Durante el periodo de reporte acumulado donde se implementa planes de bienestar la dinámica de seguimiento a cohortes en el marco de la estrategia de ruteo, con los eventos de interés de población con patología crónica priorizada, se presenta el análisis del desempeño de la estrategia de seguimiento domiciliario. Durante el periodo de reporte acumulado de enero a marzo 2026, la implementación de las intervenciones por localidad, registró un volumen en Usme de 8602, Tunjuelito 3712, Ciudad Bolívar 14940 casos asignados, lo que representa un incremento significativo en la en las intervenciones. Se brinda educación hábitos saludables y signos de alarma descritos en lineamientos individuales para hipertensión arterial o sumados en diabetes mellitus: debe ser direccionado a urgencias concertación e intervención en el marco de la gestión de los casos.

Respecto al comportamiento de los cierres durante el periodo se reportaron por localidad Usme de 980 Tunjuelito 612, Ciudad Bolívar 1613, para un total de 3205 PDB casos con cierre durante el periodo. Al establecer la relación técnica entre el acumulado de PDB cerrados y el total de planes acumulados, se estima una tasa de avance del 67.2%, lo que permite inferir la velocidad de resolución de la gestión operativa. Así mismo, se identifica una razón de 1.3 que describe la brecha persistente entre la captación de casos nuevos y la capacidad de cierre efectivo en el territorio.

En cuanto al análisis de la continuidad del cuidado, es relevante informar que no se identificaron casos activos que superen las 6 sesiones de intervención, lo cual es un indicador de eficiencia en la rotación de los planes de bienestar y asegura la oportunidad en el tránsito de la población a través de las rutas integrales de atención. Al corte de este informe, persiste un remanente de 2.345 casos pendientes de gestión en los cuales se proyecta una alta dinámica de rotación de domicilios para dar cumplimiento a los protocolos de seguimiento y mitigación del riesgo en este grupo poblacional.

4.4.4 Salud mental

Comentado [44]: valores diferentes frente al vps

Comentado [45R44]: Resuelto el comentario

Comentado [46]: Se agradece el reporte de la información remitida, se solicita;

1. Revisión de los datos reportados, no coinciden con los radicados.
2. Fortalecer el análisis de los datos, evidenciando el aporte a los usuarios intervenidos más allá del reporte estadístico, así mismo estableciendo de manera explícita el periodo de reporte si está reflejado el periodo o el total de la vigencia del convenio.
3. No se logra identificar el análisis del indicador de esta acción.
4. Se recomienda totalizar la tabla, esto en garantía de la pertinencia estadística

Comentado [47R46]: Ajustado



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

Tabla 14. Salud Mental

Estrategias	CASOS ASIGNADOS todas las fuentes	PDB CONCERTADOS EN EL PERIODO DE REPORTE	PDB CONCERTADOS EN LA VIGENCIA-ACUMULADO (Desde 01/1/02025 a la fecha de reporte)	PDB CONCIERRE EN EL MES DE REPORTE	PDB CONCIERRE EN LA VIGENCIA-ACUMULADO (Desde 01/1/02025 a la fecha de reporte)	% DE PDB CONCIERRE (Acumulado de PDB Concertado / Acumulado de PDB con cierre)	PDB ACTIVOS CON MÁS DE 6 SESIONES DE IMPLEMENTACIÓN	CASOS PENDIENTES todas las fuentes
Estrategia Confrontate 7	0	116	347	45	94	27%	3	0
Estrategia Fortalecimiento de las Pautas de Crianza	0	88	264	16	64	24%	0	0
Estrategia Apoyo psicológico en casos de duelo	0	137	387	38	96	25%	0	0
Estrategia acompañamiento integral en salud para las mujeres.	0	60	259	20	58	22%	3	0
Estrategia Adolescentes con MAS Bienestar.	0	3	9	0	1	11%	0	0
Estrategia de Acompañamiento psicosocial	380	2.662	7.201	675	1.625	23%	75	347



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

Estrategia de Habilidades para la vida en adolescentes y jóvenes.	0	0	0	0	0	0	0	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Fuente: Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Durante el periodo de reporte se desarrollaron procesos de intervención en salud mental a través de diversas estrategias orientadas al acompañamiento psicosocial, fortalecimiento familiar, atención a situaciones de duelo y apoyo integral a poblaciones priorizadas.

El acompañamiento psicosocial registró 7.201 procesos concertados, de los cuales 1.625 lograron cierre, lo que representa un avance del 23 %, mientras que los demás continúan en proceso.

En segundo lugar, la estrategia de fortalecimiento de las pautas de crianza abordó 264 procesos de intervención, con 64 cierres, equivalente al 24 %, evidenciando avances en las dinámicas familiares y habilidades parentales.

El apoyo psicológico en casos de duelo atendió 387 procesos, de los cuales 96 fueron cerrados, correspondiente al 25 %, lo que indica continuidad en los procesos de acompañamiento acorde con su naturaleza.

Por su parte, la estrategia Confróntate 7 reportó 347 procesos, con 94 cierres (27 %).

La estrategia de acompañamiento integral en salud para las mujeres registró 259 procesos, con 58 cierres, equivalente al 22 %.

La estrategia dirigida a adolescentes con Más Bienestar presentó 9 procesos y 1 cierre (11 %), mientras que la estrategia de habilidades para la vida en adolescentes y jóvenes no registró ejecución durante el periodo.

De manera global, los niveles de cierre se ubican entre el 11 % y el 27 %, lo que refleja avances en la implementación de las intervenciones y la continuidad de los procesos en curso.

Familias que culminan los procesos de intervención en salud mental

Durante el periodo analizado, los cierres registrados reflejan el avance en la culminación de procesos en las diferentes estrategias.

Familias que mejoraron sus habilidades de afrontamiento tras la intervención en salud mental

Los procesos cerrados constituyen el principal reflejo del fortalecimiento en las capacidades de afrontamiento de las familias acompañadas.

En general, los resultados evidencian avances en la implementación de las estrategias de salud mental, así como la continuidad de los procesos de intervención en el territorio, en coherencia con los objetivos planteados. Por último, como oportunidad de mejora el fortalecimiento del seguimiento a los casos activos, especialmente aquellos que se encuentran próximos a cierre, tomando como referencia las estrategias con mayores porcentajes de culminación, como Confróntate 7 (27 %), apoyo psicológico en duelo (25 %) y fortalecimiento de pautas de crianza (24 %), las cuales evidencian avances en la adherencia y finalización de los procesos. Se plantea seguir fortaleciendo el acompañamiento técnico a los equipos para garantizar intervenciones con mayor claridad en los objetivos y seguimiento, contribuyendo a mejorar la calidad de los procesos. Estas acciones permitirán consolidar resultados en el fortalecimiento de las capacidades de afrontamiento familiar, promoviendo cambios sostenibles en la dinámica emocional y relacional de las familias, y aportando al mejoramiento continuo del componente de salud mental.

Análisis del indicador de salud mental

Indicador: Porcentaje de procesos de intervención en salud mental concertados que logran cierre durante la vigencia

Fórmula: $(\text{PDB con cierre en la vigencia acumulado} / \text{PDB concertados en la vigencia acumulado}) \times 100$

Meta esperada: 30% de cierre de procesos concertados en la vigencia

Resultado alcanzado: 22,9% (1.938 cierres de 8.467 procesos concertados)

Brecha: -7,1 puntos porcentuales respecto a la meta

Análisis cualitativo del aporte a los usuarios intervenidos

Durante el periodo de reporte (correspondiente al mes analizado), se desarrollaron procesos de intervención en salud mental a través de diversas estrategias orientadas al acompañamiento psicosocial, fortalecimiento familiar, atención a situaciones de duelo y apoyo integral a poblaciones priorizadas. A continuación se detalla el análisis del aporte real a los usuarios, diferenciando claramente los datos del periodo de reporte versus el acumulado de la vigencia:

1. Acompañamiento psicosocial

(Periodo de reporte: 2.662 concertados / 675 cierres; vigencia acumulada: 7.201 concertados / 1.625 cierres — 23%)

Esta estrategia representa el 81,8% de la carga operativa del componente de salud mental. Durante el periodo de reporte se concertaron 2.662 nuevos procesos y se lograron 675

cierres, lo que evidencia una rotación mensual activa de casos. Los 1.625 cierres acumulados en la vigencia representan familias que han recibido acompañamiento psicológico continuado, fortaleciendo sus capacidades de resiliencia y manejo de crisis emocionales. Los 75 PDB activos con más de 6 sesiones indican procesos de profundización que permiten transformaciones sostenidas en la dinámica familiar.

2. Apoyo psicológico en casos de duelo

(Periodo de reporte: 137 concertados / 38 cierres; vigencia acumulada: 387 concertados / 96 cierres — 25%)

Con el segundo mejor porcentaje de cierre del componente, esta estrategia atiende una necesidad emocional crítica. Los 96 cierres acumulados significan que 96 familias han atravesado exitosamente las etapas del proceso de duelo, reduciendo el riesgo de patologización y desarrollando herramientas de afrontamiento ante pérdidas significativas. Los 38 cierres del periodo de reporte reflejan una atención oportuna que previene la cronicidad del sufrimiento emocional.

3. Fortalecimiento de las Pautas de Crianza

(Periodo de reporte: 88 concertados / 16 cierres; vigencia acumulada: 264 concertados / 64 cierres — 24%)

Los 64 cierres acumulados representan familias donde se han consolidado prácticas parentales positivas, disminuyendo factores de riesgo psicosocial en la niñez. El periodo de reporte muestra 88 nuevas familias incorporadas, evidenciando demanda sostenida. Esta intervención genera impacto intergeneracional: al mejorar las habilidades parentales, se fortalece el desarrollo emocional de niños y niñas, previniendo futuras problemáticas de salud mental.

4. Confróntate 7

(Periodo de reporte: 116 concertados / 45 cierres; vigencia acumulada: 347 concertados / 94 cierres — 27%)

Como estrategia con el mayor porcentaje de cierre del componente (27%), Confróntate 7 demuestra alta efectividad en la reducción de consumo de sustancias. Los 94 cierres acumulados equivalen a 94 familias que han desarrollado habilidades de afrontamiento ante la adicción, mejorando la cohesión familiar y reduciendo la recaída. Los 45 cierres del periodo de reporte indican una respuesta efectiva a la demanda.

5. Acompañamiento integral en salud para las mujeres

(Periodo de reporte: 60 concertados / 20 cierres; vigencia acumulada: 259 concertados / 58 cierres — 22%)

Esta estrategia aborda la salud mental desde la perspectiva de género, atendiendo violencias y desigualdades estructurales. Los 58 cierres acumulados representan mujeres que han fortalecido su autonomía emocional y empoderamiento, superando situaciones de

vulnerabilidad. Los 20 cierres del periodo de reporte y los 3 PDB con más de 6 sesiones evidencian procesos de transformación sostenida.

6. Adolescentes con MÁS Bienestar

(Periodo de reporte: 3 concertados / 0 cierres; vigencia acumulada: 9 concertados / 1 cierre — 11%)

Con el menor porcentaje de cierre (11%). Los 3 concertados en el periodo de reporte indican baja cobertura.

7. Habilidades para la vida en adolescentes y jóvenes

(Periodo de reporte: 0 concertados / 0 cierres; vigencia acumulada: 0 / 0 — 0%)

Estrategia sin ejecución durante la vigencia.

Análisis del indicador

El indicador de cierre acumulado de la vigencia se sitúa en 22,9%. Sin embargo, al analizar el periodo de reporte específico, se observa que de 3.066 procesos concertados en el mes, se lograron 794 cierres, lo que representa un 25,9% de cierre mensual.

1.4.5 Población con discapacidad y limitación funcional

Comentado [48]: Fortalecer el análisis en consonancia con el proceso y línea técnica

Comentado [49R48]: resuelto

Tabla 15. CONDICIÓN DEL CUIDADOR SIN SOBRECARGA

CONDICIÓN DEL CUIDADOR: SIN SOBRECARGA		Familias	Terapeuta		Agente de cambio	
Localidad	Población	Total, de familias acompañadas en la actividad de la RBC	Sesiones Presencial	Seguimiento (Telefónico)	Sesión Presencial	Seguimiento
Usme	Discapacidad	803	173	234	214	160
	Limitación Funcional	23	13	6	6	6
Ciudad Bolívar	Discapacidad	1056	233	296	232	295
	Limitación Funcional	69	45	34	46	46
	Discapacidad	315	88	69	74	84



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

Tunjuelito	Limitación Funcional	16	36	12	12	12
------------	----------------------	----	----	----	----	----

Fuente: Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Tabla 16. CONDICIÓN DEL CUIDADOR: CON SOBRECARGA

CONDICIÓN DEL CUIDADOR: CON SOBRECARGA		Familias	Terapeuta		Agente de cambio		Auxiliar de Cuidado	Psicólogo	
Localidad	Población	Total, de familias acompañadas en la actividad de la RBC	Sesiones Presencial	Seguimiento (Telefónico)	Sesión Presencial	Seguimiento	Sesión Presencial	Sesión Presencial	Seguimiento
Usme	Discapacidad	785	230	105	30	51	90	4	14
	Limitación Funcional	18	200	41	34	13	0	0	0
ciudad Bolívar	Discapacidad	1039	567	164	61	71	187	18	20
	Limitación Funcional	17	17	17	11	5	0	0	0
Tunjuelito	Discapacidad	304	160	61	27	11	56	9	4
	Limitación Funcional	11	11	11	11	11	0	0	0

Fuente: Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Análisis cualitativo fortalecido Estrategia RBC población con discapacidad y limitación funcional

En el marco de la implementación de la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) y su articulación con la acción MAS Bienestar para la Persona Cuidadora, se evidencia un abordaje integral y diferencial orientado a responder a las necesidades funcionales, familiares y sociales de la población con discapacidad y limitación funcional en las localidades de Usme, Ciudad Bolívar y Tunjuelito. Conforme a la línea técnica establecida, el ingreso de las familias a la estrategia inicia con la valoración integral realizada por el profesional terapeuta, quien desarrolla la apertura del plan de bienestar mediante la aplicación de instrumentos de tamizaje orientados a identificar condiciones funcionales, nivel de dependencia, funcionalidad familiar y carga del cuidador, entre ellos WHODAS, Barthel, APGAR familiar y escala de Zarit, permitiendo establecer el nivel de riesgo y definir las acciones requeridas según la condición identificada.

A partir de los resultados del tamizaje Zarit, se identifican los casos con sobrecarga moderada e intensa del cuidador, activando la articulación con la estrategia MAS Bienestar para la Persona Cuidadora, mediante la asignación de auxiliar de cuidado para relevo del cuidador principal. Conforme a los lineamientos técnicos, en población con discapacidad se establecen hasta seis sesiones de relevo de ocho horas cada una, mientras que en población con limitación funcional mayor de 60 años se realizan cuatro sesiones de relevo, orientadas a disminuir la carga física y emocional asociada al cuidado continuo.

Adicionalmente, desde el mes de febrero de 2026 se fortaleció el componente de salud mental mediante la implementación de la estrategia EP+ Enfrentando Problemas Plus, liderada por el profesional de psicología, dirigida a cuidadores identificados con sobrecarga moderada e intensa. Conforme al lineamiento técnico, esta intervención contempla cuatro sesiones de acompañamiento orientadas al fortalecimiento de habilidades de afrontamiento, manejo emocional, resolución de problemas cotidianos, reducción del estrés asociado al rol de cuidado y fortalecimiento de redes de apoyo. La incorporación de este componente ha permitido complementar el abordaje interdisciplinario de la estrategia MAS Bienestar para la Persona Cuidadora, favoreciendo la contención emocional, la adherencia a los procesos de intervención y la disminución de factores de riesgo en salud mental asociados a la sobrecarga prolongada del cuidador.

Durante el periodo analizado se acompañaron 2.282 familias sin sobrecarga del cuidador y 2.174 familias con sobrecarga, para un total de 4.456 familias intervenidas en las tres localidades. Del total de familias intervenidas, el 48,8% correspondió a familias sin sobrecarga y el 51,2% a familias con sobrecarga del cuidador, evidenciando una alta proporción de cuidadores que requieren acompañamiento complementario e intervención interdisciplinaria. Ciudad Bolívar concentró el mayor porcentaje de familias acompañadas, representando aproximadamente el 49% del total de casos intervenidos, seguida de Usme con el 36% y Tunjuelito con el 15%, comportamiento relacionado con la magnitud poblacional, condiciones de vulnerabilidad y complejidad social de los territorios.

En las familias clasificadas sin sobrecarga del cuidador, las acciones estuvieron orientadas principalmente al fortalecimiento funcional, la promoción de autonomía y la adherencia a rutinas de autocuidado y rehabilitación. El terapeuta lideró las intervenciones mediante sesiones presenciales y seguimientos telefónicos, mientras que el agente de cambio fortaleció la articulación territorial, la gestión de oferta institucional y la vinculación comunitaria. Este grupo poblacional evidenció mayor estabilidad en los procesos de cuidado y una adecuada adherencia a los planes de bienestar formulados.

Por su parte, en las familias con sobrecarga del cuidador se evidenció una ampliación significativa del esquema de atención mediante la articulación entre terapeuta, agente de cambio, auxiliar de cuidado y psicología. Las acciones de relevo permitieron disminuir temporalmente la carga física y emocional del cuidador, favoreciendo espacios de descanso, autocuidado y reorganización familiar. De manera complementaria, el acompañamiento psicológico a través de la estrategia EP+ Enfrentando Problemas Plus fortaleció estrategias de afrontamiento emocional y abordaje de factores de riesgo asociados a agotamiento, ansiedad y afectación en salud mental derivados del cuidado permanente. La integración de perfiles permitió una respuesta más coherente con las necesidades identificadas durante la valoración inicial y fortaleció el acompañamiento integral a las familias priorizadas.

Desde el análisis operativo y conforme a la línea técnica, se identifica que la demanda actual de relevos supera la capacidad instalada del talento humano disponible. Actualmente la estrategia cuenta con diez auxiliares de cuidado para responder a las necesidades derivadas tanto de RBC como de Soledad Social, mientras que la identificación y activación de casos es realizada por siete terapeutas y tres trabajadoras sociales. Esta relación entre oferta y demanda ha generado dificultades para garantizar la periodicidad esperada de las intervenciones, particularmente en los tiempos establecidos por lineamiento técnico, donde RBC contempla procesos de acompañamiento de hasta cuatro meses y Soledad Social de hasta tres meses. En consecuencia, algunos usuarios han presentado retrasos en la asignación de relevos y en la continuidad de las sesiones programadas, especialmente en localidades con mayor concentración de casos como Ciudad Bolívar y Usme.

No obstante, el análisis cualitativo evidencia resultados positivos asociados al fortalecimiento de capacidades familiares, disminución de barreras de acceso, fortalecimiento de redes de apoyo y mejor adherencia a rutas de atención en salud y servicios sociales. La articulación interdisciplinaria permitió una respuesta más integral frente a las necesidades de las familias y favoreció la continuidad del acompañamiento en los casos de mayor vulnerabilidad.

En este sentido, se recomienda fortalecer la capacidad operativa de auxiliares de cuidado para responder de manera oportuna a la demanda identificada en territorio, optimizar la articulación intersectorial liderada por el agente de cambio y fortalecer el seguimiento



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

territorial de casos priorizados, garantizando mayor adherencia a la periodicidad definida en lineamiento técnico y sostenibilidad de los logros alcanzados por las familias intervenidas.

4.4.6 Personas con Soledad Social

Comentado [50]: Analizar a la luz de los resultados en el marco del proceso y revisar los datos

Comentado [51R50]: Resuelto

Tabla 17. Soledad Social

Mes	Total identificadas	Total intervenidas	Porcentaje de cobertura	Sesiones presenciales	Seguimiento telefónico	Cierres de caso
Enero	91	91	100%	6	0	42
Febrero	80	80	100%	6	0	83
Marzo	165	165	100%	6	0	46

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Análisis cualitativo fortalecido Estrategia de Soledad Social

En el marco de la implementación de la estrategia de Soledad Social, desarrollada bajo el enfoque MAS Compañía, MAS Bienestar, se evidencia un proceso de identificación, acompañamiento e intervención orientado a disminuir el riesgo asociado al aislamiento social, fortalecer redes de apoyo y promover la participación comunitaria de las personas intervenidas. Conforme a la línea técnica, el ingreso de los usuarios a la estrategia se realiza mediante la aplicación de la Escala de Soledad Social (ESS), instrumento que permite identificar el nivel de riesgo y definir el tipo de intervención requerida según la condición detectada.

Durante el periodo comprendido entre enero y marzo de 2026 se identificaron e intervinieron 336 personas en situación de soledad social, alcanzando una cobertura del 100% entre personas identificadas y personas intervenidas, lo que evidencia capacidad de respuesta frente a los casos detectados en territorio. Del total de usuarios intervenidos, el 27% correspondió al mes de enero, el 24% a febrero y el 49% a marzo, evidenciando un incremento significativo en la identificación de casos durante el último mes analizado. Este comportamiento se relaciona con el fortalecimiento de las acciones de búsqueda activa, la aplicación sistemática de la ESS y una mayor sensibilización de los equipos frente a la

identificación temprana de factores asociados al aislamiento social, baja participación comunitaria y fragilidad de redes familiares y sociales.

Conforme al lineamiento técnico, cuando la ESS evidencia riesgo alto de soledad social, se activa la asignación de auxiliar de cuidado mediante cuatro sesiones de relevo de cuatro horas cada una, orientadas a favorecer el acompañamiento, fortalecer la interacción social, promover la participación en actividades significativas y disminuir el aislamiento emocional y relacional. Estas acciones son desarrolladas de manera articulada con Trabajo Social, quien lidera la formulación y seguimiento del plan de bienestar, centrado en el fortalecimiento de habilidades sociales, vinculación comunitaria y acceso a oferta institucional y sanitaria.

Las intervenciones desarrolladas permitieron evidenciar cambios positivos en la percepción de bienestar y participación social de los usuarios intervenidos. Desde el análisis cualitativo se identificó fortalecimiento de vínculos familiares y comunitarios, incremento en la participación en espacios recreativos y comunitarios, recuperación de rutinas de autocuidado y disminución de la percepción de aislamiento en las dimensiones emocional, relacional y colectiva. Así mismo, se observó una mayor apropiación de la oferta institucional y fortalecimiento de la autonomía y capacidad de agencia de las personas acompañadas.

En relación con los cierres de caso, durante el periodo se realizaron 171 cierres, correspondientes al 50,8% del total de usuarios intervenidos. Del total de cierres, el 24,5% correspondió a enero, el 48,5% a febrero y el 27% a marzo. Estos resultados evidencian avance en el cumplimiento de objetivos planteados en los planes de bienestar, especialmente en usuarios que lograron fortalecer redes de apoyo y disminuir el riesgo asociado a la soledad social. Sin embargo, también se identificaron casos relacionados con pérdida de seguimiento, baja adherencia o resistencia inicial a participar en actividades comunitarias, particularmente en usuarios con aislamiento prolongado, deterioro emocional o ausencia de redes familiares significativas.

Desde el análisis operativo y conforme a la línea técnica, se identifica que la demanda creciente de relevos derivados tanto de la estrategia RBC como de Soledad Social ha superado parcialmente la capacidad instalada disponible para la atención oportuna de los casos priorizados. Actualmente se cuenta con diez auxiliares de cuidado para responder simultáneamente a los requerimientos generados por siete terapeutas y tres trabajadoras sociales, situación que ha impactado el cumplimiento de la periodicidad esperada de las intervenciones. Conforme a lineamiento técnico, la estrategia de Soledad Social contempla procesos de acompañamiento con duración máxima de tres meses; no obstante, el aumento progresivo de casos identificados y la alta demanda territorial han generado retrasos en la asignación de relevos y continuidad de algunas sesiones programadas, especialmente en momentos de mayor captación de usuarios.

A pesar de estas limitaciones operativas, la estrategia evidencia resultados positivos en términos de cobertura, identificación temprana del riesgo y fortalecimiento del acompañamiento social y comunitario. El trabajo articulado entre Trabajo Social y Auxiliar de Cuidado permitió generar procesos de acompañamiento más humanizados, centrados en la persona y ajustados a las necesidades emocionales y sociales identificadas durante la valoración inicial.

En este contexto, se recomienda fortalecer la capacidad operativa de auxiliares de cuidado para responder de manera más oportuna a la demanda de relevos, consolidar estrategias comunitarias sostenibles de apoyo social, ampliar la articulación intersectorial y fortalecer el seguimiento posterior al cierre de los casos, con el fin de garantizar continuidad en los logros alcanzados, mejorar la adherencia a los procesos y disminuir el riesgo de recaída en situaciones de aislamiento social.

4.4.7 Cáncer

Durante el periodo de reporte acumulado desde la fuente de reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS, se encuentra la cantidad total de casos analizados (n=100), distribuidas dentro de las localidades de Ciudad Bolívar (n=61), Usme (n=23) y Tunjuelito (n=16), se ejecutó el proceso de educación en salud fortalecimiento del autocuidado, adherencia terapéutica, seguimiento a controles y reconocimiento de signos de alarma a las familias con seguimiento por PB, en donde se observa que el cierre de casos fue de 36 casos en los cuales la familia ya no requería continuidad del plan de bienestar o no presentaban el riesgo inicialmente priorizado.

64 casos que están en pb de bienestar aperturado en los que se continua un seguimiento para seguimiento por el controles medicos y especialidades pendientes, y continuidad en la fase de implementación, monitoreo y seguimiento del plan de bienestar, especialmente en eventos crónicos y oncológicos que requieren continuidad del cuidado y validación progresiva del cumplimiento de compromisos familiares y clínicos.

4.4.8 Salud oral

En el marco de la implementación de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar, se ejecutó el proceso de acompañamiento, educación y orientación en hábitos de higiene oral en las localidades de Ciudad Bolívar, Usme y Tunjuelito. Durante el trimestre de referencia, se abordó un total de familias Ciudad Bolívar:513; Usme:574; Tunjuelito: 141), logrando una transformación significativa en la cultura del autocuidado y la gestión del riesgo en salud oral.

El Plan de Bienestar se desarrolló conforme a los lineamientos técnicos vigentes, priorizando a gestantes, menores de cinco años con caries activa y pacientes con patologías crónicas no adherentes a la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS).

Comentado [52]: valor difente al vsp cual es al fuente de estos casos?

Comentado [53R52]: resuelto, apartir de los datos generados por vsp

Comentado [54]: Se agradece el reporte de la información remitida, la cual cumple con los criterios técnicos establecidos

Identificando el desempeño de las acciones de promoción del cuidado en salud oral se relaciona según indicador $(N.^{\circ} \text{ de familias con transformación positiva en su salud oral} / N.^{\circ} \text{ de familias intervenidas por el plan de bienestar de salud oral}) \times 100$ para el periodo Enero a marzo 2026:

- En el mes de enero de 450 familias intervenidas por el plan de bienestar participantes de los procesos de promoción de prácticas de salud oral, se evidencian 400 familias con transformación positiva en salud oral correspondiente a un 89%, e l 11% restante de las familias evidenció cambios parciales en la adopción de prácticas de higiene oral.

La efectividad de la intervención se fundamentó en el seguimiento clínico comparativo entre la valoración inicial y la valoración final, empleando el Índice de O'Leary como herramienta de valoración de placa bacteriana. Los resultados obtenidos permiten inferir una apropiación de la técnica del cepillado técnica de las orientaciones impartidas durante el ciclo educativo domiciliario. Asimismo, se observa una mejora en la frecuencia y técnica del cepillado dental, así como la incorporación del uso diario de la seda dental como complemento fundamental de la higiene oral. Lo anterior evidencia el fortalecimiento de hábitos saludables y el compromiso de los usuarios con el cuidado de su salud bucal, previniendo enfermedades periodontales y caries dental.

- Durante el mes de febrero, de un total de 299 familias intervenidas en el marco del plan de bienestar y vinculadas a procesos de promoción de prácticas de salud oral, 272 presentaron cambios positivos en su salud bucodental, lo que equivale al **91%** de cumplimiento en la transformación de hábitos. Por otro lado, se identificaron cambios graduales en el **9%** restante de las familias, a quienes se les brindó recomendaciones para mejorar sus prácticas de cuidado y autocuidado de salud oral.

Tras el fortalecimiento de las prácticas adecuadas en salud bucal brindado a las familias durante el proceso de acompañamiento, se evidencia una apropiación tanto individual como familiar de las conductas de cuidado y autocuidado.

Lo anterior se ve reflejado en los cambios positivos identificados al cierre del proceso, donde las familias demuestran mayor conciencia frente a la importancia de mantener hábitos adecuados de higiene oral. En este sentido, no solo se reconoce el valor estético de estas prácticas, sino también su impacto directo en la salud general y en la prevención de enfermedades.

Asimismo, se observa una adherencia a los de los conocimientos adquiridos, evidenciada en la adopción de rutinas de higiene más constantes y en el compromiso con el mantenimiento de la salud bucal a nivel familiar, lo cual contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de la población intervenida.



- Durante el mes de marzo, se evidenció que el 88% de las familias participantes en los procesos de promoción de prácticas de salud oral (421 de 479) presentaron cambios positivos en el cuidado de su salud bucal. el 12 % restante presentó cambios graduales durante el proceso.

En el proceso de educación familiar se promovió un espacio de aprendizaje durante las diferentes sesiones. Este proceso permitió fortalecer conocimientos y resolver dudas relacionadas con el cuidado de la salud bucal.

De igual manera, se observa mayor compromiso por parte de los integrantes del núcleo familiar en el mantenimiento de estos hábitos, reconociendo su importancia no solo para la salud bucal, sino también para el bienestar general.

El Plan de Bienestar se desarrolla conforme al lineamiento vigente, mediante cuatro (4) sesiones ejecutadas en un periodo de hasta seis (6) meses, y se dirige prioritariamente a gestantes y menores de cinco (5) años con experiencia de caries activa, así como a usuarios con patologías crónicas no adherentes a la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) y con pérdida de piezas dentales, de acuerdo con los criterios de priorización.

De acuerdo con la periodicidad establecida en el presente convenio, para el periodo comprendido entre octubre de 2025 y marzo de 2026, se reporta un acumulado de 2483 familias abordadas, garantizando la continuidad de la atención y el cumplimiento de las metas de cobertura territorial.

Durante el trimestre (enero 01 marzo 31 de 2026), 1228 familias, distribuidas en 450 en enero, 299 en febrero y en 479 marzo. Generando el cierre del Plan de Bienestar, donde se evidencia transformaciones positivas en el Plan de Bienestar las localidades Ciudad Bolívar Usme y Tunjuelito se cuenta con un acumulado de 89.33%.

En el desarrollo del proceso de educación y acompañamiento familiar en salud bucal, se evidencian avances significativos en la adopción de prácticas de cuidado oral. Entre los principales logros se destaca el aumento en la frecuencia del cepillado dental, ajustado a las dinámicas familiares, así como la implementación progresiva de rutinas de higiene oral en menores de 5 años, siempre con el acompañamiento de un adulto responsable.

De igual manera, en la población gestante se observa una mayor conciencia frente a la importancia de sus prácticas de autocuidado en salud bucal, reconociendo la asistencia al servicio odontológico como un componente fundamental de su bienestar integral y del adecuado desarrollo de su bebé. Asimismo, las gestantes han identificado la relevancia de iniciar tempranamente las prácticas de cuidado oral desde el nacimiento, comprendiendo su papel en la prevención de enfermedades como la caries en la primera infancia. Este



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

proceso educativo ha favorecido la adopción de conductas preventivas orientadas al cuidado oportuno de la salud bucodental tanto de la madre como del recién nacido.

Se resalta también una transformación en la conciencia de las familias frente a la importancia de adquirir y utilizar de manera constante elementos de higiene oral, como la seda dental. De igual forma, se evidencia la apropiación de conocimientos relacionados con las enfermedades más frecuentes de la cavidad oral, su progresión y formas de prevención. En este contexto, los usuarios han incorporado prácticas como el autoexamen de la cavidad oral, fortaleciendo su capacidad de identificación temprana de posibles alteraciones.

En cuanto a las estrategias implementadas, el uso del índice de O'Leary se destaca como una herramienta efectiva, ya que permitió a los usuarios visualizar de manera clara las áreas dentales con deficiencias en el cepillado, facilitando procesos de retroalimentación y el mejoramiento de la técnica de higiene oral.

Adicionalmente, se evidencia una transformación significativa en la percepción de los usuarios frente a la salud bucal, generando mayor conciencia sobre la estrecha relación entre la cavidad oral y la salud general. En este sentido, se reconoce que la salud oral no debe ser entendida como un componente aislado, sino como parte integral del bienestar del individuo. Las familias han logrado comprender que una inadecuada higiene oral y el manejo deficiente de las condiciones bucodentales pueden constituirse en factores de riesgo para el desarrollo o agravamiento de enfermedades sistémicas, especialmente en pacientes con patologías crónicas. Este reconocimiento ha favorecido una mayor adherencia a las prácticas de autocuidado, así como el interés por mantener controles odontológicos periódicos.

En consecuencia, se refuerza la importancia de continuar promoviendo estrategias educativas que integren la salud bucal dentro de un enfoque de salud integral, contribuyendo a la prevención de complicaciones y al mejoramiento de la calidad de vida de la población intervenida.

No obstante, se identifican algunas brechas y dificultades, tales como la necesidad de ampliar los canales de agendamiento a nivel intramuros que minimice la brecha de acceso y la oportunidad al servicio odontológico. Generar estrategias de material didáctico con un enfoque diferencial por ciclo de vida, población especial que facilite la comprensión, apropiación y adherencia a las recomendaciones por parte de las familias.

4.4.9 Salud ambiental

Desde octubre 2025 a la fecha se realiza seguimiento a 1486 familias en las localidades correspondientes a la Subred Sur, obteniendo en el cuarto trimestre 2025 el abordaje de 623 casos y en el abordaje de los planes de cuidado familiar con énfasis en vivienda saludable realizado durante el primer trimestre del 2026, se llevó a cabo seguimiento a 863

Comentado [55]: Se agradece el reporte de la información remitida, la cual cumple con los criterios técnicos establecidos; no obstante, se solicita; tener en cuenta que el análisis del reporte del trimestre deberá contemplar el acumulado, contando con los reportes anteriores, garantizando la trazabilidad de la información y el análisis progresivo de los resultados en el tiempo.

Comentado [56R55]: RESUELTO



familias priorizadas por riesgo ambiental, las cuales se encuentra en las localidades de Usme 319, Tunjuelito 63, Ciudad Bolívar 361 y Sumapaz 120.

Se realizaron acciones promocionales en salud ambiental, temas como la prevención de accidentes en el hogar, el manejo adecuado de mascotas, la educación en medidas de prevención y control de enfermedades transmitidas por animales y vectores, la promoción de prácticas de consumo responsable, la separación adecuada de residuos en la fuente y el aprovechamiento de materiales reciclables. De los cuales se realiza terminación de proceso satisfactorio en un total de 442 familias, que corresponden a un 51% de familias abordadas en el trimestre. El porcentaje de hogares que implementan unidades demostrativas “huertas” para el periodo de análisis corresponde al 3% de las 863 familias donde se implementó la estrategia de vivienda saludable.

De estas en el mes de enero se realizó el abordaje de 579 casos mediante la implementación de planes de cuidado con enfoque en vivienda saludable. Como resultado de este proceso, se logró el cierre de 87 familias, evidenciando el cumplimiento de los compromisos establecidos en un 15%.

En el mes de febrero se continúa el abordaje de 583 familias dentro de la estrategia de vivienda saludable, de estas se cumple con el plan de bienestar en 166 casos, que corresponden a 28.4 % del total de los casos con terminación satisfactoria del trimestre en mención.

Para finalizar en el mes de marzo se abordó 556 familias priorizadas en las cuales se realiza cierre de proceso a 189 casos que cumplen con los compromisos concertados, equivale al 34% de la totalidad de los cierres de plan de bienestar del periodo comprendido entre enero y marzo 2026.

Del periodo de octubre a marzo 2026 se ha realizado cierre a 650 familias, equivalente a un 44%, donde se ha logrado la transformación de los riesgos que pueden desencadenar en complicaciones y afectaciones en salud sociosanitarias, y se logra evidenciar el cumplimiento de los planes de bienestar establecidos.

Es importante mencionar que las principales transformaciones de la familia se evidencia mitigación de los riesgos que se encuentran en los diferentes espacios de la vivienda, la Implementación de prácticas que fomenten el manejo adecuado de residuos sólidos como lo son el consumo responsable, separación de residuos, identificación de residuos posconsumo y su disposición final, prácticas de tenencia responsable de animales de compañía: vacunación, desparasitación, higiene y manejo de excretas.

Frente a lo que corresponde a las unidades demostrativas para el periodo de enero a marzo de 2026, se desarrolló 1 huerta en la ruralidad de Ciudad Bolívar y 22 huertas en la localidad de Sumapaz.

En el mes de febrero se implementan 13 unidades demostrativas en la localidad de Sumapaz, en la localidad de Ciudad Bolívar 2 huertas en seguimiento, para el mes de febrero en continúa implementando 3 en unidades en la localidad de Ciudad Bolívar y en Sumapaz 23, lo correspondiente al mes de marzo en la localidad de Sumapaz se aperturan 4 unidades demostrativas y se continúa implementado 30. se realizó articulación con el parque temático Chaquen logrando instaurar 22 huertas caseras, estas unidades se desarrollan mediante la germinación y siembra de hierbas aromáticas, legumbres, leguminosas entre otras especies pensadas en el autoconsumo y en la ganancia de una soberanía alimentaria. Teniendo en cuenta que las unidades demostrativas se implementan en el Convenio actual se espera alcanzar un porcentaje significativo en el desarrollo de la estrategia atendiendo a la priorización de familias dispuestas en el lineamiento técnico operativo.

Del periodo de octubre a marzo 2026 se ha realizado la instauración de 56 unidades demostrativas, ubicadas en ruralidad de ciudad Bolívar cercana 3 huertas y para la localidad de Sumapaz 53 unidades, donde se continúa el seguimiento al proceso de germinación y siembra de plántulas y de hierbas aromáticas.

En lo que respecta a las unidades demostrativas se realiza fortalecimiento a las familias en selección de lugares apto para huerta, cultivos agroecológicos, identificación de fuentes de materia orgánica y elaboración de abonos orgánicos, biopreparados, diseño de sistemas de riego de manera que estas actividades permitan favorecer la seguridad alimentaria y soberanía alimentaria y nutricional, tanto como fuente suplementaria de productos alimenticios o como fuente de aprovisionamiento durante la estancia no productiva.

4.4.10 Atención de jornadas y contingencias

Atención de jornadas y contingencias

Durante el periodo reportado, puntualmente en el mes de marzo se dio respuesta y se atendieron a una jornada y dos contingencias específicas: Alerta ambiental, jornada de búsqueda y vacunación de niños y niñas menores de 18 meses con sarampión y contingencia búsqueda, identificación y caracterización de gestantes de alto riesgo bajo la estrategia de ruteo.

Tabla 18. Jornadas y contingencias realizadas en el periodo 1 enero a 31 marzo 2026

Fecha	Nombre de la Jornada/Contingencia	Actividad Realizada	Talento Humano que participó (Técnicos y Profesionales)	Cantidad de Talento Humano que participó (Técnicos y Profesionales)	Horas empleadas
4 marzo	Alerta ambiental	Educación a las familias en la calidad	Gestores de bienestar	4 gestores de bienestar	8 horas



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

	Ciudad Bolívar EMBH	del aire en el marco de la alerta ambiental localidad Ciudad Bolívar sector mochuelo.	urbano y ruralidad	urbano y 2 gestores bienestar ruralidad	
4, 5 y 6 marzo	Fase 1 Jornada padrinazgo menores 18 meses para vacunación biológico Sarampión.	Búsqueda telefónica y presencial de menores de 18 meses, sensibilización, identificación y direccionamiento de menores de 18 meses a puntos de vacunación para aplicación de vacuna de sarampión.	Gestores de bienestar y Gestor en línea.	302 colaboradores distribuidos así: 220 gestores de bienestar - 82 gestores en línea.	20 horas.
18 y 19 marzo	Fase 2 Jornada padrinazgo menores 18 meses para vacunación biológico Sarampión	Búsqueda y presencial de menores de 18 meses, sensibilización, identificación y direccionamiento de menores de 18 meses a puntos de vacunación para aplicación de vacuna de sarampión	Gestores de bienestar y Gestor en línea.	47 Gestores de bienestar.	14 horas.
19, 20, 21 marzo	Contingencia táctica abordaje gestantes	Mediante la estrategia de ruteo realizar abordaje telefónico para la confirmación del riesgo, educación, transformación en salud, gestión de necesidades sociales y en salud (agendamiento, vacunación y abordaje en el domicilio).	Gestores de bienestar	44 gestores de bienestar	Validación unidad es acorde a la efectividad por estrategia de ruteo.

Fuente: Reportes finales de jornada y contingencia enviados a SDS marzo 2026.

4.4. SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Los servicios complementarios de Equipos Más bienestar en tu hogar se centran en las acciones de Bienestar: Servicios Complementarios (Toma de Laboratorios y Entrega de Medicamentos) y Vacunación. La acción de bienestar en servicios complementarios de salud (Toma de Laboratorios y Entrega de Medicamentos), se orienta a garantizar el acceso efectivo, oportuno y seguro a procedimientos y apoyos que fortalezcan la atención integral

de la población diferencial priorizada por la identificación de barreras de acceso. Estos servicios no sustituyen la atención clínica especializada, sino que complementan y facilitan la continuidad del cuidado, asegurando mejores condiciones de vida, prevención de enfermedades y adherencia a tratamientos.

Desde vacunación de Equipos Más bienestar en tu hogar se realiza actividades con cinco binas las cuales están conformadas por vacunador y registrador, realizando actividades en las tres localidades Usme, ciudad Bolívar, y Tunjuelito, esta estrategia es clave para ampliar el acceso, fortalecer la cobertura y garantizar la equidad en la prestación del servicio, permitiendo llegar de manera oportuna a poblaciones con barreras de acceso o en situación de vulnerabilidad. Para ello, se implementan diversas estrategias a través de las tácticas de la modalidad extramural, entre ellas la vacunación casa a casa, seguimiento domiciliario y desarrollo de jornadas de vacunación nacionales y distritales; contribuyendo así a la identificación y cierre de brechas en los esquemas de vacunación en los diferentes cursos de vida y entornos de vida cotidiana. Garantizando el acceso oportuno, seguro y de calidad a los servicios de vacunación de la población sujeto, a través de la estrategia Vacunación con MAS Bienestar en tu Hogar.

4.5.1 Servicios Complementarios Vacunación

De acuerdo con la información reportada, se desarrollaron intervenciones de vacunación en las localidades de Usme, Tunjuelito y Ciudad Bolívar, alcanzando un total de 1.402 usuarios vacunados y 2.601 biológicos aplicados. La población con mayor cobertura correspondió a menores de 6 años, con 550 usuarios vacunados, lo que representa aproximadamente el 39,2 % del total de usuarios intervenidos, además de 1.570 biológicos aplicados, equivalentes al 60,4 % del total de dosis administradas, evidenciando la priorización de la población infantil. La localidad con mayor número de intervenciones fue Ciudad Bolívar, concentrando cerca del 51 % de los usuarios vacunados, seguida de Usme con aproximadamente el 33 % y Tunjuelito con el 11 %. Asimismo, se destaca la vacunación en población gestante, mujeres en edad fértil, niños, niñas y adolescentes entre 9 y 17 años, población mayor de 60 años, usuarios crónicos y personal de salud, fortaleciendo las acciones de prevención y protección colectiva. Finalmente, se identificó que 71 usuarios (alrededor del 5 % de las atenciones) correspondían a residentes de otras localidades, quienes recibieron la intervención en la Subred Sur pese a pertenecer a otros territorios de residencia.

Tabla 19. Intervenciones desarrolladas de vacunación

Tipo de población	Localidad	Número de usuarios vacunados	Número de biológicos aplicados
Gestante	Usme	29	30



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

	Tunjuelito	15	17
	Ciudad Bolívar	67	76
Menor de 6 años	Usme	156	534
	Tunjuelito	55	197
	Ciudad Bolívar	339	839
Mujer en edad fértil	Usme	57	64
	Tunjuelito	14	17
	Ciudad Bolívar	55	70
Niños, Niñas y Adolescentes 9 a 17 años	Usme	92	104
	Tunjuelito	11	18
	Ciudad Bolívar	99	126
Mayores de 60 años	Usme	16	16
	Tunjuelito	12	12
	Ciudad Bolívar	42	42
Usuarios Crónicos	Usme	12	13
	Tunjuelito	7	7
	Ciudad Bolívar	7	7
Población General	Usme	65	67
	Tunjuelito	27	29
	Ciudad Bolívar	75	87
Personal de Salud	Usme	57	79
	Tunjuelito	20	39
	Ciudad Bolívar	57	91
	Residencia otra localidad	71	111
Total		1402	2601

Fuente: Matriz de seguimiento PAI EMBH enero - Marzo 2026

Comentado [57]: Falta incluir marzo

Comentado [58R57]: resuelto

4.5.2 Servicios Complementarios Laboratorios

Tabla 20. Intervenciones desarrolladas en toma de laboratorios

Institución	Localidad	No Usuarios con requerimiento de Toma de Laboratorios	No Usuarios con Toma de Laboratorios	% Efectividad	Resultados con datos críticos



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

Comunidad del cuidado Casa Nostra	Tunjuelito	64	63	98,4%	0
Población Privada de la libertad	Ciudad Bolívar	8	6	75%	0
Población Privada de la libertad	Usme	10	10	100%	0
Población Privada de la libertad	Tunjuelito	8	8	100%	0
Habitabilidad en calle	Los Mártires	3	3	100%	0
Total		93	90	96,7%	0

Fuente: Base poblacional PPL - Casa Nostra enero - marzo 2026

Durante el periodo de enero a marzo de 2026, se evidenció un alto nivel de cumplimiento en la toma de laboratorios, alcanzando una efectividad global del 96,7%, correspondiente a 90 usuarios atendidos de 93 con requerimiento. Al analizar por grupos, la Comunidad del Cuidado Casa Nostra en Tunjuelito presentó una efectividad del 98,4%, con solo un caso pendiente, lo que refleja una gestión muy eficiente. Por su parte, la población privada de la libertad en Usme y Tunjuelito, así como la población en habitabilidad en calle en Los Mártires, alcanzaron un cumplimiento del 100%, evidenciando estrategias efectivas de seguimiento y acceso. Sin embargo, en Ciudad Bolívar se identificó la menor efectividad (75%), lo que indica posibles barreras en el acceso o en la gestión del proceso que requieren intervención. Finalmente, no se reportaron resultados con datos críticos (0%), lo cual puede interpretarse como un adecuado control de los usuarios o la necesidad de revisar posibles subregistros. En general, los resultados demuestran un desempeño sólido, con oportunidades de mejora focalizadas en territorios específicos. En cuanto a la comunidad Casa Nostra el usuario pendiente se encontraba hospitalizado por tal motivo no se realizó la toma, para población privada de la libertad no se realizó la toma ya que un usuario rechazo y el otro usuario fue trasladado. Se aclara que los datos reportados presentan diferencias con la información registrada en el aplicativo GTAPS, debido a dificultades presentadas durante el diligenciamiento del módulo de laboratorios, el cual quedó registrado con la opción "No", pese a que la gestión sí fue realizada de manera efectiva. Adicionalmente, se presentaron inconvenientes para efectuar los ajustes correspondientes dentro del aplicativo. Por lo anterior, la información consolidada y analizada para el presente informe fue tomada de la matriz Base Poblacional Casa Nostra y ppl, la cual contiene datos verídicos, validados y acordes con las intervenciones ejecutadas en territorio.

Comentado [59]: No coincide con los registros en GTAPS

Comentado [60R59]: resuelto

Comentado [61]: NO hubo datos críticos en este tipo de población que atiende SRS?
Si hay datos críticos describir la gestión realizada

Comentado [62R61]: Resuelto, No se tuvieron datos críticos



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

Tabla 21. Intervenciones desarrolladas en toma de pruebas POCT

Localidad	No Usuarios con toma de pruebas POCT	HIV	Prueba Treponémica	HbsAg	Prueba de embarazo	Otras
Usme	23	23	23	0	0	0
Tunjuelito	21	21	21	0	0	0
Ciudad Bolívar	25	25	25	0	0	0
Total	69	69	69	0	0	0

Fuente: Aplicativo Gtaps enero - marzo 2026

Comentado [63]: Falta incluir marzo

Comentado [64R63]: Resuelto, se ajustan valores según descargas Gtaps

En relación con las intervenciones realizadas mediante pruebas rápidas POCT, se efectuó tamizaje a un total de 69 usuarios en las localidades de Usme, Tunjuelito y Ciudad Bolívar, garantizando en el 100 % de los casos la toma de pruebas para VIH, sífilis (prueba treponémica) y hepatitis B (HbsAg). Del total de usuarios intervenidos, el 36,2 % correspondió a Ciudad Bolívar, el 33,3 % a Usme y el 30,4 % a Tunjuelito, evidenciando una cobertura equilibrada entre las localidades priorizadas. Como resultado del proceso de tamizaje, se identificaron tres usuarios con resultado positivo para sífilis, uno en cada localidad intervenida (Usme, Tunjuelito y Ciudad Bolívar), a quienes se les garantizó la aplicación completa de las tres dosis de penicilina benzatínica, asegurando un tratamiento oportuno e integral. Esta intervención permitió fortalecer la gestión del riesgo en salud pública, orientada a prevenir complicaciones asociadas, interrumpir la cadena de transmisión y garantizar el seguimiento clínico correspondiente de los casos identificados.

4.5.3 Servicios Complementarios Medicamentos

Describir las acciones desarrolladas para dar cumplimiento a los objetivos propuestos, esto incluye la planeación del proceso, articulación con las dependencias de la subred, articulación con los coordinadores de las instituciones a intervenir, articulación con EPS, desarrollo de las jornadas y acciones derivadas de los resultados obtenidos.

Analizar los resultados frente al % de completitud en la entrega de medicamentos y oportunidad de entrega desde el momento del ordenamiento y % de primeras, segundas y terceras entregas.

Tabla 22. Intervenciones desarrolladas entrega de medicamentos

Institución	Localidad	No usuarios con orden de medicamentos	No usuarios con medicamentos entregados	% Efectividad
Comunidad del cuidado Casa Nostra	Tunjuelito	26	26	100%
Población Privada de la libertad	Ciudad Bolívar	21	21	100%
Población Privada de la libertad	Usme	15	15	100%



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

Población Privada de la libertad	Tunjuelito	13	13	100%
Total		75	75	100%

Fuente: Base Nominal Casa Nostra- Población Privada de la Libertad Enero - marzo 2026

Del total de 75 usuarios con orden de medicamentos, se identificó que 23 casos (31%) presentaron entregas incompletas debido a la no disponibilidad de algunas moléculas, concentrándose principalmente en Ciudad Bolívar con 13 usuarios (57% de los incompletos), seguido de Tunjuelito y Usme con 5 usuarios cada uno (22% respectivamente). Esta situación evidencia una afectación importante en la continuidad del tratamiento, especialmente en Ciudad Bolívar, lo que sugiere la necesidad de fortalecer la gestión de abastecimiento y seguimiento a la dispensación oportuna de medicamentos. Se aclara que los datos reportados presentan diferencias con la información registrada en el aplicativo GTAPS, debido a dificultades presentadas durante el diligenciamiento del módulo de medicamentos, el cual quedó registrado con la opción "No", pese a que la gestión sí fue realizada de manera efectiva. Adicionalmente, se presentaron inconvenientes para efectuar los ajustes correspondientes dentro del aplicativo. Por lo anterior, la información consolidada y analizada para el presente informe fue tomada de la matriz Base Poblacional Casa Nostra y ppl, la cual contiene datos verídicos, validados y acordes con las intervenciones ejecutadas en territorio.

Comentado [65]: No coincide con los registros en GTAPS

Comentado [66R65]: resuelto

4.5. ABORDAJE EN EL MARCO DE LA APSOCIAL

4.6.1 Pagadarios con MAS Bienestar

Tabla 23. Atención a Familias en Pagadarios

Localidad	Total, de pagadarios caracterizados	Principales necesidades identificadas		
		Total, de familias con Concertación de Planes de Bienestar	Total, de familias con Seguimientos	Total, de familias con Derivaciones
06-Tunjuelito	8	296	16	170
19-Ciudad Bolívar	3	30	0	20

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS-octubre 2025 a marzo 2026

En el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026, y dando continuidad al proceso de abordaje territorial adelantado de manera progresiva en la Subred Sur, se mantuvo la identificación y caracterización de viviendas tipo pagadario,

Comentado [67]: Se agradece el reporte de la información remitida, la cual cumple con los criterios técnicos establecidos; no obstante, se solicita; tener en cuenta que el análisis del reporte del trimestre deberá contemplar el acumulado, contando con los reportes anteriores, garantizando la trazabilidad de la información y el análisis progresivo de los resultados en el tiempo.

Comentado [68R67]: Resuelto

garantizando la trazabilidad de la información reportada en periodos anteriores y el análisis acumulado de los resultados. Frente al trimestre previo (octubre–diciembre de 2025), en el cual la identificación se concentraba exclusivamente en la localidad de Tunjuelito con ocho (8) viviendas caracterizadas, en el presente corte se evidencia un avance significativo con la ampliación del abordaje a la localidad de Ciudad Bolívar, donde se identificaron tres (3) nuevas viviendas bajo esta modalidad habitacional. De esta manera, el acumulado de la Subred Sur asciende a once (11) viviendas tipo pagadario caracterizadas a corte de marzo de 2026. En materia de atención a las familias, el consolidado acumulado registra un total de 326 familias con concertación de Planes de Bienestar, 16 familias con seguimientos y 190 familias con derivaciones, resultado de la suma de las atenciones adelantadas en los trimestres octubre–diciembre de 2025 y enero–marzo de 2026, lo que permite evidenciar el avance progresivo de la intervención en el tiempo. Este avance se atribuye principalmente a la gestión activa de la gestora de bienestar, quien, mediante la búsqueda intencionada, el reconocimiento del territorio y el acercamiento directo a la comunidad, realizó la apertura de estos espacios, estableciendo el primer contacto con los administradores y las familias residentes y socializando el Modelo de Atención en Salud y la estrategia MAS Bienestar en tu Hogar como puerta de entrada a la oferta institucional. De manera paralela, se mantuvo la articulación con la Secretaría Distrital de Integración Social y las Subdirecciones Locales; no obstante, a la fecha no se han recibido reportes por parte de estas instancias frente a la identificación de este tipo de viviendas, lo que reafirma la relevancia de la gestión territorial directa como principal mecanismo para la ubicación y caracterización de estas modalidades habitacionales en la Subred Sur.

Dentro de las prioridades identificadas, se evidenció un alto predominio de factores de riesgo psicosocial, asociados principalmente a la limitada o inexistente red de apoyo familiar, situaciones de aislamiento social y, en varios casos, a personas que se encuentran solas en la ciudad. Estas condiciones impactan de manera significativa la salud mental y emocional de las familias, favoreciendo la aparición de conducta suicida, procesos de duelo no acompañados y dificultades para la vinculación a redes de apoyo formales e informales. De igual manera, se identificaron usuarias gestantes que requerían acompañamiento para el acceso oportuno a controles prenatales y atención integral en salud, así como familias con integrantes que presentan condiciones crónicas, para quienes la inestabilidad habitacional representa una barrera adicional para la continuidad de los tratamientos y el seguimiento médico. También se reconocieron necesidades relacionadas con la protección integral de niños y niñas, la atención a personas con discapacidad y el acompañamiento a familias que enfrentan diagnósticos de alto impacto, lo que demandó una respuesta articulada y diferencial.

Como respuesta a las necesidades priorizadas, se adelantó la concertación de Planes de Bienestar con las familias, ajustados a los riesgos identificados y a las particularidades del contexto de los pagadarios. Estos planes han permitido establecer compromisos claros entre las familias y la institucionalidad, orientados a la mitigación de riesgos y al fortalecimiento de capacidades para el cuidado de la salud y el bienestar integral. Actualmente, se vienen realizando seguimientos, priorizados según el nivel de riesgo, lo que ha permitido dar continuidad a las acciones acordadas, verificar la adherencia a las recomendaciones y ajustar las intervenciones cuando ha sido necesario. Este proceso de seguimiento ha sido clave para sostener el vínculo con las familias, a pesar de la alta movilidad que caracteriza este tipo de alojamiento.



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

En el marco del abordaje realizado, se desarrollaron diversas gestiones del riesgo, las cuales se materializaron mediante agendamientos, activaciones de ruta y derivaciones a planes de cuidado familiar, permitiendo una respuesta oportuna y pertinente frente a los riesgos identificados. En este proceso se consolidaron 6 agendamientos y 95 activaciones de ruta, lo que evidencia una gestión activa, articulada y efectiva de la oferta institucional. Se resalta de manera especial el nivel de respuesta institucional alcanzado a través de la intervención directa de los diferentes perfiles profesionales en 23 familias según las situaciones abordadas y garantizando la continuidad en la concertación e implementación de los Planes de Bienestar, ajustados de manera diferencial según los riesgos identificados, fortaleciendo los procesos de seguimiento, prevención y mitigación del riesgo y contribuyendo significativamente al bienestar integral de las familias; Este abordaje por perfiles profesionales fue fundamental para trascender la atención puntual, fortaleciendo los procesos de seguimiento, prevención y mitigación del riesgo, y asegurando una atención integral que contribuye de manera efectiva al bienestar familiar, especialmente en un contexto de alta vulnerabilidad y movilidad habitacional como el de las familias residentes en pagadarios.

4.6.2 Abordaje Familiar en Pagadarios

Tabla 24. Prioridades identificadas en Pagadarios

LOCALIDAD	TOTAL, DE FAMILIAS CARACTERIZADAS	TOTAL, FAMILIAS CON ACTUALIZACIÓN	TOTAL, DE INDIVIDUOS CARACTERIZADOS Y ACTUALIZADOS	TOTAL, DE FAMILIAS CLASIFICADAS EN PRIORIDAD ALTA	TOTAL, DE FAMILIAS CLASIFICADAS EN PRIORIDAD MEDIA	TOTAL, DE FAMILIAS CLASIFICADAS EN PRIORIDAD BAJA
06- Tunjuelito	277	32	361	17	124	168
19- Ciudad Bolívar	29	1	30	0	16	14
Total	306	33	391	17	140	182

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS-octubre 2025 a marzo 2026

En la Tabla 24 se presenta el consolidado de las caracterizaciones y actualizaciones familiares realizadas en el marco del abordaje familiar a población residente en pagadarios de la Subred Sur, garantizando la trazabilidad de la información reportada en periodos anteriores y el análisis progresivo de los resultados en el tiempo. Durante el trimestre comprendido entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026 se caracterizaron 141 familias, distribuidas entre las localidades de Tunjuelito y Ciudad Bolívar, y se realizaron 16 actualizaciones a familias abordadas en periodos anteriores, levantando información de 183 individuos. Al integrar estos resultados con el trimestre previo (octubre–diciembre de 2025), en el cual el abordaje se concentraba exclusivamente en la localidad de Tunjuelito, el acumulado de la Subred Sur asciende a 306 familias caracterizadas, 33 familias con actualización y 391 individuos caracterizados y actualizados a corte de marzo de 2026.

Comentado [69]: Se agradece el reporte de la información remitida, la cual cumple con los criterios técnicos establecidos; no obstante, se solicita; tener en cuenta que el análisis del reporte del trimestre deberá contemplar el acumulado, contando con los reportes anteriores, garantizando la trazabilidad de la información y el análisis progresivo de los resultados en el tiempo.

Comentado [70R69]: Resuelto

En cuanto a la priorización del riesgo y de acuerdo con los criterios establecidos en el modelo de gestión extramural, las familias fueron clasificadas por nivel de prioridad en salud. Durante el trimestre enero–marzo de 2026 se clasificaron 157 familias, identificando un 5,1% (n=8) en prioridad alta, un 51,0% (n=80) en prioridad media y un 43,9% (n=69) en prioridad baja. Al integrar estos resultados con el periodo previo (octubre–diciembre de 2025), el consolidado acumulado de la Subred Sur asciende a 339 familias clasificadas, distribuidas en un 5,0% (n=17) en prioridad alta, un 41,3% (n=140) en prioridad media y un 53,7% (n=182) en prioridad baja. Este comportamiento permite evidenciar la progresión de la intervención en el tiempo y fortalecer la base de datos poblacional necesaria para la planeación, priorización y seguimiento de las acciones de gestión del riesgo en salud. El avance frente al periodo anterior se asocia, además, a la ampliación del abordaje a la localidad de Ciudad Bolívar, que aporta por primera vez en este corte 29 familias caracterizadas y 30 individuos a la línea base de la Subred. Esta clasificación orientó la respuesta de resolutiveidad institucional, permitiendo definir acciones diferenciadas según el nivel de riesgo identificado. En todos los casos se realizaron acciones de educación y promoción de la salud; adicionalmente, las familias clasificadas en prioridad media y alta fueron objeto de intervenciones específicas que incluyen activaciones de ruta a servicios de salud y/o a los servicios intersectoriales, derivación a planes de cuidado familiar y articulación con redes de apoyo comunitarias e institucionales.

En relación con las derivaciones y la gestión del riesgo, se adelantaron agendamientos, activaciones de ruta y remisiones a servicios y programas según las necesidades priorizadas, garantizando una respuesta oportuna frente a situaciones de riesgo psicosocial, condiciones crónicas, gestación, protección de niños y niñas y otros eventos de alto impacto. Estas acciones permitieron fortalecer la resolutiveidad del modelo, asegurando que las familias con mayor nivel de vulnerabilidad accedieron de manera efectiva a la oferta institucional disponible.

El seguimiento se ha desarrollado de manera focalizada y progresiva, priorizando a las familias clasificadas en niveles de riesgo medio y alto, con el objetivo de verificar la adherencia a las recomendaciones, la efectividad de las derivaciones realizadas y la continuidad de los Planes de Bienestar concertados. Este seguimiento ha permitido identificar avances en la mitigación de riesgos y, a su vez, reconocer desafíos asociados a la alta movilidad de la población residente en pagadarios, lo que ha requerido ajustes permanentes en las estrategias de acompañamiento y articulación interinstitucional. En este sentido, el seguimiento no se limita a la reiteración de acciones iniciales, sino que constituye un proceso dinámico orientado a la toma de decisiones, el ajuste de intervenciones y el fortalecimiento de la atención integral en el territorio.

4.6.3 Jornadas MAS Bienestar para ciudadanos con habitanza o habitabilidad en calle - Recorrido Nocturno.



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

Tabla 25. Caracterizaciones y atenciones individuales en jornadas MAS Bienestar – Recorrido nocturno

Localidad	Fecha de la jornada	No usuarios caracterizados	No atenciones individuales
06 - Tunjuelito	07/01/2026	10	10
06 - Tunjuelito	04/02/2026	8	8
19 - Ciudad Bolívar	16/02/2026	10	10
05 - Usme	27/02/2026	6	6
06 - Tunjuelito	25/03/2026	10	10
19 - Ciudad Bolívar	27/03/2026	6	6
Total		50	50

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS-enero a marzo 2026

Durante el periodo comprendido entre el 01 de enero y el 31 de marzo de 2026, en el marco de las jornadas MAS Bienestar en modalidad de recorrido nocturno, acción desarrollada a nivel distrital conforme al cronograma establecido, se realizaron intervenciones en las localidades de Tunjuelito, Ciudad Bolívar y Usme. En este contexto, se llevó a cabo la caracterización de 50 usuarios, en quienes se realizó la identificación de riesgos en salud, así como 50 atenciones individuales por parte del perfil de medicina, lo que permitió un abordaje integral y personalizado durante el recorrido nocturno, de acuerdo con la programación y distribución territorial registradas en la tabla 24.

A partir del abordaje realizado durante las jornadas, se identificaron diversas necesidades prioritarias en la población atendida, siendo la más prevalente el consumo problemático de sustancias psicoactivas (SPA), condición que se encuentra estrechamente relacionada con alteraciones psicosociales y con dificultades para la adherencia a los servicios de salud. Desde el punto de vista del perfil de morbilidad, se evidenció una alta carga de eventos prevenibles y de condiciones de curso crónico no controlado, destacándose la presencia recurrente de afecciones dermatológicas, lesiones cutáneas e infecciones de tejidos blandos asociadas a prácticas inadecuadas de higiene y curación, así como enfermedades bucodentales no tratadas. Adicionalmente, se identificaron condiciones crónicas descompensadas, tales como diabetes mellitus, que incrementan el riesgo de complicaciones agudas y eventos de urgencia. Este perfil de morbilidad refleja una alta vulnerabilidad sanitaria, determinada por la exclusión social, la inestabilidad habitacional y la discontinuidad en el acceso a los servicios de salud.

En el componente de atención en salud, se evidenciaron prácticas de riesgo como el uso de alcohol metílico para la curación de heridas, situación asociada principalmente a la no asistencia a los servicios de salud, la desinformación frente a los procesos de atención, la percepción de un trato inadecuado en los centros asistenciales y la dificultad para recordar



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

las fechas de las citas previamente asignadas. En relación con el aseguramiento en salud, durante el desarrollo de las jornadas se realizó la gestión inmediata de afiliación al sistema de salud en aquellos casos en los que se identificaron ciudadanos sin cobertura, con el fin de facilitar el acceso oportuno a los servicios.

Adicionalmente, durante los recorridos nocturnos se contó con el apoyo de la gestora en línea, quien permitió la **asignación** de citas en salud de acuerdo con los riesgos identificados durante la caracterización, fortaleciendo la oportunidad de la atención y la activación de rutas asistenciales. Frente a la necesidad de documentación, especialmente en usuarios migrantes no regularizados, se efectuó la orientación y el redireccionamiento a las entidades competentes, incluyendo Migración Colombia, con el propósito de que definieran su situación en el país. De manera articulada con la Secretaría Distrital de Integración Social, se ofertaron servicios tales como centro día, procesos de rehabilitación, centros de escucha y jornadas de higiene, evidenciándose en general una actitud asertiva y disposición por parte de los ciudadanos para aceptar la oferta institucional, tanto en el componente de salud como en la atención intersectorial. Adicionalmente, se identificó que algunos usuarios realizan desplazamientos desde otras localidades cuando tienen conocimiento de la realización de jornadas cercanas. En el caso de usuarios adultos mayores en condición de abandono y sin consumo de SPA, se realizó la oferta de comedores comunitarios como estrategia de apoyo alimentario.

Es importante, en el marco de la descripción de las actividades, indicar que con el fin de llegar a la mayor cantidad de usuarios y ampliar el radio de atención durante las jornadas nocturnas, se han realizado las siguientes acciones: Se ha realizado un recorrido previo por el territorio que se visita en la noche y se ha indicado a las personas con habitabilidad en calle identificadas previamente, sobre el desarrollo de la jornada, para que estén atentos a la llegada del equipo. De la misma manera, durante los recorridos nocturnos, se ha realizado un recorrido de avanzada por parte del Gestor Social para que realice un proceso previo de información para efecto de que los habitantes de calle, a partir de la actividad de voz a voz, indiquen a sus pares la permanencia del equipo en el territorio, así como los servicios que se ofertan durante la jornada y de los que se verán beneficiados. Esto ha sido positivo para incrementar el número de usuarios atendidos, sin que esto sea suficiente.

De manera transversal, se desarrollaron acciones de educación en salud, orientadas a la importancia de la asistencia a los servicios, la identificación de signos de alarma para acudir a urgencias, la vacunación y el fortalecimiento del autocuidado; y se realizaron remisiones a servicios como toma de laboratorios, psicología y nutrición, de acuerdo con las necesidades identificadas, además de la orientación integral frente a la oferta disponible por parte de Integración Social.

La totalidad de los ciudadanos abordados aceptaron de manera voluntaria la atención y las orientaciones brindadas; no obstante, se identificó como principal dificultad para el seguimiento la condición de población flotante, lo cual limita la posibilidad de mantener el contacto posterior y dificulta, en algunos casos, la entrega efectiva de órdenes y servicios

Comentado [71]: que bien que se describan estas acciones

Comentado [72]: por favor en este aparte describir que estamos haciendo para mejorar o ampliar la cantidad de usuarios durante las jornadas

Comentado [73R72]: Agregada la descripción

por parte de la Secretaría Distrital de Integración Social, al no ser posible ubicar nuevamente a los usuarios en los puntos donde se realizó el abordaje inicial. Para los seguimientos efectuados se identificó que, en la mayoría de los casos, los números suministrados corresponden a familiares, quienes refieren no tener contacto reciente con los ciudadanos o que estos retornan de manera esporádica a sus hogares únicamente para actividades básicas como la higiene.

En este sentido, la valoración de las acciones implementadas evidencia una efectividad parcial en la mitigación de riesgos y el cierre de brechas, particularmente en lo relacionado con la respuesta inmediata durante el abordaje en territorio y la articulación intersectorial; sin embargo, se identifican oportunidades de mejora orientadas al fortalecimiento de los mecanismos de seguimiento, la continuidad en la atención y la adherencia a los servicios de salud. Estas acciones deberán continuar alineadas con los objetivos de la estrategia MAS Bienestar, con el fin de fortalecer la atención integral de los ciudadanos y las ciudadanas habitantes de calle, promoviendo intervenciones oportunas, sostenidas y coherentes con las necesidades identificadas en el territorio.

4.6.4 Jornadas de identificación de riesgos y atención Integral para ciudadanos con habitanza o habitabilidad en calle.

Tabla 26. Jornadas de identificación de riesgos y atención integral: usuarios caracterizados y atenciones realizadas

Nombre de la institución	Fecha	No usuarios caracterizados	No atenciones individuales
Jornada Idipron Perdomo	13/01/2026	10	6
Jornada Idipron Perdomo	14/01/2026	10	9
Jornada Tercer Milenio	16/01/2026	6	5
Jornada Tercer Milenio	19/01/2026	6	6
Jornada Tercer Milenio	21/01/2026	5	5
Jornada Tercer Milenio	28/01/2026	4	4
Jornada Tercer Milenio	30/01/2026	8	8
Jornada Tercer Milenio	03/02/2026	3	3
Jornada Voto Nacional	09/02/2026	11	11
Jornada Hogar de Paso Mártires	11/02/2026	9	9
Jornada Voto Nacional	18/02/2026	11	10
Jornada Voto Nacional	19/02/2026	9	0



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

Jornada Voto Nacional	20/02/2026	5	0
Jornada Voto Nacional	23/02/2026	4	0
Jornada Voto Nacional	24/02/2026	6	0
Jornada Voto Nacional	25/02/2026	11	0
Jornada Voto Nacional	26/02/2026	9	1
Jornada Voto Nacional	27/02/2026	6	6
Jornada Hogar de Paso día y noche Bakata y Puente Aranda	02/03/2026	0	0
Jornada Hogar de Paso día y noche Bakata y Puente Aranda	03/03/2026	0	0
Jornada Hogar de Paso día y noche Bakata y Puente Aranda	04/03/2026	6	6
Jornada Hogar de Paso día y noche Bakata y Puente Aranda	05/03/2026	0	0
Jornada Hogar de Paso día y noche Bakata y Puente Aranda	06/03/2026	2	2
Jornada Tercer Milenio	09/03/2026	0	0
Jornada Tercer Milenio	10/03/2026	1	0
Jornada Tercer Milenio	11/03/2026	6	6
Jornada Tercer Milenio	12/03/2026	3	0
Jornada Tercer Milenio	13/03/2026	2	2
Jornada Hogar de Paso Mártires	16/03/2026	0	0
Jornada Hogar de Paso Mártires	17/03/2026	0	0
Jornada Hogar de Paso Mártires	18/03/2026	1	0
Jornada Hogar de Paso Mártires	19/03/2026	0	0
Jornada Hogar de Paso Mártires	20/03/2026	2	0
Jornada Voto Nacional	24/03/2026	0	0
Jornada Voto Nacional	25/03/2026	2	0
Jornada Voto Nacional	26/03/2026	0	0



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E**

Jornada Voto Nacional	27/03/2026	4	1
Jornada Hogar de Paso día y noche Bakata y Puente Aranda	30/03/2026	0	0
Jornada Hogar de Paso día y noche Bakata y Puente Aranda	31/03/2026	0	0
Total		162	100

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS-enero a marzo 2026

En el marco de las jornadas de identificación de riesgos y atención integral para ciudadanos con habitanza o habitabilidad en calle, se desarrollaron durante el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026 un total de múltiples jornadas en articulación con diferentes instituciones y escenarios estratégicos, entre ellos IDIPRON Perdomo, el sector de Tercer Milenio, jornadas en el marco de Voto Nacional y espacios como Hogar de Paso. Como resultado de estas acciones, se realizó la caracterización de 162 ciudadanos, a quienes se les brindaron 100 atenciones individuales por parte del perfil de medicina, evidenciando un avance significativo en la identificación de riesgos en salud, así como en la prestación de atenciones, de acuerdo con la información registrada en la tabla 25.

A partir del abordaje realizado, se identificaron necesidades prioritarias asociadas principalmente a riesgos en salud y condiciones de vulnerabilidad social, lo que permitió orientar las acciones de atención integral desde un enfoque preventivo y de mitigación del riesgo. Las jornadas desarrolladas en el sector de Tercer Milenio, así como en los espacios intervenidos en el marco de Voto Nacional, concentran un número significativo de usuarios caracterizados y atendidos, lo cual da cuenta de la relevancia de estos puntos como escenarios estratégicos para el abordaje de población con habitabilidad en calle. No obstante, durante dichas jornadas se identificó una barrera relevante para la continuidad de los servicios, relacionada con que, por parte de la Secretaría Distrital de Integración Social, no siempre se realiza la entrega efectiva de las órdenes a los usuarios. En la mayoría de los casos, se les indica a los ciudadanos que deben acercarse a la siguiente jornada para la entrega de estas; sin embargo, debido a la condición de movilidad y transitoriedad de la población, en algunas ocasiones los usuarios no regresan, lo que limita la continuidad en los procesos de atención en salud y la adherencia a los servicios ofertados. Adicionalmente, se identifica como debilidad la baja proporción de población asignada a la Subred Sur en estos escenarios, lo que restringe el alcance de las intervenciones y la continuidad en la gestión de los casos. En contraste, en los Hogares de Paso de Bakata, Puente Aranda y Mártires, se ha logrado avanzar en la gestión efectiva de la toma de laboratorios, entrega de medicamentos y agendamiento de citas según disponibilidad de agenda, favoreciendo la continuidad de la atención, dado que los usuarios permanecen de manera temporal en estos espacios, a diferencia de los servicios de autocuidado ubicados en Tercer Milenio y Voto Nacional, donde la población presenta una alta rotación diaria.

Durante el desarrollo de las jornadas se brindó orientación permanente a los ciudadanos frente a la importancia de la asistencia a los servicios de salud y el acceso oportuno a la oferta institucional. En este proceso, se resalta el rol estratégico del gestor social, quien es el encargado de realizar la verificación en los validadores para identificar a qué Subred pertenece cada usuario, información clave para la correcta caracterización, la asignación de rutas de atención y la prestación de la atención individual en salud, garantizando así la pertinencia y oportunidad de las intervenciones realizadas.

Adicionalmente, se viene avanzando en la gestión y fortalecimiento de procesos de articulación interinstitucional, dentro de los cuales se contempla la articulación con IDIPRON como una línea de trabajo en construcción, orientada a incrementar el número de jornadas y ampliar la cobertura, con el fin de mejorar la captación y el abordaje de ciudadanos en riesgo o con habitabilidad en calle. Esta proyección busca fortalecer la respuesta institucional y optimizar el alcance de las acciones en territorio, una vez se consoliden los mecanismos operativos y de coordinación intersectorial.

En términos de resultados, las acciones implementadas permitieron la identificación oportuna de riesgos, la orientación de los ciudadanos hacia los servicios correspondientes y el fortalecimiento de los procesos de articulación interinstitucional. No obstante, se reconoce la necesidad de fortalecer los mecanismos de entrega efectiva de órdenes y de seguimiento, especialmente en escenarios como Tercer Milenio y Voto Nacional, con el fin de reducir las brechas identificadas y favorecer la continuidad en la atención en salud. En este sentido, se identifican oportunidades de mejora orientadas al cierre de brechas, en coherencia con los objetivos de la estrategia, y al fortalecimiento de la atención integral de los ciudadanos y las ciudadanas con habitancia o habitabilidad en calle.

4.6.5 Desarrollo de acciones intersectoriales en el marco de la Atención Primaria Social: Población privada de la libertad

Se realiza atención a población privada de la libertad que se encuentran en centros transitorios de reclusión, Unidades de reacción inmediata (URI) y Estaciones de Policía de la ciudad de Bogotá, se implementan acciones integrales de bienestar en población privada de la libertad (PPL) ubicada en estaciones de policía ubicadas en las 3 localidades de la Subred Sur: Usme, Tunjuelito y Ciudad Bolívar, orientadas a la caracterización e identificación temprana de riesgos en salud, la formulación concertada de planes de bienestar individual, su implementación y seguimiento, con el fin de favorecer la atención preventiva, resolutive y de promoción de la salud, así como la continuidad del cuidado y la gestión del riesgo en el marco del Modelo MAS Bienestar.

Para este proceso se realiza la verificación de la base de datos de los usuarios iniciales proporcionados por las Estaciones de Policía, identificando quienes cumplen con la frecuencias de uso para recibir atención según los contratos vigentes con las EPS, se solicita la autorización de atención a las EAPB de los PPL que no se encuentran capitados



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

en Subred en garantía del cumplimiento de la sentencia de manera que se pueda llevar a cabo y tramitar las derivaciones que se generen de las consultas, posterior a esto se programan las jornadas de atención en cumplimiento a los protocolos de seguridad de las mismas y en torno a la necesidad de atención de la población.

Desde el mes de Octubre del 2025 se realiza articulación con el programa de atención domiciliaria de la Subred Sur para la entrega del proceso de atención a PPL con el objetivo de apropiar las acciones que se enmarcan en el desarrollo de la estrategia de APS desde el Convenio como viene dispuesto en el lineamiento técnico operativo, implementando las acciones complementarias y lo que se derive desde la atención por el talento humano que se encuentra asignado para el ejercicio, de la misma forma se realiza articulación con las 3 estaciones de policía, con el propósito de identificar, intervenir y mitigar los riesgos sociales y en salud que afectan a esta población, reconociendo sus condiciones de vulnerabilidad y particularidades del contexto de privación de la libertad.

Tabla 27. Intervenciones desarrolladas en población privada de la libertad

URI - Estación de Policía por Localidad	N° de jornadas programadas	N° de jornadas realizadas	No usuarios caracterizados	No atenciones individuales	% cobertura
05-Usme	4	4	26	78	58%
06-Tunjuelito	3	3	26	75	60%
19-Ciudad Bolívar	3	3	76	132	62%
Total	10	10	128	285	60%

Fuente: Aplicativo GTAPS enero a marzo de 2026

Frente a la implementación de la estrategia PPL se ha logrado la caracterización al 100% de los usuarios que permanecen en detención en las 3 estaciones ubicadas en la Subred Sur, en lo que corresponde al ingreso de las gestoras PPL desde el mes de agosto a marzo de 2026, mes a mes tras el ingreso de los PPL, se actualiza el proceso dando cobertura al 100% en el proceso de caracterización, en la tabla se reportan los avances del periodo en estudio que corresponde a la ejecución del convenio de enero a marzo de 2026.

En torno a la ejecución de las acciones de la estrategia PPL en la vigencia correspondiente a los meses de enero a marzo de 2026 se reporta una cobertura del 60% de atención de los usuarios que se encuentran reclusos en las 3 estaciones de policía, con corte al mes de marzo de 2026 se cuenta con una asignación de 90 usuarios a la Estación de Ciudad Bolívar, 55 usuarios a la Estación de Usme y 45 usuarios asignados a la Estación de Policía de Tunjuelito para un total de 190 usuarios asignados y 115 usuarios atendidos en el corte reportado, debido a que las atenciones cumplen con criterios específicos como frecuencias de uso y autorizaciones de las EAPB, no es posible garantizar la atención del 100% de la población por periodo, no obstante; dado el comportamiento de ingresos y traslados

Comentado [74]: tomarle un aparte a este dato y describir por que se tiene tan poca cobertura

Comentado [75R74]: Resuelto

Comentado [76]: Resuelto



continuos de esta población, se garantiza la cobertura al 100% al ingreso a las estaciones, así mismo; se realiza control a población que se encuentra dentro de las cohortes de riesgo gestionando de manera oportuna las derivaciones como producto de la atención en medicina y enfermería.

Durante el mes de enero se realizan 3 jornadas de PPL, 1 en la estación de Ciudad Bolívar con la atención de 22 usuarios por el perfil de medicina y 14 usuarios por el perfil de enfermería, 1 jornada en la estación de Usme con la atención de 7 usuarios por el perfil de medicina y 3 usuarios por el perfil de enfermería y 1 jornada en la estación de Tunjuelito con la atención de 8 usuarios por el perfil de medicina y 6 usuarios por el perfil de enfermería, para un total de 37 usuarios y 85 atenciones individuales.

En lo que corresponde al mes de febrero se realizan 4 jornadas de PPL, 1 en la estación de Ciudad Bolívar con la atención de 20 usuarios por el perfil de medicina y 16 usuarios por el perfil de enfermería, 2 jornadas en la estación de Usme con la atención de 15 usuarios por el perfil de medicina y 11 usuarios por el perfil de enfermería y 1 jornada en la estación de Tunjuelito con la atención de 8 usuarios por el perfil de medicina y 8 usuarios por el perfil de enfermería.

En lo que respecta al mes de marzo se realizan 3 jornadas de PPL, 1 en la estación de Ciudad Bolívar con la atención de 14 usuarios por el perfil de medicina y 8 usuarios por el perfil de enfermería, 1 jornada en la estación de Usme con la atención de 10 usuarios por el perfil de medicina y 9 usuarios por el perfil de enfermería y 1 jornada en la estación de Tunjuelito con la atención de 11 usuarios por el perfil de medicina y 9 usuarios por el perfil de enfermería.

Durante la ejecución de las acciones dispuestas en los lineamientos operativos se ha dado cumplimiento al proceso de aseguramiento de los PPL en cada una de las estaciones de policía mediante la articulación con la Trabajadora Social dispuesta desde el convenio del Fondo Financiero Distrital de Salud, así mismo se ha realizado el proceso de agendamiento de citas intramurales gestionando los permisos en los juzgados para garantizar el desplazamiento de los PPL al cumplimiento de sus citas en garantía integral de derechos, toma de laboratorios, entrega de medicamentos, administración de tratamiento para sífilis gestionando de manera oportuna el riesgo.

Frente a los diagnósticos más frecuentes de la población atendida en el trimestre, corresponde al Z719 - CONSULTA, NO ESPECIFICADA que corresponde a la aplicación de pruebas rápidas, J00 - RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMÚN) y H539 - ALTERACIÓN VISUAL, F199 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS, Z202 - CONTACTO CON Y EXPOSICION A ENFERMEDADES INFECCIOSAS CON UN MODO DE TRANSMISIÓN PREDOMINANTE y B829 - PARASITOSIS INTESTINAL.

4.6.7 Desarrollo de acciones intersectoriales en el marco de la Atención Primaria Social: POBLACIÓN CON ABANDONO SOCIAL

En el mes de Octubre del 2025 se realiza articulación con la Comunidad de Cuidado Casa Nostra, con la auxiliar de enfermería Sandra Olaya quien maneja el proceso de salud de los usuarios de la comunidad, con el objetivo de apropiar las acciones que se enmarcan en el desarrollo de la estrategia de APS desde el Convenio como viene dispuesto en el lineamiento técnico operativo, implementando las acciones complementarias y lo que se derive desde la atención por el talento humano que se encuentra asignado para el ejercicio, a partir de esta fecha se realizan una jornada por mes en torno a la necesidad de atención.

Tabla 28. Intervenciones desarrolladas en Comunidad de Cuidado

Tipo de institución	Nombre de la institución	# de jornadas realizadas	# Usuarios en la institución	# Usuarios con valoración individual	Porcentaje de cobertura (# Usuarios en la institución /# Usuarios con valoración individual)	# usuarios con requerimiento de citas	# usuarios con respuesta al agendamiento	Porcentaje de efectividad (# usuarios con requerimiento de citas/# usuarios con respuesta al agendamiento)
Comunidad de Cuidado	Casa Nostra	3	100	94	94%	60	60	100%

Fuente: Aplicativo GTAPS enero a marzo de 2026

Frente a la implementación de APSocial Abandono Social se ha logrado la caracterización al 100% de los usuarios por parte del entorno institucional, se realiza articulación para dar cobertura permanente al ingreso o traslado de usuarios a la comunidad, durante el mes de enero se realiza 1 jornada de Comunidad de Cuidado, con la atención de 29 usuarios por el perfil de medicina, en lo que corresponde al mes de febrero se realiza 1 jornada de Comunidad de Cuidado, con la atención de 12 usuarios por el perfil de medicina y en lo que respecta al mes de marzo se realiza 1 jornada de Comunidad de Cuidado, con la atención de 53 usuarios por el perfil de medicina.

Dentro de los avances del proceso se encuentra la articulación con Entorno Institucional para el proceso de caracterización y la articulación con la Comunidad de Cuidado para la garantía de la prestación de la atención en el marco de las acciones descritas en el lineamiento, para los meses de octubre y noviembre se presentaron algunos contratiempos

para la toma de laboratorios, toda vez que desde la comunidad no permitían la toma posterior a las atenciones, dado que por requerimiento de la institución solicitan la toma 20 días previos a la consulta de control de los usuarios, desde el mes de diciembre a la fecha se ha logrado el proceso de toma de laboratorios dentro de los tiempos dispuestos para este ejercicio, se ha logrado la cobertura al 100% en términos de caracterización y el 94% en términos de atenciones individuales, dado que 6 de los usuarios se encuentran en otras EAPB y a la fecha no se ha logrado el traslado por situaciones administrativas, ante esta situación la Comunidad de Cuidado indica que les es más fácil el agendamiento de las consultas en las IPS asignadas porque los trámites de transcripciones generan mayor dificultad.

Frente a los diagnósticos más frecuentes de la población atendida durante el trimestre, en el mes de enero corresponde al I10 - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) y J449 - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA, lo que refleja un alto porcentaje de enfermedades crónicas no transmisibles. Esta situación sugiere la persistencia de factores de riesgo cardiovasculares y respiratorios en la población, posiblemente relacionados con estilos de vida, antecedentes de tabaquismo, condiciones ambientales y no adherencia a tratamientos instaurados. La presencia de estos diagnósticos resalta la necesidad de fortalecer las acciones de seguimiento, control, adherencia terapéutica y educación para el autocuidado.

En lo que corresponde al mes de febrero los diagnósticos prevalentes son N390 - INFECCION DE VIAS URINARIAS y N40 - HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA, este comportamiento puede asociarse a una mayor demanda de atención por patologías agudas y crónicas propias del grupo poblacional adulto mayor. Así como las situaciones relacionadas con infección en vías urinarias dado el alto número de usuarios en la comunidad de cuidado con uso de sonda.

En lo que respecta al mes de marzo I10 - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) y J449 - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA, se mantiene la tendencia de las enfermedades crónicas dentro de la población atendida, este comportamiento confirma la necesidad de mantener estrategias permanentes de control de enfermedades crónicas, especialmente en periodos donde factores como cambios climáticos, aumento de infecciones respiratorias y modificaciones en los hábitos de vida pueden incidir en la descompensación de estas patologías.

En conclusión, el análisis trimestral evidencia una coexistencia de enfermedades crónicas no transmisibles y patologías agudas, lo que demanda un abordaje integral desde el Modelo territorial de Salud MAS Bienestar, priorizando la gestión del riesgo, la continuidad del cuidado, la educación en salud y el fortalecimiento de las acciones preventivas y promocionales, especialmente en los grupos poblacionales más vulnerables.

Si bien, en el marco de las atenciones individuales que se realizan el porcentaje mayor corresponde a acciones de control para patologías crónicas, no obstante se desarrollan

atenciones de carácter resolutivo en torno a las sintomatologías relacionadas que generan afecciones y deterioran el estado de salud de los usuarios en el marco de las jornadas de atención de ciclos de control generando una estrecha relación con la comunidad y garantizando una óptima gestión del riesgo de los usuarios que residen en Casa Nostra.

Frente a las oportunidades de mejora para la atención en comunidades de cuidado, servicio sociosanitario y servicios transitorios, es importante una articulación en el marco de las acciones distritales que permita mitigar situaciones como el desabastecimiento de las farmacias que compete a una situación estructural que desde las Subredes generan la imposibilidad de dar cumplimiento de la entrega en los tiempos establecidos, una articulación distrital con SDIS donde se establezcan las acciones y los tiempos para el cumplimiento de las mismas de manera oportuna, de forma que no se generen conflictos entre las comunidades de cuidado y de vida con las subredes por la no atención a los requerimientos como los solicitan para la presentación de auditorías como institución, teniendo en cuenta que estos centros son tercerizados y el nivel de comunicación entre la SDIS y los mismos es mínima.

4.6.8 Casas MAS Bienestar

Tabla 29. Sesiones Subred Sur - Casas MAS Bienestar

Subred	Tipo de sesión	N.º de sesiones realizadas	N.º de participantes	Resultado alcanzado
Sur	Autocuidado Integral	43	93	93

Fuente: Aplicativo GTAPS enero a marzo de 2026

En el marco del seguimiento al desempeño de las acciones desarrolladas en las Casas MAS Bienestar de la Subred Sur, durante el periodo comprendido entre enero y marzo, se evidencia que la ejecución de las sesiones colectivas inició formalmente en el mes de marzo. Durante enero y febrero no se desarrollaron intervenciones debido a que el proceso se encontraba en la fase de estructuración y formalización contractual para dar estricto cumplimiento a las directrices de la línea operativa. Dicha ficha técnica exige la conformación de un equipo de operación específico, por lo cual fue necesario garantizar primero la vinculación del Profesional en Enfermería y el Artista, perfiles asignados a la Subred Sur, indispensables para operar bajo la figura de bina que requiere el modelo para el inicio de las actividades.

Una vez consolidado el talento humano en marzo, la ejecución se articuló con la metodología establecida para la acción de bienestar. Dada la naturaleza de los perfiles contratados (Enfermería y Artista), las acciones se focalizaron exclusivamente en el desarrollo de la "Sesión de Autocuidado Integral". De esta manera, los encuentros grupales integraron el enfoque clínico-preventivo propio de enfermería con herramientas expresivas y artísticas, logrando espacios formativos y vivenciales centrados en la promoción de la

Comentado [77]: Mencionar las razones del inicio tardío del proceso y alinearlos con la línea operativa

Comentado [78R77]: Resuelto

salud, el reconocimiento de riesgos en la hospitalización domiciliaria y el fomento de prácticas cotidianas de cuidado en un entorno de estancia temporal.

A partir de este inicio operativo y con base en la información cuantitativa consignada en la tabla de soporte, se realizó el cálculo de los indicadores de participación y asistencia del mes de marzo. Estos resultados reflejan una fase inicial de implementación favorable, evidenciando la vinculación de la población a las actividades programadas y el posicionamiento de estos espacios como entornos dignos y seguros para la recuperación, en total coherencia con el objetivo general de la estrategia Casa MAS Bienestar.

5. CUIDADO CONTINUO POR UNA VIDA CON BIENESTAR CON ENFOQUE DIFERENCIAL POBLACIONAL Y DE GÉNERO

5.1 FAMILIAS ÉTNICAS-AFRODESCENDIENTES

5.1.1 Plan de Bienestar con Familias Étnicas – Afrodescendientes

Tabla 30. Formulación e implementación de Plan de Bienestar Diferencial en Familias de comunidades Negras y Afrocolombiana

LOCALIDAD	Número de familias con Formulación e implementación de Plan de Bienestar Diferencial en Familias de comunidades Negras y Afrocolombiana
Ciudad Bolívar	27
Usme	27
Tunjuelito	27
Total	81

Fuente: Archivo plano plan de bienestar familiar GTAPS

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

Comentado [79]: Revisar y hacer énfasis en el impacto en el mantenimiento de los sistemas de conocimiento propio y la articulación con las acciones individuales

Comentado [80R79]: Resuelto.



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

En el marco de la ejecución de las acciones de abordaje familiar durante el segundo trimestre del año (enero a marzo), en las localidades de Ciudad Bolívar, Tunjuelito y Usme, se garantiza la intervención a familias priorizadas conforme a las fichas técnicas establecidas por la Secretaría Distrital de Salud, incluyendo gestantes, menores de cinco años, personas con condiciones crónicas y otros casos priorizados bajo enfoque diferencial.

En la localidad de Ciudad Bolívar para el mes de enero se llevó a cabo el abordaje de 27 familias, distribuidas en 12 familias con condiciones crónicas, 1 gestante, 4 familias con menores de cinco años y 10 familias correspondientes a otros casos priorizados. Durante este mes, se realizaron 5 cierres de familias, correspondientes a 1 gestante, 2 menores de cinco años y 2 casos priorizados, las cuales cumplieron con los compromisos establecidos en un primer momento de la caracterización. Seguido a esto para el mes de febrero se abordaron 27 familias, de las cuales 14 correspondían a condiciones crónicas, 3 a familias con menores de cinco años y 10 a otros casos priorizados. Así mismo, se efectuaron 5 procesos de caracterización, distribuidos en 2 familias con condiciones crónicas, 2 de otros casos priorizados y 1 con menor de cinco años, correspondientes a familias que cumplen con criterios establecidos y son identificadas por el equipo de salud afro y para el mes de marzo se realizó el abordaje de 27 familias, distribuidas en 14 familias con condiciones crónicas, 3 con menores de cinco años y 10 correspondientes a otros casos priorizados. Durante este mes se efectuaron 19 cierres de familias, principalmente en casos crónicos y otros priorizados, las cuales cumplieron con los compromisos establecidos en un primer momento de la caracterización.

Para la localidad de Usme en el mes de enero se realizaron 23 cierres de familias, distribuidos en 5 familias con condición crónica (incluyendo gestantes con comorbilidades), 3 familias con gestantes, 6 familias con menores de cinco años y 9 correspondientes a otros casos priorizados, las cuales cumplieron con los compromisos establecidos en un primer momento de la caracterización. Adicionalmente, se llevaron a cabo 4 procesos de caracterización correspondientes a otros casos priorizados, los cuales responden a familias que cumplen con criterios establecidos y son identificadas por el equipo de salud afro. En febrero se realizaron 27 implementaciones en el marco de la intervención familiar. De estas, 23 correspondieron a procesos de caracterización, distribuidos en 1 familia con condición crónica, 5 familias con menores de cinco años, 2 familias con gestantes y 11 familias de otros casos priorizados, las cuales cumplen con criterios establecidos y son identificadas por el equipo de salud afro. Así mismo, se efectuó la implementación en 4 familias adicionales correspondientes a otros casos priorizados y para marzo se desarrollaron acciones de implementación en 26 familias, distribuidas en 17 familias correspondientes a otros casos priorizados, 6 familias con menores de cinco años, 2 familias con gestantes y 1 familia con condición crónica, dando continuidad a los procesos de intervención y fortaleciendo la gestión del riesgo en la población priorizada.

Por último para la localidad de Tunjuelito en enero y febrero se llevó a cabo el abordaje de 27 familias, distribuidas en 5 familias con condiciones crónicas, 1 gestante, 8 familias con

menores de cinco años y 13 familias clasificadas como otros casos priorizados, garantizando la continuidad de las acciones y el enfoque diferencial en la atención en el mes de marzo se realizó el cierre de 1 familia correspondiente a gestante, la cual cumplió con los compromisos establecidos en un primer momento de la caracterización. Adicionalmente, se ejecutaron acciones de implementación en 26 familias, distribuidas en 5 familias con condiciones crónicas, 7 con menores de cinco años y 14 correspondientes a otros casos priorizados. Así mismo, se llevó a cabo la caracterización de 1 familia clasificada como otro caso priorizado, correspondiente a una familia que cumple con criterios establecidos y es identificada por el equipo de salud afro.

Durante el segundo trimestre (enero a marzo), las localidades de Ciudad Bolívar, Tunjuelito y Usme evidenciaron cumplimiento en la ejecución de las acciones de abordaje familiar, garantizando la intervención oportuna a las familias priorizadas. En este proceso, se destaca que el perfil ancestral aporta de manera transversal en todos los eventos de prioridad (gestantes, menores de cinco años, condiciones crónicas y otros casos priorizados) contribuyendo al mantenimiento y fortalecimiento de los sistemas de conocimiento propio. Este aporte se materializa en cada intervención mediante la integración de recomendaciones, prácticas y saberes de la medicina ancestral, con énfasis particular en los casos priorizados, donde el criterio del perfil ancestral orienta el abordaje diferencial. Así mismo, estas acciones se articulan con las atenciones individuales, permitiendo reforzar el proceso de cuidado integral; no obstante, el bajo volumen de derivaciones evidencia una adecuada adherencia de las familias a los procesos de atención y seguimiento. En este sentido, el equipo continúa fortaleciendo la identificación de riesgos y la activación oportuna de rutas cuando se requiere, garantizando la complementariedad entre la medicina ancestral y occidental, así como la continuidad del cuidado y el mejoramiento de las condiciones de salud de las familias intervenidas.

Así mismo, los cierres de familias reportados durante el periodo dan cuenta del cumplimiento de los compromisos establecidos en un primer momento de la caracterización, evidenciando adherencia a las recomendaciones y avances en la resolución de las situaciones identificadas. De igual forma, los procesos de caracterización realizados corresponden a familias que cumplen con criterios establecidos y son identificadas por el equipo de salud afro, lo que fortalece la focalización de las intervenciones bajo un enfoque diferencial.

En este sentido, las acciones desarrolladas contribuyen al fortalecimiento de la atención integral en salud, la identificación oportuna de riesgos y la articulación de respuestas acordes a las necesidades de la población, promoviendo la continuidad del cuidado y el mejoramiento de las condiciones de salud de las familias intervenidas.

5.1.2 Apechonería con familias étnicas – Afrodescendientes



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

Frente a las acciones de educación para la salud desarrolladas, describir el resultado del indicador de seguimiento para esta dispuesto y relacionado a continuación:

Tabla 31. Indicador sesiones educativas diferenciales

Nombre del indicador	Frecuencia de medición	Fórmula
Sesiones educativas diferenciales para las diferentes etnias. (afrodescendientes, palenqueros, Wounaan, Rrom Gitanos, Muisca Bosa y Muisca Suba)	Mensual	3

Realizar análisis del indicador de seguimiento acorde al desarrollo de las acciones generadas durante el mes.

Durante el segundo trimestre (enero, febrero y marzo), en las localidades intervenidas se desarrollaron acciones educativas y comunitarias orientadas al fortalecimiento de capacidades individuales, familiares y colectivas, con un total de nueve 9 actividades mensuales, equivalentes a tres 3 acciones por cada localidad, en coherencia con los lineamientos operativos establecidos.

Estas acciones fueron definidas a partir de las necesidades identificadas en el territorio, tanto por solicitud directa de la comunidad como por el análisis situacional realizado por el equipo de salud afro, permitiendo priorizar temáticas que requieren refuerzo para la gestión del riesgo y la promoción de la salud. Entre los temas abordados se destacan el reconocimiento y fortalecimiento de las raíces, identidad y saberes ancestrales afro, el cuidado del aire y del medio ambiente, la adecuada separación, manejo y disposición de residuos sólidos, así como la promoción de prácticas saludables y la prevención de enfermedades de interés en salud pública.

En términos de participación, se contó con la asistencia de 10 personas por espacio, pertenecientes a población afro y mestiza, promoviendo escenarios de interacción comunitaria en los que se abordaron temáticas tanto desde los saberes ancestrales como desde la medicina occidental, favoreciendo el diálogo intercultural y la apropiación del conocimiento.

Metodológicamente, las intervenciones se desarrollaron mediante estrategias participativas y pedagógicas, incluyendo espacios de diálogo de saberes, educación comunitaria, acompañamiento grupal y construcción colectiva de conocimientos, fortaleciendo la autonomía de las familias.

Así mismo, de acuerdo con las necesidades identificadas, se integraron temáticas específicas lideradas por el perfil de técnico ambiental, especialmente en lo relacionado con educación ambiental, prácticas sostenibles y gestión adecuada de residuos, articulando acciones con enfoque territorial.

Adicionalmente, se realizó seguimiento a iniciativas comunitarias en curso, como la huerta comunitaria ubicada en la localidad de Usme, espacio en el cual la comunidad participa activamente en procesos de cultivo, mantenimiento y recolección de alimentos sembrados desde el convenio anterior, fortaleciendo la seguridad alimentaria, el trabajo comunitario y la sostenibilidad de las acciones implementadas.

Finalmente, estas actividades contribuyen al fortalecimiento de la gestión del riesgo en salud, la prevención de eventos de interés en salud pública y la consolidación de redes comunitarias, facilitando la articulación intersectorial y el reconocimiento del rol activo de la comunidad en el mejoramiento de sus condiciones de vida y salud.

5.1.3 Técnicas de curación ancestral - Negras y Afrocolombianas

En el marco de la implementación de la acción de técnicas de curación ancestral, durante el periodo evaluado cada Quilombo realizó un promedio de ocho (8) atenciones mensuales, con una participación aproximada de ocho (8) personas por cada espacio, evidenciando una adecuada acogida y sostenimiento de la asistencia por parte de la comunidad.

Las jornadas se desarrollaron con participación articulada del equipo interdisciplinario, garantizando una atención integral con enfoque intercultural, donde se integraron acciones de educación ambiental, valoración en salud desde la medicina occidental y orientación comunitaria en rutas de atención. Las principales causas de consulta estuvieron asociadas a molestias osteomusculares, especialmente en población adulta mayor, así como a procesos de bienestar general y acompañamiento desde saberes ancestrales, incluyendo atención a gestantes mediante partería tradicional.

Es importante señalar que, en el marco de estas intervenciones, se aplican prácticas y saberes tradicionales propios del componente ancestral, cuyos procedimientos específicos hacen parte de los “secretos ancestrales”, por lo cual no se detallan de manera explícita, garantizando el respeto por los conocimientos propios de las comunidades.

Se destaca la participación activa de la comunidad y altos niveles de satisfacción frente a la pertinencia cultural de las intervenciones. En cuanto a la gestión del riesgo, se evidenció bajo volumen de atenciones individuales, asociado a adecuada adherencia a controles en salud; no obstante, se activaron dos (2) familias por localidad según necesidades identificadas. Frente al proceso de derivación, se establece que desde el perfil de enfermería no se generan remisiones externas de manera frecuente, dado que se cuenta con este perfil dentro del equipo, el cual realiza valoración integral de los usuarios y define la pertinencia de las intervenciones requeridas. En cuanto al componente de nutrición, no

Comentado [81]: Revisar la extensión del párrafo, puede ser más ejecutivo

Comentado [82R81]: Resuelto



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

se evidencian derivaciones durante el periodo, debido a que la población atendida no presenta condiciones que cumplan con los criterios establecidos para su remisión, especialmente en lo relacionado con menores de cinco años.

Así mismo, se resalta que de manera continua se realiza retroalimentación a los equipos de salud frente a la importancia de la identificación oportuna de riesgos y la activación de rutas de atención, promoviendo la derivación efectiva en aquellos casos que lo requieran, en concordancia con los lineamientos técnicos establecidos.

Tabla 32. Atenciones Individuales de comunidades negras y afrocolombianas

LOCALIDAD	Número de atenciones Individuales de comunidades negras y afrocolombianas		
	Medicina	Enfermería	Nutrición
Ciudad Bolívar	2	0	0
Usme	2	0	0
Tunjuelito	2	0	0
Total	6	0	0

5.4 FAMILIAS DEL CABILDO INDIGENA WOUNAAN

5.4.1 Gestión del riesgo en familias del cabildo indígena Wounaan de Bogotá D.C Comunidad Baud Mos.

Tabla 33. Implementación de Plan de bienestar Diferencial en Familias Indígena Wounaan Baud Mos

LOCALIDA D	Número de familias con Formulación e implementación de Plan de bienestar Diferencial en Familias Indígena Wounaan Baud Mos	Número de atenciones Individuales de población Indígena Wounaan Baud Mos		
		Medicina	Enfermería	Nutrición
Ciudad Bolívar	12	0	0	0
Total	12	0	0	0

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Comentado [83]: Revisar la coherencia de los datos cuantitativos

Comentado [84R83]: Resuelto

En el marco de las acciones desarrolladas con familias con pertenencia étnica Wounaan, a lo largo del trimestre (enero a marzo), se adelantaron intervenciones orientadas a la gestión del riesgo en salud, en coherencia con las fichas técnicas, incorporando de manera transversal el enfoque diferencial étnico, el reconocimiento de la cosmovisión y cosmogonía propia de esta comunidad, y la articulación con la medicina occidental.

En relación con la población gestante, se realizó el abordaje a un total de 10 familias, de las cuales se efectuaron 2 cierres durante los meses de enero y febrero, correspondientes a familias que cumplieron con los compromisos establecidos en un primer momento de la caracterización, evidenciando adherencia a las recomendaciones y fortalecimiento de prácticas de cuidado. En cuanto a las familias con menores de cinco años, se intervinieron 4 familias, con 1 cierre reportado en el mes de enero, en el marco del cumplimiento de los planes de intervención.

Así mismo, a lo largo del trimestre se abordaron 12 familias clasificadas como otros casos priorizados, en las cuales se realizaron 3 cierres durante el mes de enero y 1 cierre en el mes de febrero, evidenciando avances en la gestión de las situaciones identificadas. Adicionalmente, se identificó 1 familia con condición crónica, la cual se encuentra en seguimiento activo, con acompañamiento continuo por parte del equipo de salud.

En cuanto a los procesos de caracterización, se llevaron a cabo 3 en el mes de enero, 4 en el mes de febrero y 1 en el mes de marzo, correspondientes a familias que cumplen con criterios establecidos y que son identificadas por el equipo de salud, permitiendo una mejor focalización de las intervenciones y una lectura integral de las condiciones de vida y salud desde su contexto sociocultural.

Las intervenciones desarrolladas se fundamentaron en el reconocimiento de la cosmovisión Wounaan, entendiendo la salud como un equilibrio integral entre el individuo, la comunidad, la naturaleza y los elementos espirituales que hacen parte de su cosmogonía.

De manera articulada, el equipo de salud acompañó las intervenciones desde los diferentes perfiles, brindando orientación técnica, seguimiento a condiciones de riesgo, educación en salud y activación de rutas cuando fue requerido, complementando las prácticas tradicionales con acciones propias del modelo de atención integral en salud. Esto permitió fortalecer la confianza de la comunidad en los servicios de salud, promover la adherencia a los controles médicos y garantizar una atención culturalmente pertinente.

Frente a las acciones de educación para la salud desarrolladas, describir el resultado del indicador de seguimiento para esta dispuesto y relacionado a continuación:

Tabla 34. Sesiones educativas diferenciales para las diferentes etnias

Nombre del indicador	Frecuencia de medición	Fórmula
----------------------	------------------------	---------



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

Sesiones educativas diferenciales para las diferentes etnias. (afrodescendientes, palenqueros, Wounaan, Rrom Gitanos, Muisca Bosa y Muisca Suba)	Mensual	2
--	---------	---

Durante el periodo evaluado se llevaron a cabo dos (2) acciones colectivas por mes, es decir un total de 6 acciones colectivas en el trimestre, cuyos temas fueron definidos a partir de las necesidades e intereses manifestados por la comunidad, en coherencia con el enfoque participativo y diferencial. Entre los temas abordados se destaca el seguimiento a huertas comunitarias, así como el fortalecimiento de la partería ancestral, incluyendo el cuidado de la mujer gestante y lactante, y la identificación de signos de alarma en la gestación desde la perspectiva de la medicina ancestral.

Estas acciones permitieron promover el diálogo de saberes entre los conocimientos tradicionales y los enfoques técnicos en salud, fortaleciendo la apropiación comunitaria de prácticas de cuidado, así como el reconocimiento de la partería como un elemento fundamental dentro de la cosmovisión y cosmogonía de la comunidad.

En relación con la implementación de la iniciativa ambiental, específicamente la huerta ancestral, se evidencian avances significativos asociados al interés y compromiso de la comunidad en la adecuación del espacio destinado para su desarrollo. Este proceso se ha llevado a cabo mediante ejercicios de concertación, diálogo y toma de decisiones conjunta, incluyendo la participación activa de líderes comunitarios y del gobernante del cabildo, garantizando una construcción colectiva y articulada con las dinámicas propias del territorio.

Así mismo, la iniciativa se consolida como un espacio que no solo aporta a la seguridad alimentaria, sino que también fortalece prácticas culturales, el trabajo comunitario y la sostenibilidad ambiental, en coherencia con los principios del enfoque diferencial étnico.

Finalmente, estas acciones colectivas contribuyen al fortalecimiento de la autonomía comunitaria, la gestión del riesgo en salud y la articulación entre actores comunitarios e institucionales, favoreciendo procesos sostenibles y culturalmente pertinentes en el territorio.

5.4.2 Acciones con enfoque en medicina ancestral cabildo indígena Wounaan comunidad Baud Mos

En el marco de las acciones de medicina ancestral desarrolladas por el Cabildo Indígena Wounaan Baud Mos, se realizaron entre 18 y 20 intervenciones mensuales dirigidas a la atención de usuarios, abordando diferentes situaciones de salud desde el conocimiento propio y los saberes ancestrales de la comunidad.



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

El Benhunk o médico ancestral es quien desarrolla esta actividad de las cuales dentro de las principales causas de consulta se identifican condiciones asociadas al manejo de “sombra negra”, “maleficio” o afectaciones consideradas como mal puesto, así como abordajes relacionados con malformaciones, las cuales son comprendidas desde la cosmovisión Wounaan y su sistema de creencias. Estas situaciones son intervenidas mediante prácticas tradicionales, acordes a los saberes propios, respetando los “secretos ancestrales”, por lo cual no se detallan de manera explícita los procedimientos o tratamientos específicos implementados.

Estas acciones se desarrollan bajo un enfoque integral e intercultural, reconociendo la salud como un equilibrio entre lo físico, espiritual, emocional y comunitario, en coherencia con la cosmogonía del pueblo Wounaan. En este sentido, las intervenciones no solo responden a la atención de manifestaciones físicas, sino también al restablecimiento del equilibrio espiritual y la armonía del individuo con su entorno.

De manera complementaria, se promueve la articulación con la medicina occidental, favoreciendo la identificación oportuna de signos de riesgo que requieran atención institucional, así como la orientación a los usuarios frente a la importancia de la adherencia a controles médicos cuando es pertinente, garantizando una atención integral y culturalmente adecuada.

Estas acciones evidencian la relevancia del fortalecimiento de los sistemas propios de salud, la confianza de la comunidad en sus prácticas ancestrales y la complementariedad con los servicios de salud, contribuyendo al bienestar integral de la población intervenida.

6. CUIDADO CONTINUO POR UNA VIDA CON BIENESTAR PARA LA RURALIDAD DE BOGOTÁ.

6.1 GESTORES MAS BIENESTAR: Abordaje Territorial: Gestor MAS Bienestar

Frente al ejercicio de apropiación territorial y abordaje territorial, en lo que respecta a la ruralidad de las localidades asignadas a la Subred Sur: Usme, Ciudad Bolívar y Sumapaz, se cuenta con 8 áreas de gestión de riesgo y 8 Gestoras MAS Bienestar (Auxiliares de enfermería) en relación de asignación 1 a 1, para la localidad de Usme se cuenta con dos gestoras, para la localidad de Ciudad Bolívar se cuenta con 2 gestoras y 4 gestoras para la localidad de Sumapaz 2 de ellas para la Cuenca Río Blanco y 2 para la Cuenca Río Sumapaz.

En el ejercicio de abordaje territorial se realiza una identificación temprana y gestión del riesgo oportuna, a través del proceso de caracterización social ambiental, aplicación de tamizajes y valoración integral por parte del perfil de auxiliar de enfermería, posteriormente



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

de acuerdo al requerimiento se deriva al profesional que corresponda para la instauración del Plan de Bienestar de Cuidado, en lo que respecta a la vigencia enero a marzo de 2026 se identifican las siguientes prioridades:

Tabla 35. Prioridades identificadas ruralidad Usme, Ciudad Bolívar y Sumapaz.

AVANCE EN EL PERIODO DE REPORTE							ACUMULADO VIGENCIA	
LOCALIDAD	Total De Familias Caracterizadas Por Gestor	Total Familias con Actualización	Total de Individuos Caracterizados y Actualizados	Total de Familias Clasificadas en Prioridad Alta	Total de Familias Clasificadas en Prioridad Media	Total de Familias Clasificadas en Prioridad Baja	Total De Familias Caracterizadas	Total de Individuos Caracterizados
5- Usme	156	158	330	22	93	199	624	661
19- Ciudad Bolívar	157	183	427	31	96	213	640	830
20- Sumapaz	98	444	697	14	158	370	902	1167
Total	411	785	1454	67	347	782	2166	2658

Fuente: Aplicativo GTAPS enero a marzo de 2026

Durante el periodo de reporte comprendido entre enero y marzo de 2026, los Equipos MÁS Bienestar en tu Hogar (EMBH) de la ruralidad de la Subred Sur registraron un total de 411 familias caracterizadas por gestor, concentrándose el mayor volumen en la localidad de Ciudad Bolívar con 157 familias, seguida de la localidad de Usme con 156 familias, y finalmente la localidad de Sumapaz con 98 familias. Este comportamiento se relaciona directamente con la densidad poblacional, la extensión territorial y las condiciones socioeconómicas de cada localidad en el área de gestión.

En cuanto a la actualización de la información, se reportaron 785 familias con datos actualizados, lo que evidencia el desarrollo de acciones de seguimiento, validación y ajuste de la caracterización familiar en territorio. Estas acciones permitieron la caracterización y actualización de 1454 individuos, fortaleciendo la base de datos poblacional para la planeación y gestión del riesgo en salud.

De acuerdo con los criterios del modelo, las familias fueron clasificadas según su nivel de prioridad, identificando 64 familias en prioridad alta, 347 en prioridad media y 782 en



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

prioridad baja. Esta distribución evidencia que, aunque predomina la prioridad baja, existe un grupo importante de familias que requieren intervenciones diferenciales y seguimiento intensificado. Por localidad, se observa que la localidad de Ciudad Bolívar concentra el mayor número de familias en prioridad alta (31) y la localidad de Sumapaz concentra el mayor número de prioridad media (158).

Finalmente, en relación con el acumulado de la vigencia (octubre de 2025 a marzo de 2026), se reporta un total de 2166 familias caracterizadas y 22658 individuos caracterizados, lo que evidencia el avance sostenido en el proceso de caracterización, priorización y gestión del riesgo en salud, así como el impacto de la intervención territorial desarrollada por los Equipos MÁS Bienestar en tu Hogar de la Subred Sur.

6.2 PLANES DE BIENESTAR

Frente a las acciones realizadas en la ruralidad de las localidades adscritas a la Subred Sur: Usme, Ciudad Bolívar y Sumapaz, se registra como número de casos asignados a las familias lo que al proceso de caracterización se identifica como riesgos y para la gestión de los mismos se derivan a los profesionales para el establecimiento de planes de bienestar, debido a la ausencia de asignación a través de la estrategia de ruteo.

Tabla 36. Planes de bienestar ruralidad cercana

RURALIDAD CERCANA								
Prioridad	Casos asignados (todas las fuentes)	PDB concertados en el periodo de reporte	PDB concertados vigencia – acumulado	PDB con cierre en el mes	PDB con cierre vigencia – acumulado	% PDB con cierre (acumulado)	PDB activos con más de 6 sesiones	Casos pendientes
Gestantes	30	8	16	3	13	54%	0	1
Infancia	16	11	32	3	19	44%	0	13
Condiciones crónicas	94	21	73	30	64	68%	0	28
Cáncer	2	2	2	0	0	0	0	2
Salud mental	83	46	115	52	175	0	0	63
Salud bucal	142	38	181	134	195	109%	0	47
Discapacidad y cuidadores	58	29	126	65	107	69%	0	29
Salud ambiental	128	42	170	86	195	92%	0	59
Estrategias transversales	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Aplicativo GTAPS enero a marzo de 2025

Comentado [85]: al revisar el archivo de vsp los valores de la ruralidad sumados (cercarna y dispersa) no coinciden para ninguno de los ítems se recomienda verificar , así como el ajuste del analisis en relacion a los datos, evaluar si los casos cerraos corresponde a la vigencia actual o esd de una previa

Comentado [86R85]: Se realiza verificación de la información, los PDB concertados corresponden al periodo de reporte de enero a marzo de 2026, vigencia acumulada corresponde a octubre de 2025 a marzo de 2026, se realiza ajuste en los datos de cierres, se realiza salvedad que en los casos donde se supera el 100% de cierres en corresponde a la estrategia de cierres masivo que se realizo en el mes de noviembre, diciembre y enero de casos aperturados en el convenio anterior



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

En la ruralidad cercana, se observa que los eventos con mayor número de casos en atención corresponden a prioridades como salud bucal (181 casos), salud ambiental (170 casos), salud mental (115 casos), discapacidad y cuidadores (126 casos) y condiciones crónicas (73 casos), lo que evidencia una alta demanda de intervenciones relacionadas con el bienestar integral y los determinantes sociales de la salud.

Un aspecto positivo es que no se reportan PDB activos con más de seis sesiones, lo que sugiere un seguimiento oportuno y evita la prolongación de los procesos sin cierre, en conjunto, la tabla muestra un esfuerzo sostenido en la concertación de PDB, pero con brechas importantes en el cierre efectivo. Estos resultados resaltan la importancia de fortalecer la continuidad de las intervenciones, mejorar la articulación con la red de servicios y ajustar las estrategias del Modelo de Salud MAS Bienestar para responder a las particularidades de la ruralidad cercana.

Tabla 37. Planes de bienestar ruralidad dispersa

RURALIDAD DISPERSA								
Prioridad	Casos asignados (todas las fuentes)	PDB concertados en el periodo de reporte	PDB concertados vigencia – acumulado	PDB con cierre en el periodo de reporte	PDB con cierre vigencia – acumulado	% PDB con cierre (acumulado)	PDB activos con más de 6 sesiones	Casos pendientes
Gestantes	20	8	14	4	21	95%	0	9
Infancia	7	4	16	6	45	225%	0	10
Condiciones crónicas	57	19	87	55	156	147%	0	32
Cáncer	0	0	0	0	0	0	0	0
Salud mental	67	43	112	65	179	115%	0	47
Salud bucal	29	12	49	30	109	179%	0	19
Discapacidad y cuidadores	35	15	56	69	135	190%	0	6
Salud ambiental	101	16	117	35	146	110%	0	44
Estrategias transversales	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Aplicativo GTAPS enero a marzo de 2026

En la ruralidad dispersa, se observa que los eventos con mayor número de casos en atención corresponden a prioridades como salud ambiental (117 casos), salud mental (112 casos) y condiciones crónicas (87 casos), lo que evidencia una alta demanda de

intervenciones relacionadas con el bienestar integral y los determinantes sociales de la salud.

En lo que corresponde a cierres se evidencia un ejercicio organizado con cierres en las periodicidades que corresponden, dando cumplimiento al proceso en torno a los lineamientos técnicos operativos del Convenio.

El proceso de atención en la ruralidad evidencia que el Modelo de Salud MAS Bienestar ha permitido orientar las acciones hacia una atención integral y territorializada, con avances importantes en el proceso de apertura y cierre de casos en cumplimiento de los planes de bienestar instaurados. Al mismo tiempo, se identifican desafíos transversales relacionados con el fortalecimiento del seguimiento en prioridades de alta complejidad y la necesidad de continuar ajustando las estrategias según las dinámicas propias de cada territorio, con el fin de garantizar un mayor impacto en el bienestar de las comunidades rurales.

Desde una perspectiva cualitativa, las acciones desarrolladas evidencian un esfuerzo por adaptar la prestación de servicios de salud a las particularidades territoriales, sociales y culturales de las comunidades rurales. En la ruralidad cercana, las estrategias se han caracterizado por una mayor articulación intersectorial y una mejor continuidad en la atención, favorecida por la proximidad geográfica a los centros poblados y la disponibilidad relativa de recursos humanos y logísticos. Esto ha permitido fortalecer procesos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y seguimiento a grupos priorizados, con un enfoque centrado en la familia y la comunidad.

Por su parte, en la ruralidad dispersa, las intervenciones han requerido un mayor énfasis en la flexibilidad operativa y la innovación en los modelos de atención, dadas las barreras de acceso asociadas a la dispersión geográfica, las dificultades de transporte y las condiciones socioeconómicas de la población. En este contexto, se destacan estrategias como las atenciones de los Equipos Más Bienestar en tu hogar y el fortalecimiento del trabajo comunitario, las cuales han contribuido a mejorar la cobertura y a generar vínculos de confianza entre el sistema de salud y la comunidad.

De manera transversal, el enfoque del Modelo de Salud MÁS Bienestar se refleja en la priorización de acciones orientadas al bienestar integral, la participación comunitaria y el reconocimiento de los determinantes sociales de la salud. Asimismo, la implementación de las acciones por parte de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar permite identificar avances significativos en la apropiación del modelo por parte de los actores locales, así como desafíos persistentes relacionados con la sostenibilidad de las intervenciones, la continuidad del talento humano y la necesidad de fortalecer los procesos de monitoreo y evaluación cuantitativa y cualitativa, lo que permite incidir en la implementación efectiva del Modelo de Salud MÁS Bienestar en los contextos de ruralidad cercana y dispersa.



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

7. GESTIÓN TERRITORIAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA SOCIAL DESDE LOS EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR

7.1 COORDINACIÓN DE LOS EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR

7.1.1 Coordinación de los Equipos de MAS Bienestar en tu hogar

Dirección, planeación, seguimiento y monitoreo integral del convenio

Durante el periodo comprendido entre enero y marzo de 2026, la Coordinación de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar ejerció la dirección integral del convenio, orientando de manera estratégica la planeación, ejecución y control de las acciones técnicas, administrativas y financieras, con el propósito de garantizar el cumplimiento de los compromisos establecidos en el marco del convenio.

En el componente de dirección y liderazgo, se consolidó un proceso permanente de articulación entre los niveles estratégico, operativo y territorial, que permitió alinear la ejecución de las acciones con los lineamientos definidos por la Secretaría Distrital de Salud y las condiciones propias de los territorios intervenidos. Esta gestión facilitó la toma de decisiones oportunas, la priorización de acciones y la respuesta efectiva frente a requerimientos operativos y administrativos durante el periodo evaluado.

En relación con los mecanismos de planeación, se implementaron herramientas operativas como la programación mensual del Plan Programático Presupuestal (PPP), la definición de metas por equipo, la organización del talento humano y la estructuración de herramientas de seguimiento de intervención territorial. Estos instrumentos permitieron mantener la coherencia entre la planeación y la ejecución, optimizar la asignación de recursos y garantizar la continuidad de las acciones.

Respecto a las estrategias de seguimiento y monitoreo, la Coordinación desarrolló procesos sistemáticos de verificación a través de la revisión de reportes técnicos y financieros, el análisis de indicadores de gestión, la validación de soportes documentales y la realización de espacios periódicos de seguimiento con los equipos. Estas acciones permitieron evidenciar el nivel de cumplimiento de los compromisos del convenio, identificar alertas tempranas y gestionar oportunamente ajustes requeridos en la operación.

De manera transversal, se fortaleció el control sobre la ejecución de los recursos, verificando su adecuada destinación y su correspondencia con las actividades desarrolladas, así como el cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros exigidos. Así mismo, se promovió la oportunidad y consistencia en la radicación de los productos asociados a los desembolsos, conforme a los tiempos establecidos.



En conjunto, las acciones lideradas por la Coordinación permitieron consolidar una gestión organizada, continua y orientada a resultados, asegurando el cumplimiento de los compromisos contractuales durante el periodo enero–marzo de 2026 y contribuyendo al fortalecimiento operativo del modelo MAS Bienestar en tu Hogar en el territorio.

Articulación sectorial e intersectorial para la operación del convenio

Durante el periodo comprendido entre enero y marzo de 2026, desde la Coordinación de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar se fortalecieron las articulaciones a nivel sectorial e intersectorial, orientadas a garantizar el desarrollo de acciones integrales para el cuidado del individuo, la familia y la comunidad, en el marco de la gestión del riesgo en salud.

A nivel sectorial, se consolidó la articulación con la capa intramural, lo que permitió la identificación de usuarios de abordaje prioritario y de aquellos con dificultades en la adherencia a los servicios de salud. En este proceso, y en concordancia con la territorialización, se estructuró la organización operativa por Unidades Básicas Resolutivas (UBR), con la designación de líderes operativos que mantienen articulación permanente con los profesionales de enlace, facilitando la gestión de casos, el seguimiento mensual y la toma de decisiones conjuntas.

Como parte del fortalecimiento de la articulación intra–extramural, durante el periodo se implementaron espacios formales de coordinación, tales como comités territoriales, reuniones de articulación por unidad de salud y mesas de trabajo, en los cuales se definieron rutas de trabajo, priorización de cohortes (gestantes, población infantil en riesgo, pacientes crónicos), y mecanismos de gestión de la información. Estos espacios permitieron consolidar herramientas operativas como repositorios compartidos de información, cronogramas de articulación, flujos de ruteo y seguimiento de usuarios, así como el uso de herramientas territoriales como geovisores para la focalización de intervenciones.

En este contexto, se fortaleció la articulación con las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) y con los equipos de la Dirección de Gestión del Riesgo, mediante la verificación periódica de la información registrada por el talento humano operativo, permitiendo identificar cohortes priorizadas como menores de cinco años, gestantes y personas con enfermedades crónicas. A partir de ello, se gestionaron acciones de canalización, agendamiento, activación de rutas y derivación a planes de bienestar, contribuyendo a la mitigación de barreras de acceso y al fortalecimiento del cuidado integral.

De igual manera, se promovió la articulación intersectorial a través de la participación en mesas locales, espacios comunitarios y escenarios de coordinación territorial. Como resultado de estos procesos de articulación, se evidenció el reencauzamiento efectivo de usuarios hacia las rutas de atención en salud, el fortalecimiento de la continuidad del cuidado y una mayor capacidad de respuesta frente a las necesidades de la población,

consolidando una gestión coordinada, oportuna y orientada a resultados durante el periodo evaluado.

Gestión documental, administrativa y contractual del convenio

Durante el periodo comprendido entre enero y marzo de 2026, la Coordinación de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar desarrolló acciones orientadas a garantizar la adecuada gestión documental, administrativa y contractual del convenio, en cumplimiento de los lineamientos institucionales y del Programa de Gestión Documental de la Subred Sur.

En el componente documental, se realizó de manera permanente la verificación, revisión, organización y alistamiento de los soportes derivados de las acciones desarrolladas en territorio, asegurando la calidad, consistencia y trazabilidad de la información registrada. Este proceso fue liderado por el equipo técnico-administrativo, permitiendo la consolidación organizada de las planillas, formatos e instrumentos definidos en el marco del convenio, conforme a los criterios establecidos para la gestión documental.

Así mismo, se garantizó la estructuración y custodia de los archivos de gestión, manteniendo la organización de las carpetas conforme a las Tablas de Retención Documental (TRD), así como la adecuada conservación de la documentación física y electrónica. El proceso de transferencia documental al archivo central se encuentra sujeto a los tiempos y lineamientos institucionales, en concordancia con el ciclo vital de la documentación.

Como parte del fortalecimiento del proceso, se implementó de manera sistemática la lista de chequeo de verificación de gestión documental, como instrumento técnico de seguimiento y control, aplicada a las diferentes acciones y procesos del convenio. Esta herramienta permitió evaluar el cumplimiento de criterios archivísticos, identificar oportunidades de mejora y orientar acciones correctivas.

La lista de chequeo contempla, entre otros, los siguientes criterios de verificación:

1. Organización de los archivos conforme a las Tablas de Retención Documental (TRD).
2. Depuración de documentos de apoyo que no hacen parte del expediente.
3. Ordenación cronológica de la documentación, garantizando su secuencia lógica.
4. Correcta alineación y disposición física de los documentos en las unidades documentales.
5. Cumplimiento del proceso de foliación conforme a los lineamientos establecidos.
6. Retiro de elementos metálicos o materiales que puedan afectar la conservación documental.



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

La aplicación de este instrumento permitió evidenciar avances en la organización, control y custodia del archivo, así como el fortalecimiento de las capacidades del talento humano en la gestión documental, a través de procesos de acompañamiento, asistencia técnica y seguimiento continuo.

De manera complementaria, se desarrollaron acciones de mejora como la reorganización de espacios físicos destinados al archivo, la entrega de insumos para la adecuada conservación documental (carpetas, ganchos legajadores, unidades de almacenamiento) y la implementación de prácticas de conservación preventiva, tales como limpieza periódica y control de condiciones ambientales.

En relación con la gestión administrativa y contractual, se dio cumplimiento a la entrega de los productos establecidos en el clausulado del convenio interadministrativo, conforme al cronograma definido por la supervisión. En este sentido, se realizó la radicación oportuna de los productos asociados a los distintos cortes de reporte, incluyendo aquellos definidos para el quinto (5) día hábil de cada mes, el día veinte (20) calendario mensual, el día veinticinco (25) cuando aplica, y los reportes semestrales establecidos para el mes de enero, garantizando el cumplimiento de los tiempos y requisitos exigidos.

Entre los productos gestionados se destacan el Informe de Gestión General (PPP), el reporte mensual de SEGPLAN, la base de talento humano y sus novedades, los informes de ejecución del plan de acción, la matriz de ejecución financiera, el tablero de indicadores, las planillas de pago, así como los instrumentos de seguimiento financiero y certificaciones requeridas, los cuales fueron consolidados, validados y radicados conforme a los lineamientos definidos.

De manera transversal, se fortalecieron los procesos de control y seguimiento administrativo, promoviendo la oportunidad en la radicación, la completitud de los soportes y la coherencia entre la información técnica, financiera y documental, contribuyendo a la adecuada ejecución del convenio y al cumplimiento de los requisitos para los desembolsos correspondientes al periodo evaluado.

Durante el periodo comprendido entre enero y marzo de 2026, se realizó seguimiento permanente al indicador Oportunidad en la entrega de productos para desembolso, orientado a medir el grado de cumplimiento en la entrega de los productos comprometidos en la minuta del convenio dentro de las fechas establecidas para cada desembolso. Como resultado de las acciones de coordinación, consolidación, validación y radicación documental desarrolladas por la Coordinación de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar, se alcanzó un cumplimiento del 100% en la entrega oportuna de los productos programados para el periodo evaluado, garantizando la disponibilidad de los soportes técnicos, administrativos y financieros requeridos para el trámite de los desembolsos correspondientes.

Comentado [87]: Describa el resultado obtenido del indicador de Oportunidad en la entrega de productos para desembolso, el cual Mide el grado de cumplimiento en la entrega de los productos comprometidos en la minuta del convenio, dentro de las fechas definidas y asociadas a cada desembolso, garantizando la oportunidad en el cumplimiento de los compromisos de la Subred. (Oportunidad en la entrega de productos (%))=
$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de productos entregados en la fecha definida}}{\text{Total de productos programados para entregar}} \times 100$$
 Unidad de medida: Porcentaje (%) Meta sugerida: $\geq 100\%$
falta el reporte del indicador

Comentado [88R87]: _Marked as resolved_

Comentado [89R87]: _Re-opened_
Resuelto

Este resultado evidencia adecuada articulación entre los componentes técnicos, administrativos y financieros del convenio, así como fortalecimiento de los procesos de seguimiento, control documental y cumplimiento de los cronogramas establecidos por la supervisión. Los resultados reportados se soportan mediante informes de gestión, bases de datos, reportes técnicos y soportes de radicación

7.1.2 Gestión financiera integral del convenio

Avances en la ejecución del Plan Programático y Presupuestal (PPP)

Descripción del estado general de avance del PPP, evidenciando el cumplimiento de las actividades programadas, la coherencia entre lo planeado y lo ejecutado, y la articulación entre los componentes técnicos y financieros del convenio.

Tabla 38. Ejecución financiera Plan programático y presupuestal - PPP

MES	VALOR PROGRAMADO	VALOR EJECUTADO	% DE EJECUCIÓN	VALOR SUBEJECUTADO	% SUBEJECUCIÓN
OCTUBRE 2025	1.997.415.465.99	1.997.415.465.99			
NOVIEMBRE 2025	2.221.406.294.00	2.221.406.294.00			
DICIEMBRE 2025	2.282.564.413.95	2.282.564.413.95			
ENERO 2026	2.217.915.339.68	2.217.915.339.68			
FEBRERO 2026	2.249.967.022.00	2.249.967.022.00			
MARZO 2026	2.514.885.549.36	2.261.222.613.99	89.91 %	253.662.935.37	10.09 %
TOTAL	13.484.154.084.98	13.230.491.149.61	98.12 %	253.662.935.37	1.88 %

Fuente: Plan programático y presupuestal - PPP

En atención al informe de gestión del Plan Programático y Presupuestal (PPP) remitido por la Secretaría Distrital de Salud, se establece que la ejecución financiera presenta un cumplimiento del 100%, en virtud de la redistribución de recursos aprobada el 18 de marzo de 2026 en el marco del comité extraordinario.

Con fundamento en lo anterior, se realizó la actualización de los valores programados y ejecutados correspondientes a los periodos de octubre 2025 a a marzo 2026, ajustándolos conforme a la redistribución de recursos aprobada.

En este sentido, el informe PPP consolidado presenta un valor programado total de **13.484.154.084,98**, de los cuales se registra una ejecución por valor de **13.230.491.149,61**,



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

equivalente al **98,12 % de ejecución**, y un valor subejecutado de **253.662.935,37**, correspondiente al **1,88 %**.

Así mismo, para la vigencia de los periodos mencionados se evidencia una adecuada alineación entre la programación y la ejecución presupuestal, sin generación significativa de saldos pendientes por ejecutar, de conformidad con los ajustes aprobados en la redistribución de recursos.

Finalmente, con corte a marzo de 2026, la ejecución alcanzó el 89,91 % frente al valor programado para el periodo evaluado, reflejando el cumplimiento de las metas establecidas en el Plan Programático y Presupuestal (PPP).

Planeación, programación y ejecución financiera de los recursos del convenio y la contrapartida

Síntesis de los procesos de planeación y programación financiera, el estado de ejecución de los recursos del convenio y la contrapartida, y las acciones de control implementadas para garantizar el uso adecuado, oportuno y trazable de los recursos.

Tabla 39. Contrapartida

MES	PROGRAMADO	EJECUTADO	PORCENTAJE
OCTUBRE	45.627.647	45.627.647	100%
NOVIEMBRE	73.695.747	73.695.747	100%
DICIEMBRE	71.815.647	71.815.647	100%
ENERO	72.915.647	72.915.647	100%
FEBRERO	68.322.847	68.322.847	100%
TOTAL	332.377.535	332.377.535	100%

Fuente: Contrapartida 2026

De acuerdo con el análisis de la ejecución financiera por componentes del convenio, se evidencia un cumplimiento del **100%** durante el periodo comprendido entre octubre y febrero, en donde los valores programados coinciden plenamente con los valores ejecutados, para un total de **\$332.377.535**, lo que refleja una adecuada planeación y control presupuestal.

Al desagregar la ejecución por ítems, se observa que los componentes **1. Refrigerios, materiales didácticos y/o piezas comunicativas, 3. Talento humano, administrativo, técnico y logístico y 4. Fortalecimiento de capacidades** presentan un comportamiento lineal durante todo el periodo analizado, manteniendo valores constantes mensuales

Comentado [90]: Estos valores no son claros de donde salen, no se evidencian en la ppp, en la tabla se relacionan 13.484.154.084,98, revisar

Comentado [91R90]: RESUELTO



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

conforme a lo establecido en el PPP. En este sentido, el ítem 1 registra un valor de **\$1.526.547**, el ítem 3 de **\$13.857.700** y el ítem 4 de **\$4.500.000**, evidenciando estabilidad en la asignación de recursos y garantizando el soporte operativo, técnico y formativo requerido para la implementación de las actividades en territorio.

Por su parte, el ítem **2. Acciones de Resolutividad en Salud Familiar** presenta una ejecución variable, directamente asociada al número de atenciones individuales realizadas en cada mes, en el marco de la articulación entre las intervenciones colectivas y el Plan de Beneficios en Salud. En este contexto, para el mes de octubre se registraron **541 atenciones individuales** por un valor de **\$25.743.400**; en noviembre, **1.134 atenciones** por **\$53.811.500**; en diciembre, **1.108 atenciones** por **\$51.931.400**; en enero de 2026, **1.163 atenciones** por **\$53.031.400**; y en febrero, **1.025 atenciones** por un valor de **\$48.438.600**. Este comportamiento evidencia una relación directa entre la producción de servicios y la ejecución financiera del componente.

En conclusión, la ejecución del convenio presenta una adecuada articulación entre los componentes de naturaleza fija (ítems 1, 3 y 4) y el componente variable (ítem 2), permitiendo garantizar tanto la sostenibilidad operativa como la respuesta efectiva a la demanda de servicios en salud. Lo anterior se traduce en el cumplimiento del 100% de la ejecución financiera, en coherencia con la planeación establecida y los lineamientos del Plan Programático y Presupuestal.

Tabla 40. Desembolsos realizados

NÚMERO DE DESEMBOLSO	VALOR DESEMBOLSA DO	No. FACTURA	FECHA
PRIMER DESEMBOLSO	5.079.539.633	9463414	06/10/2025
SEGUNDO DESEMBOLSO	5.079.539.633,	9486180	06/11/2025
TERCER DESEMBOLSO	7.386.653.120	9530243	05/01/2026
TOTAL	17.545.732.386		

Fuente: Matriz Financiera 2026

Se presenta el detalle de los desembolsos realizados, indicando el valor desembolsado, el número de factura y la fecha correspondiente a cada uno. El **primer desembolso** se realizó por un valor de **\$5.079.539.633**, con factura No. **9463414** y fecha **06 de octubre de 2025**. El **segundo desembolso** corresponde a un valor de **\$5.079.539.633**, con factura No. **9486180** y fecha **06 de noviembre de 2025**. El **tercer desembolso** corresponde a un valor de **\$7.386.653.120**, con factura No. **9530243** y fecha **05 de enero de 2026**.

Tabla 41. Ejecución financiera

CONCEPTO	VALOR PROGRAMADO	VALOR EJECUTADO	% DE EJECUCIÓN	VALOR SUBEJECUTADO	% SUBEJECUC IÓN
----------	---------------------	--------------------	-------------------	-----------------------	-----------------------



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

TALENTO HUMANO	11.579.911.200	9.899.143.623	85.49 %	1.689.767.577	14.51 %
INSUMOS	694.794.672	550.677.639	79.26 %	144.117.033	20.74 %
INSUMOS ANCESTRALES	32.400.000	38.474.954	-	-	-
ADMINISTRATIVOS	3.242.375.136	3.222.559.652	99.39 %	19.815.484	0.61 %
TOTAL	15.549.081.008	13.710.855.868	88.14 %	1.844.625.140	11.36 %

Fuente: Matriz Financiera 2025

En el análisis de la ejecución financiera por componentes, se evidencia que el rubro de talento humano no alcanzó el 100% de ejecución durante el periodo evaluado, debido a que no se logró la contratación total del personal requerido. Esta situación pone de manifiesto una brecha entre la planeación y la ejecución, constituyéndose en una falencia operativa que impacta directamente el desarrollo de las actividades y el cumplimiento de las metas establecidas en el marco del Plan Programático y Presupuestal (PPP).

En este sentido, es importante precisar que los rubros de insumos y administrativo dependen directamente del nivel de ejecución del talento humano, dado que su uso y necesidad están asociados a la operación efectiva del personal contratado. Por lo tanto, la subejecución en talento humano incide de manera proporcional en estos componentes, afectando su comportamiento financiero.

Respecto al componente administrativo, se registra una ejecución por valor de \$3.222.559.652, del cual \$ 1.658.200.132 corresponde a gastos de transporte y \$ 1.564.359.520 a gastos administrativos propiamente dichos. Este comportamiento evidencia que, aunque se presentan niveles de ejecución significativos, estos no alcanzan el total programado, en concordancia con la menor contratación de talento humano.

Por otra parte, en el rubro de insumos ancestrales, se observa que durante los meses de octubre y noviembre se ejecutó el valor pactado de \$6.400.000, conforme a lo establecido en el PPP. Sin embargo, en los meses posteriores se presentan desviaciones por encima del valor programado: en diciembre se ejecutaron \$6.450.000, superando en \$50.000 lo pactado; en enero, \$6.408.749, con un excedente de \$8.749; y en febrero, \$6.400.250, excediendo en \$250 el valor definido, en el mes de marzo \$ 6.416.000 excediendo en \$16.000 el valor definido. Aunque estas variaciones son de baja magnitud, constituyen incumplimientos frente a los techos presupuestales establecidos que en valor total se excede en \$74.954.

En conclusión, se identifican debilidades en la ejecución integral de los componentes analizados, especialmente en talento humano, lo cual genera efectos directos sobre los rubros asociados de insumos y administrativo. Asimismo, se evidencian desviaciones puntuales en la ejecución de insumos ancestrales, lo que hace necesario fortalecer los



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

mecanismos de control, seguimiento y ajuste presupuestal, con el fin de garantizar la alineación con la planeación financiera definida en el PPP.

Administración del recurso humano y soporte operativo

La gestión del talento humano vinculado a la operación del convenio ha permitido dar continuidad a las actividades en territorio; no obstante, no se ha alcanzado en su totalidad el nivel óptimo de contratación frente a lo inicialmente programado. Si bien una proporción significativa de los perfiles requeridos ha sido cubierta, persisten vacantes en algunos cargos que han limitado el alcance del 100% de ejecución en este componente.

De manera complementaria, se ha garantizado el soporte operativo a los equipos en territorio mediante la provisión de logística, insumos, recursos tecnológicos y condiciones necesarias para la adecuada prestación del servicio, en coherencia con las dinámicas operativas del convenio.

En relación con la rotación evidenciada en el perfil de Gestor Más Bienestar en Línea, se identificó que las principales causas obedecen a factores asociados a las condiciones laborales y operativas del cargo. Entre ellas se encuentran el nivel de honorarios ofertado, los desplazamientos requeridos hacia los territorios de intervención y la aceptación de nuevas oportunidades laborales acordes con el perfil profesional de los contratistas.

Así mismo, durante el proceso de vinculación se ha evidenciado que algunos aspirantes asocian inicialmente el perfil “en línea” con una modalidad completamente virtual. Sin embargo, una vez se socializan las condiciones reales de ejecución del contrato, las actividades territoriales y los requerimientos operativos asociados al cargo, algunos contratistas deciden no continuar con el proceso o solicitan la terminación anticipada del contrato.

No obstante, se han fortalecido las estrategias de acompañamiento, seguimiento y orientación durante los procesos de selección y contratación, con el fin de mejorar la permanencia del personal, garantizar la continuidad operativa y mitigar el impacto de la rotación en la ejecución del convenio.

Tabla 42. Distribución del Talento Humano

PERFIL	SUBRED SUR			
	No de personas requeridas	No de personas contratadas	Pendiente por contratar	% de contratación

Comentado [92]: Establecer la temporalidad de la información porque si bien todo el informe es a corte 30 de marzo, esta información esta a febrero y se entiende que es porque la misma esta en revisión pero es importante dejar esto en el informe

Comentado [93R92]: RESUELTO

Comentado [94]: Cuales son las causas de esta rotación del personal?
Revisar porque si bien este es el perfil que más rota hay perfiles que aun no reportan contratación analizar a que se debe esto

Comentado [95R94]: RESUELTO



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

COORDINADOR	1	1	0	100%
TECNICO ADMINISTRATIVO	2	2	0	100%
GEOGRAFOS	2	2	0	100%
DINAMIZADOR TERRITORIAL DE GESTION DEL RIESGO	2	2	0	100%
LIDER GESTIÓN OPERATIVA	13	12	1	92%
TECNICO ADMINISTRATIVO GESTIÓN OPERATIVA	13	13	0	100%
TECNICOS SISTEMAS	7	7	0	100%
PROFESIONAL INGENERIA SISTEMAS	1	1	0	100%
PROFESIONAL COHORTES	1	1	0	100%
PROFESIONAL MARTERNO/INDUCCIÓN	1	1	0	100%
PROFESIONAL CANALIZACIONES/RUTAS	1	1	0	100%
PROFESIONAL TRABAJO SOCIAL ASEGURAMIENTO	1	1	0	100%
PROFESIONAL ENLACE EPS	1	1	0	100%
INGENIERO DISTRITAL	1	1	0	100%



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

PROFESIONAL SOCIAL AVANZADA	4	4	0	100%
GESTOR MAS BIENESTAR EN LINEA	101	92	9	91%
GESTOR MAS BIENESTAR TECNICO	225	224	1	100%
GESTOR MAS BIENESTAR TECNICO RURAL CERCANO	4	4	0	100%
PROFESIONAL EN MEDICINA	8	8	0	100%
PROFESIONAL EN MEDICINA RURAL	2	2	0	100%
PROFESIONAL EN ENFERMERIA	40	32	8	80%
PROFESIONAL EN ENFERMERIA RURAL	2	2	0	100%
PROFESIONAL EN PSICOLOGIA	37	33	4	89%
PROFESIONAL EN PSICOLOGIA RURAL	2	2	0	100%
PROFESIONAL EN NUTRICION	2	2	0	100%
PROFESIONAL EN TERAPIAS	7	7	0	100%
PROFESIONAL EN TERAPIAS RURAL	2	1	1	50%
AGENTE DE CAMBIO	3	3	0	100%



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

PROFESIONAL EN CIENCIAS AMBIENTALES	2	2	0	100%
TECNICO CIENCIAS AMBIENTALES	5	5	0	100%
PROFESIONAL EN ODONTOLOGIA	5	5	0	100%
PROFESIONAL EN ODONTOLOGIA RURAL	2	2	0	100%
PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA CLINICA	3	3	0	100%
AUXILIARES CUIDADORES	10	10	0	100%
PROFESIONAL EN TRABAJADOR SOCIAL RBC/NAVEGADORES	3	2	1	67%
GESTOR MAS BIENESTAR TECNICO PAGADIARIO	1	1	0	100%
GESTOR SOCIAL MAS BIENESTAR HC	1	1	0	100%
GESTOR MAS BIENESTAR TECNICO HC	1	1	0	100%
GESTOR MAS BIENESTAR TECNICO PPL COMUNIDADES DE VIDA	3	3	0	100%
GESTOR MAS BIENESTAR TECNICO PAI	5	5	0	100%
GESTORES SERVICIOS COMPLEMENTARIOS (MEDICAMENTOS, LABORATORIO)	1	1	0	100%



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

GESTOR MAS BIENESTAR BACHILLER VACUNADORES PAI	5	5	0	100%
PROFESIONAL SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	1	1	0	100%
PROFESIONALES CASA MAS BIENESTAR (ARTISTAS)	1	0	1	0%
PROFESIONAL EN ENFERMERIA CASA MAS BIENESTAR	1	0	1	0%
GESTOR MAS BIENESTAR GESTOR- SUMAPAZ	4	4	0	100%
PROFESIONAL EN ENFERMERIA- SUMAPAZ	2	2	0	100%
PROFESIONAL EN PSICOLOGIA- SUMAPAZ	2	2	0	100%
PROFESIONAL EN TERAPIAS- SUMAPAZ	1	1	0	100%
PROFESIONAL EN CIENCIAS AMBIENTALES-SUMAPAZ	2	2	0	100%
PROFESIONAL EN ODONTOLOGIA- SUMAPAZ	1	1	0	100%
AUXILIARES CUIDADORES-SUMAPAZ	1	1	0	100%
PROFESIONAL ETNICO AFRO	3	3	0	100%
GESTOR MAS BIENESTAR TÉCNICO ETNICO AFRO	3	3	0	100%



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

GESTORES MAS BIENESTAR ANCESTRAL ETNICO AFRO	9	9	0	100%
PROFESIONAL ETNICO INDÍGENA	1	1	0	100%
GESTOR MAS BIENESTAR TÉCNICO ETNICO INDÍGENA	1	1	0	100%
GESTORES MAS BIENESTAR ANCESTRAL ETNICO INDÍGENA	3	3	0	100%
TOTAL	569	542	27	95%

Fuente: Talento Humano - 8374552-2025

Localización y distribución del equipo en las sedes asignadas

Durante el periodo evaluado, la Subred Sur dispuso espacios físicos, administrativos y operativos para el funcionamiento de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar, garantizando condiciones logísticas y tecnológicas necesarias para el desarrollo de las actividades definidas en el convenio.

La operación del convenio se concentró principalmente en la sede de la USS Santa Marta, ubicada en la localidad de Usme, barrio Santa Marta, la cual funcionó como sede central administrativa y operativa del modelo. En esta sede se ubicaron 513 integrantes del talento humano vinculados al convenio, distribuidos entre perfiles asistenciales, técnicos, administrativos y de coordinación, permitiendo la articulación permanente de las acciones territoriales, operativas y de seguimiento.

Adicionalmente, se contó con apoyo operativo en la USS Sierra Morena, ubicada en la localidad de Ciudad Bolívar, donde se dispusieron espacios para 27 integrantes del talento humano, fortaleciendo las acciones territoriales desarrolladas en esta localidad y facilitando la organización operativa de los equipos asignados al territorio.

De manera complementaria, la USS Usme, ubicada en el sector de Usme Pueblo, contó con espacios destinados al apoyo de actividades específicas del convenio, con capacidad para 2 integrantes del talento humano.

En términos de capacidad instalada, la USS Santa Marta dispuso de 70 puestos de trabajo y 248 equipos de cómputo, destinados al desarrollo de actividades administrativas, gestión documental, seguimiento operativo, monitoreo de información, cargue de bases de datos y articulación técnica de los equipos. Por su parte, la USS Sierra Morena contó con 27

Comentado [96]: Describir la localización y distribución del equipo en las sedes de trabajo asignadas por la subred y Describir de manera cualitativa y cuantitativa los espacios asignados - hace falta la descripción

Comentado [97R96]: _Marked as resolved_

Comentado [98R96]: _Re-opened_
Resuelto

puestos de trabajo y 27 equipos de cómputo, mientras que la USS Usme dispuso de 2 puestos de trabajo.

La distribución del talento humano y de los recursos tecnológicos respondió a las necesidades operativas del convenio, priorizando la capacidad de respuesta territorial, la continuidad de las actividades extramurales y el fortalecimiento de los procesos administrativos y técnicos asociados al modelo MAS Bienestar en tu Hogar.

De manera general, los espacios físicos asignados permitieron fortalecer la capacidad operativa y administrativa del convenio, facilitando el desarrollo de las actividades en territorio, la articulación de los equipos interdisciplinarios y el seguimiento permanente a los procesos técnicos y operativos desarrollados durante el periodo reportado.

Tabla 43. UBICACIÓN

NOMBRE DE LA SEDE	LOCALIDAD	BARRIO	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CANTIDAD DE TALENTO HUMANO	CANTIDAD DE PUESTOS DE TRABAJO	CANTIDAD DE EQUIPOS DE CÓMPUTO
USS Santa Marta	Usme	Santa Marta	Calle 68B Sur #9A-29	60173000 00 Ext. 31072	513	70	248
USS Usme	Usme	Usme Pueblo	Calle 136 Sur #2-37	60173000 00	2	2	0
USS Sierra Morena	Ciudad Bolívar	Sierra Morena	Diagonal 70 Sur N. 56-56	60173000 00	27	27	27

Fuente: Ubicación Convenio

Durante el periodo reportado se realizó la gestión y adquisición de los insumos requeridos para garantizar la adecuada operación y ejecución de las actividades definidas en el convenio. En este sentido, mediante las órdenes de despacho se solicitaron insumos de papelería, elementos de aseo, desinfección, insumos hospitalarios y demás materiales necesarios para el desarrollo de las actividades asistenciales, administrativas y operativas en territorio.

En relación con los equipos tecnológicos, el valor reportado corresponde al pago por concepto de arrendamiento de equipos y accesorios tecnológicos requeridos para el desarrollo de las actividades del convenio. Estos recursos permiten garantizar las condiciones operativas necesarias para la ejecución de las actividades, el cumplimiento de

las tareas asignadas al talento humano y el adecuado reporte y seguimiento de la información.

Por otra parte, el componente correspondiente a vehículos hace referencia a la contratación del servicio de transporte asignado para la operación del convenio, mediante el cual se dispone de vehículos destinados al desplazamiento de los contratistas hacia los diferentes territorios de intervención. Esta operación logística permite fortalecer la cobertura territorial, facilitar el acceso a las comunidades y contribuir al cumplimiento adecuado de las metas programadas.

En términos generales, la gestión de insumos, equipos tecnológicos y transporte ha permitido fortalecer la capacidad operativa del convenio, garantizando la continuidad de las actividades y el cumplimiento de los objetivos establecidos dentro del Plan Programático Presupuestal (PPP).

Comentado [99]: Falta el análisis de la información

Comentado [100R99]: RESUELTO

Tabla 44. Gestión de insumos y vehículos

N.º	CATEGORÍA	VALOR TOTAL	SOPORTE DE VERIFICACIÓN
1	C2_PAPELERIA_UTILES_ESCRITORIO	3.950.064	Ordenes de despacho
2	C4_ELEMENTOS_ELECTRONICO_ACCESORIOS_INTANGIBLES	516.150.046	Facturas
3	C5_INSUMOS_HOSPITALARIOS_EQUIPOS_MEDICOS	41.369.317	Ordenes de despacho
4	C8_ELEMENTOS_ASEO_DESINFECCION	1.435.452	Ordenes de despacho
8	C10_VEHICULOS	1.564.359.520	Facturas

Fuente: Matriz Financiera 2026

7.1.3 Resultados operativos del proceso de supervisión

Como resultado del proceso de supervisión realizado durante el periodo reportado, se evidenció la necesidad de fortalecer de manera permanente la capacidad operativa de los equipos en territorio, especialmente en aspectos relacionados con disponibilidad de herramientas tecnológicas, equipos biomédicos, insumos operativos y apoyo logístico para el desarrollo de las actividades contempladas en el convenio.

En este sentido, la supervisión permitió identificar requerimientos asociados a la oportunidad en la entrega de insumos, disponibilidad de equipos para el desarrollo de actividades asistenciales y administrativas, así como necesidades de fortalecimiento en los procesos logísticos y operativos requeridos para garantizar la continuidad de las intervenciones en territorio.



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

Como acciones de mejora implementadas por la Subred, se adelantó la gestión oportuna para la adquisición y suministro de herramientas tecnológicas, equipos biomédicos, insumos operativos y servicios de apoyo logístico, permitiendo optimizar las condiciones de operación de los equipos de trabajo. Así mismo, se fortalecieron los mecanismos de seguimiento y control sobre la distribución de recursos y la disponibilidad de los elementos requeridos para el cumplimiento de las actividades programadas.

Adicionalmente, se implementaron acciones orientadas al fortalecimiento del acompañamiento operativo y administrativo a los equipos territoriales, con el fin de mejorar la capacidad de respuesta frente a las necesidades identificadas durante la ejecución del convenio y garantizar la continuidad en la prestación de los servicios.

Como resultado de las acciones implementadas, se logró mantener la operatividad de los equipos en territorio, mejorar las condiciones para la ejecución de las actividades programadas y contribuir al cumplimiento de las metas y compromisos establecidos en el convenio, favoreciendo la continuidad, oportunidad y calidad de las intervenciones desarrolladas.

Comentado [101]: Aquí se debe relacionar lo siguiente: Realizar un análisis de los resultados obtenido en el proceso de supervisión y las acciones de mejora implementadas por la Subred para el alcance del objeto del convenio y compromisos.

Comentado [102R101]: RESUELTO

7.2 GRUPO DE GESTIÓN DE LOS EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR

7.2.1 Gestión de la información para la planeación, toma de decisiones y análisis de resultados

La gestión de la información durante el periodo reportado se centró en la consolidación y validación técnica de los datos cargados al aplicativo gtaps, garantizando la completitud, concordancia y oportunidad de los registros. A través de la implementación de tableros de control y procesos de 'precrítica', se transformaron los datos brutos en insumos cuantitativos que permitieron una planeación operativa basada en evidencia, facilitando la identificación de brechas técnicas y comportamientos relevantes en el territorio. Este análisis estructurado mediante indicadores de cumplimiento y distribución de inconsistencias, se aseguró la trazabilidad de la información, permitiendo comparar el desempeño operativo frente a las metas institucionales y los estándares de calidad definidos por la Secretaría de Salud.

a) Estructura del reporte de gestión desde el análisis territorial

A continuación, se presenta el consolidado técnico de la gestión de datos correspondiente al primer trimestre de 2026, desglosado por tipo de intervención: Actualización y Caracterización. Este análisis permite evaluar la dinámica operativa del abordaje territorial, diferenciando el alcance en los ámbitos rural (4%) y urbano (96%). Los datos reflejan una gestión integral de 41,098 registros, evidenciando una priorización de la caracterización en contextos urbanos con el 66% de su actividad, mientras que en el sector rural la operación



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

se concentra en el mantenimiento y actualización de la información existente, representando el 75% de su carga operativa local,

Así mismo se identificaron 2198 novedades de calidad, los cuales fueron socializados con sus respectivos líderes y talento humano.

Tabla 45. Gestión desde el análisis territorial

	RURAL		4%	URBANO		96%	
MES	ACTUALIZACIÓN	CARACTERIZACIÓN	TOTAL RURAL	ACTUALIZACIÓN	CARACTERIZACIÓN	TOTAL URBANO	TOTAL GENERAL
ENERO 2026	421	126	547	3975	8027	12002	12550
FEBRE RO 2026	430	158	488	5045	9397	14442	15033
MARZO 2026	452	146	598	4358	8546	12904	13515
Total general	1303	430	1746	13378	25970	39352	41098
	75%	25%		34%	66%		

Fuente: Consolidado archivos planos Gtaps



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

Se realiza el análisis de las sesiones de VSP por localidad lo cual permite identificar la cobertura y el impacto de la operación en las cuatro localidades de intervención. Durante el primer trimestre de 2026, se procesó un consolidado de 26,617 registros donde:

La localidad de Ciudad Bolívar representa el 48.4% de la operación total con 12,893 registros, consolidándose como el territorio de mayor demanda técnica. Le sigue Usme con 9,145 registros (34.3%), evidenciando que el 82.7% de la carga operativa se concentra en estos dos sectores.

(Se observa un incremento progresivo en la captura de información, pasando de 8,381 registros en enero a 9,379 en marzo (un aumento del 11.9%). Este crecimiento es impulsado principalmente por Ciudad Bolívar, que aumentó su productividad operativa en un 18.9% durante el trimestre).

Tabla 46. Análisis de las sesiones

	LOCALIDAD				
MES	CIUDAD BOLÍVAR	SUMAPAZ	TUNJUELITO	USME	Total general
ENERO	3950	443	1083	2905	8381
FEBRERO	4244	417	1160	3036	8857
MARZO	4699	436	1039	3204	9379
Total general	12893	1296	3282	9145	26617

Fuente: Consolidado planos VSP convenio 837

Durante el primer trimestre de 2026, los planes de bienestar se concentraron principalmente en Ciudad Bolívar (911 registros) y Usme (590 registros), localidades que agrupan el 80% de la actividad y requirieron un acompañamiento que a la fecha cuenta con registros que superan los 6 seguimientos.

Tabla 47.



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

	LOCALIDAD				
MES	CIUDAD BOLÍVAR	SUMAPAZ	TUNJUELITO	USME	Total general
ENERO	259	43	74	201	577
FEBRERO	325	30	91	189	635
MARZO	327	56	88	200	671
Total general	911	129	253	590	1883

Fuente: Consolidado planos VSP convenio 837

La cantidad de ajustes de priorización realizados como resultado del análisis de la información.

Tabla 48. Ajustes de priorización

MES	DEPURADOS	ANALIZADOS	TOTAL
ENERO	694	1714	2408
FEBRERO	885	2078	2963
MARZO	265	714	979
Total general	1844	4506	6350
PORCENTAJE	29,0%	71,0%	

Después de que el equipo de Sistemas de Información realizará una revisión detallada de todas las bases de datos, se consolidaron los resultados finales que aparecen en esta tabla. De un total de 6,350 datos revisados, la gran mayoría (4,506) fueron analizados



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

correctamente. Por otro lado, se lograron identificar y corregir 1,844 errores o datos incompletos, evitando que afectarán la salida de información. El mes de febrero fue el de mayor trabajo, logrando limpiar la mayor cantidad de información. Al llegar a marzo, se observa que la cantidad de ajustes bajó drásticamente a solo 265, lo que demuestra que el proceso de revisión de sistemas funcionó con éxito para dejar la información con calidad.

-

Tabla 49. La identificación de las unidades territoriales analizadas (territorios, sectores u otras divisiones operativas).

MES	GESTION	TERRITORIOS
ENERO 2026	9816	66
FEBRERO 2026	11510	70
MARZO 2026	10539	73
Total general	31865	209

Fuente: Plano gestión de predios con gestión efectiva Gtaps

Tabla 50. El registro cuantitativo de las novedades de calidad de la información identificadas desde la operación.

Nombre Salida de Información	% Salida de Información		
	ENERO	FEBRERO	MARZO
Caracterización Familiar	93%	87%	88%



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

Signos	94%	93%	85%
Acompañamiento Psicosocial	97%	97%	97%
Apoyo Psicológico en Duelo	100%	99%	100%
Bajo Peso al Nacer Pretérmino	60%	67%	75%
Bajo Peso al Nacer A término			
Cáncer	89%	90%	100%

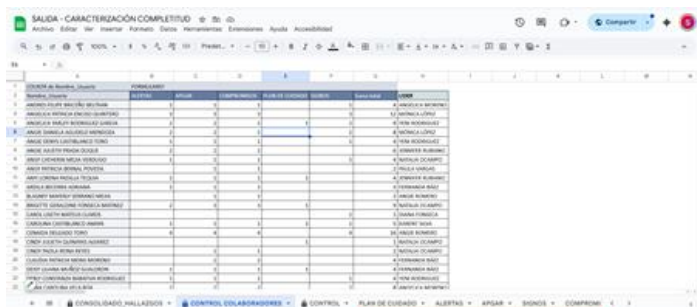


SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

Conductas Suicida	88%	87%	94%
Crónicos	44%	64%	59%
Familias Con Menor De 5 Años Menor Con Exceso De Peso DNT Aguda, Moderada O Severa	61%	75%	75%
Educación Medicina	78%	93%	97%
Bajo Peso Gestacional Familias Con Gestantes Maternas Adolescentes Obesidad Gestacional	79%	78%	87%
HB Gestacional			
Morbilidad Materna Extrema	61%	93%	38%
Era Ira	0%	100%	

Fuente: Salidas preliminares primer trimestre del 2026.

Se han generado cuadros de control para la revisión de los hallazgos por cada colaborador en el cual se discrimina los formularios faltantes y con hipervínculo para que al darle click en el total se le genere todo lo que tiene pendiente con los respectivos códigos para la verificación y completitud.



Fuente: Drive control de la completitud

Fuente: Drive control de concordancia

Se han generado manuales paso a paso para la corrección de ajustes y se implementaron las píldoras de la memoria con los ajustes más repetitivos que están siendo divulgadas diariamente, para mitigar estos errores, Y adicional a eso se genera por cada tablero un ranking de ajustes por líder operativo como apoyo a precritica y seguimiento correspondiente.

LIDER OPERATIVO	AJUSTES	AJUSTES	AJUSTES
PAULA VARGAS	41	45	34
KARENT SILVA	7	13	17
ANGIE ROMERO	44	66	61
YENI RODRIGUEZ	13	18	9
FERNANDA BÁEZ	71	75	83
DIANA FONSECA	68	28	30
NATALIA OCAMPO	20	23	30
ANGELICA MORENO	12	11	11
JENNIFER RUBIANO	29	4	6
MÓNICA LÓPEZ	44	140	74
CINDY QUINTERO	17	11	6
MELINA MELO	0	0	37
TOTAL	366	434	398

Fuente: Control de hallazgos caracterización



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

LIDER	PROFESIONAL	CORTE 1	CORTE 2	CORTE 3	CORTE 4
		OBSERVACIONES INVALIDAS	OBSERVACIONES INVALIDAS	OBSERVACIONES INVALIDAS	OBSERVACIONES INVALIDAS
NATALIA OCAMPO	AMADOR BAYONA GUILLERMO	1		1	1
DIANA FONSECA	ANGIE LORENA NUÑEZ GALEANO	5		0	0
NATALIA OCAMPO	BRIGITTE GERALDINE FONSECA MATINEZ	37		19	21
KARENT SILVA	CAMILA ANDREA HERRERA MANRIQUE	14		9	2
KARENT SILVA	CARLOS MANUEL RUIZ UMAÑA	10		16	0
NATALIA OCAMPO	DANIEL ALEJANDRO GONZALEZ PEREZ	11		5	1
NATALIA OCAMPO	DANIELA VELANDIA OSPINA	32		19	17
YENI RODRIGUEZ	DERLY CONSTANZA BABATINA RODRIGUEZ	6		0	0
ANGIE ROMERO	EIMI DAYANA ROJAS DIAZ	16		15	17
ANGELICA MORENO	ESTEFANIA RIVAS CARABALI	14		1	0

Fuente: Control de hallazgos plan de cuidado familiar

Validacion	PRESTO	FAMILIA	PERSONA	REGISTRO	Fecha_Seguimie nto	N°_Seguimie nto	Evento	Usuario_Creo	Nombre_Creo	Perfil_Creo
Completo	406229	358077	248856	48169	01/03/2026	SEGUIMIENTO 1	CRONICOS	1001066679	DANIELA CELIS GONZALEZ	ENFERMERIA
Incompleto	326332	714380	708817	20153	01/03/2026	SEGUIMIENTO 1	FAMILIAS CON MENORES DE 5 AÑOS	52851023	SANDRA MILENA SANTA PANDALES	ENFERMERIA
Incompleto	211422	680246	712568	20598	01/03/2026	SEGUIMIENTO 1	FAMILIAS CON MENORES DE 5 AÑOS	107457529	MABELS YULETH PALACIOS	ENFERMERIA
Incompleto	380538	478759	403748	14034	01/03/2026	SEGUIMIENTO 1	MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	1001066679	DANIELA CELIS GONZALEZ	ENFERMERIA
Completo	585809	66303	40437	90714	02/03/2026	SEGUIMIENTO 1	ACOMPANAMIENTO PSICOSOCIAL	33368054	LILIANA ROCIO GALVIS	PSICOLOGIA
Completo	311392	80739	123059	90847	02/03/2026	SEGUIMIENTO 1	ACOMPANAMIENTO PSICOSOCIAL	80121465	HECTOR FERNANDO PINTO ESCOBAR	PSICOLOGIA
Completo	638478	364774	256004	90819	02/03/2026	SEGUIMIENTO 1	ACOMPANAMIENTO PSICOSOCIAL	53073711	CONSTANZA GARAVITO ANGEL	PSICOLOGIA
Completo	631613	370607	263872	90815	02/03/2026	SEGUIMIENTO 1	ACOMPANAMIENTO PSICOSOCIAL	53073711	CONSTANZA GARAVITO ANGEL	PSICOLOGIA
Completo	220093	385100	294194	90825	02/03/2026	SEGUIMIENTO 1	ACOMPANAMIENTO PSICOSOCIAL	53073711	CONSTANZA GARAVITO ANGEL	PSICOLOGIA
Completo	916167	486260	388209	90843	02/03/2026	SEGUIMIENTO 1	ACOMPANAMIENTO PSICOSOCIAL	1031137381	LIBI YINET SALGADO DAZA	PSICOLOGIA
Completo	638982	536547	474203	90807	02/03/2026	SEGUIMIENTO 1	ACOMPANAMIENTO PSICOSOCIAL	53073711	CONSTANZA GARAVITO ANGEL	PSICOLOGIA
Completo	469701	591722	544945	90856	02/03/2026	SEGUIMIENTO 1	ACOMPANAMIENTO PSICOSOCIAL	1024524132	MARITZA DINA PALACIOS MORALES	PSICOLOGIA
Completo	769992	634582	603527	90729	02/03/2026	SEGUIMIENTO 1	ACOMPANAMIENTO PSICOSOCIAL	1033803846	LIZETH NATALIA ROJAS VILLAGA	PSICOLOGIA
Completo	584026	492673	613153	90812	02/03/2026	SEGUIMIENTO 1	ACOMPANAMIENTO PSICOSOCIAL	79607566	OSCAR ORLANDO MARTINEZ PEÑA	PSICOLOGIA
Completo	1203689	679335	663426	90773	02/03/2026	SEGUIMIENTO 1	ACOMPANAMIENTO PSICOSOCIAL	33368054	LILIANA ROCIO GALVIS	PSICOLOGIA
Completo	1241717	681160	665805	90780	02/03/2026	SEGUIMIENTO 1	ACOMPANAMIENTO PSICOSOCIAL	1010039566	NICOLE JULIETH VALBUENA COCA	PSICOLOGIA
Completo	582593	689104	676108	90882	02/03/2026	SEGUIMIENTO 1	ACOMPANAMIENTO PSICOSOCIAL	100786252	KAREN JULIETH RODRIGUEZ PEÑA	PSICOLOGIA
Completo	629922	681154	676707	90783	02/03/2026	SEGUIMIENTO 1	ACOMPANAMIENTO PSICOSOCIAL	19493644	JUAN CARLOS SANTOS GRANADOS	PSICOLOGIA
Completo	143538	702247	693035	90792	02/03/2026	SEGUIMIENTO 1	ACOMPANAMIENTO PSICOSOCIAL	62126770	LUCY STELLA LOPEZ GARZON	PSICOLOGIA

Fuente: Completitud seguimiento 1 vsp

Con el objetivo de centralizar el seguimiento operativo, se desarrolló un Tablero de Control Maestro que integra de manera automática la información de los tableros individuales de cada líder. Esta herramienta permite visualizar en un solo entorno el estado de los datos agrupados, evaluando criterios de completitud, concordancia y calidad de forma detallada por cada hoja de trabajo. Asimismo, el archivo incorpora un tablero de resumen estructurado por perfil profesional, lo que facilita una supervisión técnica precisa y permite identificar hallazgos específicos por rol. Esta estrategia asegura la integridad de la información reportada y optimiza la toma de decisiones, garantizando que el análisis técnico cuente con una trazabilidad completa desde el registro individual hasta el consolidado de todo el talento humano asignado.



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

MARZO 2026	42	22	1	322	387
Total general	252	326	107	4114	4799
	5%	7%	2%	86%	

Fuente: Ajuste fecha aplicativo

En este periodo, se identificó un requerimiento total de 4,799 ajustes en el drive de ajustes de fechas, de los cuales se ejecutaron exitosamente 4,114, alcanzando un cumplimiento del 86% respecto a la totalidad de las solicitudes. Los ajustes no realizados (14% restante) se distribuyen de la siguiente manera según el tipo de inconsistencia detectada: un 5% por códigos erróneos, un 7% por fechas que no corresponden y un 2% debido a formularios diligenciados incorrectamente.

Tabla 52. Solicitud de Ajustes

MES	CÓDIGOS MAL	DUPLICADO	FECHA REGISTRO MAL	FORMULARIO ERRÓNEO	REALIZADO	NO SE PUEDE REALIZAR	Total general
ENERO 2026	50	67	4	2	564	36	723
FEBRE RO 2026	430	26	1	1	1295	130	1883
MARZO 2026	45		1		706	12	764
Total general	525	93	6	3	2565	178	3370
	16%	3%	0%	0%	76%	5%	

Fuente: Mesa sur

Adicionalmente en el drive de mesa sur, se solicitaron a nivel central un total de 3,370 ajustes, de los cuales se realizaron 2,565, lo que representa un cumplimiento del 76% de la totalidad. Los ajustes no realizados se distribuyen principalmente en un 16% por códigos erróneos, un 3% por registros duplicados y un 5% que fueron categorizados como "no se puede realizar". El margen restante corresponde a incidencias menores en fechas de registro y formularios erróneos (0% redondeado).

Comentado [103]: Sobre novedades de calidad:

-Se recomienda fortalecer controles relacionados con completitud y concordancia de la información registrada.

--Se sugiere incluir acciones preventivas frente a formularios con menor porcentaje de calidad.

Se recomienda fortalecer estrategias de seguimiento en módulos con comportamientos variables durante el trimestre.

Sobre mesas de ajustes y solicitudes:

-Se recomienda fortalecer validaciones previas para disminuir errores asociados a códigos y fechas.

-Se sugiere complementar el análisis con tiempos de respuesta y trazabilidad de solicitudes no ejecutadas.

Comentado [104R103]: Resuelto

Para el punto 3, se generó un cronograma de solicitud de ajustes con horario establecido para generar la validación del 100% de los ajustes.

Para el punto 4, se solicita dejar en el plano la trazabilidad completa de las solicitudes realizadas, se deja la claridad para los ajustes de usuarios los cuales al ser realizado se borran del plano y se necesita la claridad de los ajustes realizados para poder dar cumplimiento al requerimiento como también establecer algún direccionamiento para los ajustes que son mal realizados ya que su tiempo de respuesta en casos exitos van a variar contundentemente.

b) Estructura del reporte de gestión técnica y de calidad de la información

El presente apartado tiene como propósito consolidar los hallazgos derivados del análisis técnico del sistema, centrando el enfoque en los mecanismos de tratamiento y aseguramiento de la integridad de los datos. En un entorno donde la precisión operativa es fundamental, la gestión de la calidad se constituye como el pilar que garantiza la fiabilidad de los resultados presentados en este informe.

A continuación, se documenta la evolución de los indicadores de desempeño, destacando la transición desde la identificación de anomalías hasta la implementación de controles preventivos. Este análisis permite evidenciar cómo la mitigación proactiva de novedades ha permitido alcanzar un estándar de calidad superior al 80%, optimizando así la base informativa para la toma de decisiones estratégicas.

Tabla 53. El volumen de registros analizados durante el periodo.

MES	CARACTERIZACIONES	VSP	TOTAL
ENERO 2026	12550	8381	67715
FEBRERO 2026	15033	8857	
MARZO 2026	13515	9379	
Total general	41098	26617	

Fuente: Consolidado aplicativo Gtaps

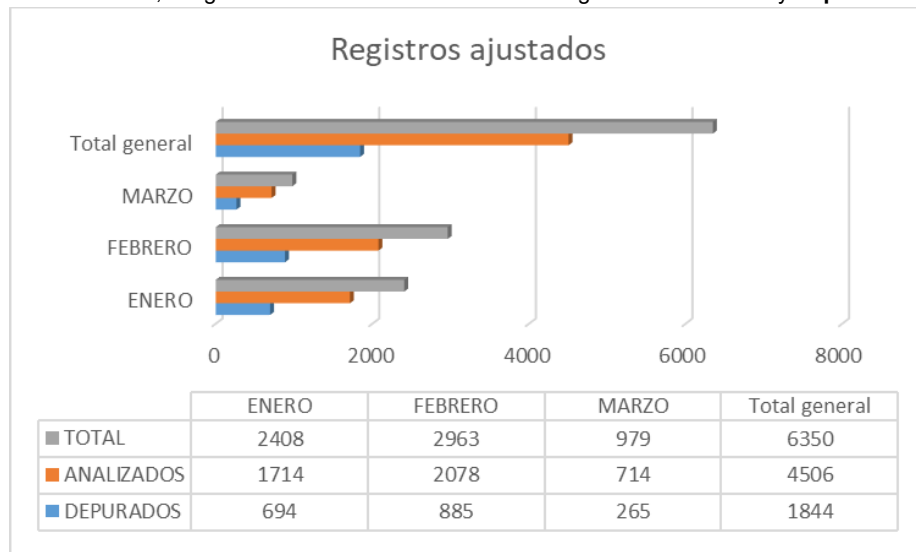
Durante el primer trimestre del año 2026, se registró un volumen total de 67,715 actividades, distribuidas entre 41,098 caracterizaciones y 26,617 registros VSP. El mes de febrero destacó como el periodo de mayor actividad global, impulsado principalmente por el pico más alto de caracterizaciones con 15,033 unidades. Por otro lado, se observa una tendencia de crecimiento sostenido en el rubro de VSP, el cual aumentó progresivamente mes a mes, iniciando en 8,381 en enero y alcanzando su máximo de 9,379 en marzo.

- La cantidad de registros corregidos o depurados.



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

El reporte presenta el comportamiento de la gestión de datos durante los tres primeros meses del año, desglosando el volumen total en dos categorías: **Analizados** y **Depurados**.



Fuente: Ajustes de registro realizados y solicitados

- Los productos analíticos generados como soporte a la gestión.

Se han generado 15 herramientas de control para los diferentes productos en la cuales se contrasta la calidad la concordancia y la completitud en la gestión, se han compartido con líder operativo para ser soporte de la precritica, se genera reporte semanal por parte de los técnicos en sistemas y se notifica por correo directamente desde la ingeniera de sistemas a los líderes operativos:

- TABLERO_CONTROL_EQUIPOS_MAS BIENESTAR
- SALIDA - CARACTERIZACIÓN COMPLETITUD MARZO
- SALIDA - CARACTERIZACIÓN CONCORDANCIA MARZO
- VSP - VALIDACIONES
- SALIDA - SIGNOS
- RUTEO_GESTION_CLASIFICACION
- _RUTEO_TABLERO_
- AVANCE_CIERRES



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

- _TABLERO_RUTEO - GENERAL
- 01_TABLERO_RUTEO_MATERNO_
- 02_TABLERO_RUTEO_INFANCIA_
- 03_TABLERO_RUTEO_SALUD MENTAL _
- 04_TABLERO_RUTEO_CCVM_
- 05_TABLERO_RUTEO_CANCER_
- 06_TABLERO_RUTEO_TACTICA ABORDAJE GESTANTES_

1	A	B	C	D
2	INDEX	URL	NOMBRE	DESCRIPCION
3	1	_VSP_CONSOLIDADO_GENERAL	VSP CONSOLIDADO GENERAL	Consolida todos los seguimientos activos reportados por los profesionales EMB desde octubre 2024 hasta el mes en curso.
4	2	_VSP_CONSOLIDADO_EMB CONVENIO 8374552-2025	VSP CONSOLIDADO CONVENIO 8374552-2025	Agrupar todos los seguimientos activos de todos los eventos de vigilancia en salud pública reportados por los profesionales EMB a partir de octubre 2025.
5	3	_VSP_CONSOLIDADO_EMB CONVENIO 7126502-2024	VSP CONSOLIDADO CONVENIO 7126502-2024	Agrupar todos los seguimientos activos de todos los eventos de vigilancia en salud pública reportados por los profesionales EMB desde octubre 2024 hasta septiembre 2025.
6	4	_VSP_CTRL	VSP CONTROL DE SEGUIMIENTOS Y CIERRES	Agrupar todos los tableros de control presentes en cada base individual (en la pestaña denominada como TB_CTRL).
7				
8				
9	1	_VSP_CONSOLIDADO_EMB CONVENIO 8374552-2025_ASGAMBIO	VSP PERFIL AGENTE DE CAMBIO	
10	2	_VSP_CONSOLIDADO_EMB CONVENIO 8374552-2025_AMBIENTAL	VSP PERFIL AMBIENTAL	
11	3	_VSP_CONSOLIDADO_EMB CONVENIO 8374552-2025_AUQUELIVO	VSP PERFIL AUXILIARES DE CUIDADO	
12	4	_VSP_CONSOLIDADO_EMB CONVENIO 8374552-2025_ENFERMERIA	VSP PERFIL PROFESIONALES DE ENFERMERIA	

Fuente: _INDEX_SISTEMAS DE INFORMACIÓN EMB_PLANOS - CONSOLIDADOS -
TABLEROS_CONVENIO 8374552-2025

Se implementa un archivo index que reúne todas las bases y tableros realizados por sistemas de información llamado _INDEX_SISTEMAS DE INFORMACIÓN EMB_PLANOS - CONSOLIDADOS - TABLEROS_CONVENIO 8374552-2025 utilizado como repositorio y directorio en el cual reposa toda la información y bases para una mayor brevedad de acceso a la información.

- Estrategia mitigación ajustes

Como estrategia y plan de choque se generó una articulación liderada por gerencia de la información, entre dinamizador, técnicos administrativos, técnicos de sistemas e ingeniería de sistemas, la cual se basa en establecer un cronograma rígido contemplado en los 4 días calendario para el registro de la información, el cual se planteó de la siguiente manera:

Cronograma de cargue:

1 Día 1 – Cierre de visitas

- ✓ Finalizó visitas
- ✓ Envío soportes físicos al técnico administrativo
- ✓ Subo la información al aplicativo GTAPS

1 Día 2 – Verificación técnica

- ✓ Revisión de planillas
- ✓ Cargue y validación inicial por parte del técnico administrativo
- ✓ Revisión ajustes por parte del técnico en sistemas

1 Día 3 – Ajustes

- ✓ Retroalimentación
- ✓ Generación de ajustes enviados por los dos técnicos, respecto a la planilla y cargue de las actividades

1 Día 4 – Cierre del proceso

- ✓ Generación de recibido
- ✓ Cargue final de planillas en el aplicativo

Teniendo como meta el cumplimiento del 100% del cronograma, estaremos impactando y generando una mejora en la calidad del registro de la información, en el cumplimiento del 100% de la oportunidad y una reducción significativa en la cantidad de ajustes solicitados, que en un 95% se encuentran destinados al cambio de fechas y ajustes de concordancia.

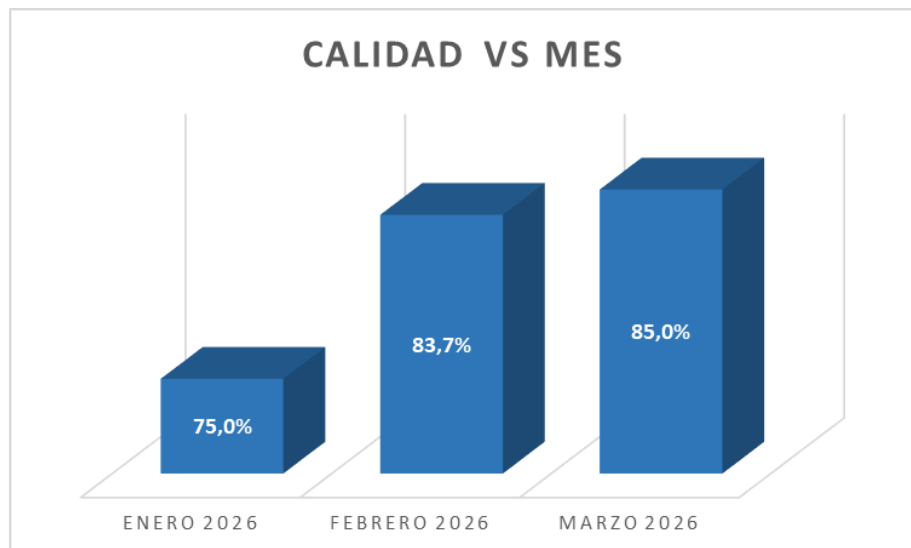
Seguimos con la estrategia implementada ya que hemos visto resultados tanto para oportunidad con un indicador sobre el 90% de registros oportunos y un 80% de las salidas con calidad, pero adicional a esto quitamos las solicitudes de ajuste de fechas para el equipo operativo, persuadiendo así que se tenga una línea en la cual el error no es opción



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

y solo se cuenta con la ventana de 4 días para el registro de la información si se pasan esos 4 días no hay ajuste posterior de fecha y se tendrá que volver a visita la familia.

c) Forma de presentación del análisis comparativo y de mejora continua



Fuente: Salidas preliminares primer trimestre del 2026.

La gráfica muestra un avance positivo y constante en la calidad de la información analizada durante los primeros tres meses del año. Al iniciar el periodo en enero, se registró un nivel de precisión del 75.0%, el cual aumentó notablemente en febrero hasta alcanzar el 83.7%. Finalmente, en marzo, la tendencia se consolidó logrando el punto más alto con un 85.0%. Este incremento gradual permite observar cómo, mes a mes, los datos se han vuelto más confiables y exactos, reflejando el trabajo de depuración realizado por el equipo técnico y de sistemas para asegurar que la información tenga más calidad y sea pertinente con lo establecido en el lineamiento.

Con el fin de consolidar esta tendencia positiva, se han establecido metas de calidad esperadas para el próximo trimestre. Para el mes de abril, el objetivo es mantener la estabilidad del sistema y alcanzar un 89.0% de calidad. Posteriormente, se proyecta cerrar mayo con un 91.5%, para finalmente alcanzar una meta fija del 95.0% al concluir el primer semestre en junio. Estas metas no solo representan un desafío técnico, sino que servirán como el estándar de calidad mínimo exigido para asegurar que la depuración de los datos

Comentado [105]: Sobre volumen de registros analizados:

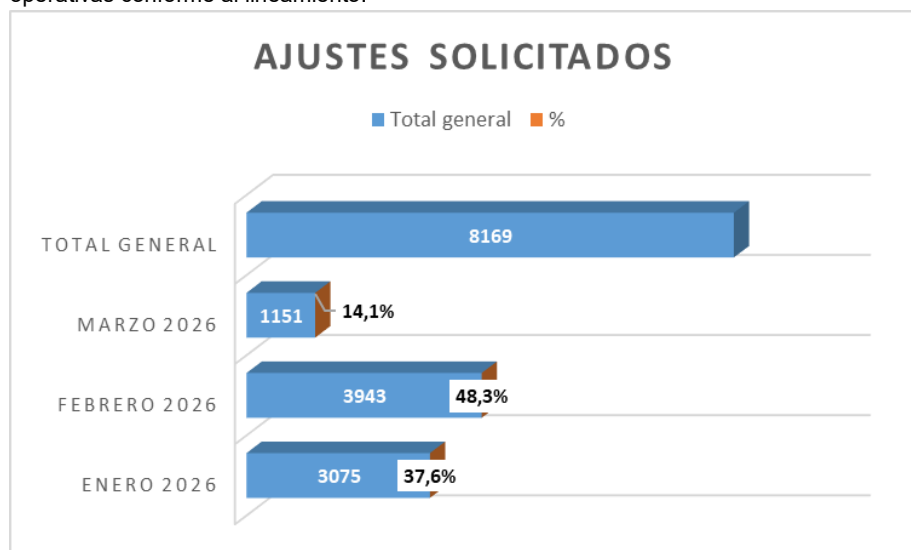
- Se recomienda complementar el análisis con indicadores de oportunidad y calidad del cargue de información.
- Se sugiere profundizar en las causas del incremento progresivo de registros VSP durante el trimestre.
- Sobre registros corregidos o depurados:-
- Se recomienda evidenciar el impacto de las acciones de depuración sobre la reducción de inconsistencias.
- Se sugiere incluir análisis comparativos frente a periodos anteriores sobre comportamiento de ajustes.
- Sobre herramientas y productos analíticos:
- Se recomienda incorporar indicadores de efectividad de las herramientas de control implementadas.
- Se sugiere evidenciar resultados derivados del uso de tableros y estrategias de precritica.
- Sobre estrategia de mitigación de ajustes:
- Se recomienda realizar seguimiento periódico al cumplimiento del cronograma de cargue establecido.
- Se sugiere evaluar el impacto de la estrategia implementada sobre la reducción de ajustes solicitados.
- Se recomienda fortalecer acciones preventivas orientadas a mejorar la oportunidad del registro inicial.

Comentado [106R105]: Resuelto



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

continúe alineada de manera estricta con las salidas de información y necesidades operativas conforme al lineamiento.



Fuente: Consolidación de los ajustes solicitados

El análisis de la evolución mensual de los ajustes solicitados durante el primer trimestre de 2026 refleja un cambio significativo en la dinámica de validación de la información. Tras un periodo de alta demanda técnica en el mes de febrero, donde se concentró el 48.3% de los requerimientos totales (3,943 ajustes), se observa una reducción drástica hacia el mes de marzo, descendiendo al 14.1% (1,151 ajustes). Esta disminución progresiva en el volumen de novedades identificadas evidencia una mayor estabilidad en la captura de datos y una mejora en la consistencia de los registros iniciales. La tendencia a la baja al cierre del trimestre confirma una optimización en los procesos de depuración técnica, permitiendo que la gestión de la información sea más eficiente y presente una menor necesidad de intervenciones correctivas en comparación con el inicio del periodo,

Para garantizar y evidenciar la sostenibilidad de esta reducción de ajustes en los próximos periodos, se implementará el seguimiento técnico a través de dos indicadores, en primer lugar, Consistencia de calidad desde el Registro Inicial, el cual medirá el porcentaje de datos que ingresan sin errores desde su captura, proyectando mantenerlo por encima del 90.0%. En segundo lugar, se evaluará la Reincidencia de Hallazgos, para verificar que los errores recurrentes en los diferentes colaboradores con el histórico de los corregidos en febrero y marzo no vuelvan a presentarse en el próximo trimestre, dejando un rango del 5.0% como está establecido en la salida de información.

Comentado [107]: Sobre calidad de la información:

-Se recomienda complementar el análisis con metas de calidad esperadas para los siguientes periodos.

Sobre evolución de ajustes:-

-Se sugiere evidenciar indicadores que permitan medir la sostenibilidad de la reducción de ajustes.

Sobre mejora continua:

-Se recomienda fortalecer el seguimiento a las estrategias implementadas para garantizar estabilidad en la calidad del dato.

-Se sugiere continuar fortaleciendo acciones de capacitación y control preventivo sobre el registro de información.

Comentado [108R107]: Resuelto,

Punto 3: Se realiza seguimiento diario, y se están realizando jornadas de ajustes a los que en un corte quincenal no se han subsanado, con apoyo de los técnicos de sistemas

Punto 4: Se implementó para el mes de mayo una inducción en base a las inactivaciones relacionadas con hallazgos de incompletitud y concordancia para revisión y fortalecimiento en captura del dato y diligenciamiento acorde a lo establecido en las salidas y lineamiento.



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

7.2.2 Seguimiento y gestión de las derivaciones y activaciones de rutas sectoriales e intersectoriales

El proceso de activación de rutas es generado por el equipo operativo de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar, quienes son los encargados de identificar los factores de riesgo en medio de los abordajes realizados en campo. Para el periodo del 1 de enero de 2026 y el 31 de marzo de 2026 se generaron un total de 14.088 canalizaciones y activaciones de ruta a las EAPB.

Tabla 54. Derivaciones y activaciones de rutas Equipos MAS Bienestar en tu Hogar (Acumulado desde el (1 de enero de 2026 y el 31 de marzo de 2026)

Tablero de control RIAS EMBH	SUR			
	Número de canalizaciones o activaciones	Número de canalizaciones o activaciones efectivas	Número de canalizaciones o activaciones con otros estados	% efectividad
1 Ruta de promoción y Mantenimiento de la salud	8696	6724	1347	93%
2 RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones cardio — cerebro — vascular — metabólicas manifiestas	1330	1092	156	94%
3 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades respiratorias crónicas.	123	98	20	96%
4 RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales.	4	2	0	50%
5 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones.	18	11	7	100%
6 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos psicosociales y del comportamiento.	521	436	62	96%
7 RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones en la salud bucal.	120	93	16	91%
8 RIAS para población con riesgo o presencia de cáncer.	14	9	4	93%
9 RIAS para población materno — perinatal.	149	109	24	89%
10 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas.	10	9	1	100%
13 RIAS para población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas.	30	25	3	93%
14 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades y accidentes relacionados con el medio	2	1	1	100%

Comentado [109]: Revisar la coherencia con los datos en comparación con el Sirc, y las alertas, mencionar las contingencias o acciones de mejora en el caso de los datos negativos

Comentado [110R109]: Para este caso, en la efectividad de las rutas que son activadas por los EMBH, se tiene como fuente de información el SIRC, puesto que, dentro del consolidado de alertas, no se encuentra una variable que refiera la activación de ruta por parte del talento humano. Adicionalmente, en los consolidados obtenidos del archivo plano de SIRC, se encuentran las activaciones de rutas gestionadas (enviadas a las EAPB), pueden presentarse devoluciones al colaborador. Se incluye dentro del informe la acción de mejora frente a las rutas con baja efectividad.



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

ambiente.				
15 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades huérfanas.	0	0	0	100%
16 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos visuales y auditivos.	2905	2321	403	94%
17 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos degenerativos, neuropatías y auto-inmunes.	18	15	3	100%
Intersectorial	16	16	0	100%
Sin aseguramiento	132	114	18	100%
Total	14088	11075	2065	93%

Fuente: Aplicativo SIRC, módulo activaciones de ruta. Consulta realizada el 05/04/2026. Subred Sur.

En cuanto a la efectividad de las RÍAS activadas para el periodo del 1 de enero de 2026 y el 31 de marzo de 2026, se logra evidenciar una efectividad del 78,61% (n=11.075) en las activaciones realizadas; estas correspondiendo principalmente a la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud con un 61,72% (n=8.696), seguida la RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos visuales y auditivos con un 20,62% (n=2.905). Y finalmente, la RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones cardio - cerebro - vascular - metabólicas manifiestas con un 9,44% (n=1.330).

Para el caso de los usuarios que no cuentan con un aseguramiento, se lograron abordar 132 casos, los cuales fueron canalizados con el objetivo de obtener una respuesta por parte de Atención al ciudadano / orientación y afiliación de oficio SAT. Por otra parte, las canalizaciones enviadas a la oferta intersectorial realizadas en el periodo en cuestión, arrojaron un total de 16 activaciones, de las cuales, una cantidad importante se generaron para Secretaría de Integración Social, Secretaría Distrital de Desarrollo Económico y Alcaldía Local. Estas ofertas son activadas para los usuarios en medio de las actividades rutinarias realizadas por el talento humano.

Desde la intersectorialidad, aseguramiento y EAPB adscritas al distrito, se logran evidenciar avances significativos en la prestación de servicios, destacándose una atención más oportuna y efectiva. Esto ha permitido un seguimiento adecuado a los usuarios y la superación de barreras de acceso. Asimismo, a través de los tamizajes realizados por el equipo operativo, se ha logrado garantizar una atención acorde a las necesidades identificadas. A su vez, se fortalecen los procesos de canalización y activación de rutas, esto en concordancia con lo establecido en la Resolución 3280 de 2018 para todo el talento humano.

Adicionalmente, para el caso de las rutas que son activadas pero cuenta con un bajo porcentaje de efectividad, se propone realizar un seguimiento por ruta y a las EAPB a donde son remitidas, esto con el fin de dar seguimiento al tipo de respuesta y veracidad en el



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

aplicativo SIRC. Asimismo, dentro de los espacios de fortalecimiento, recalcar al talento humano acerca de la importancia del correcto registro de los datos del usuario dentro del formato de activación de rutas, específicamente aquellos usuarios o familias que fueron no ubicables / no contactables.

Tabla 55. Derivaciones y activaciones de rutas gestionadas desde los Equipos MAS Bienestar en Tu Hogar (1 de enero de 2026 y el 31 de marzo de 2026)

<i>Fuente que Genera la Canalización</i>	SUR			
	<i>Número de canalizaciones o activaciones</i>	<i>Número de canalizaciones o activaciones efectivas</i>	<i>Número de canalizaciones o activaciones con otros estados</i>	<i>% efectividad</i>
10 Entorno Institucional	2	0	2	0%
2 Entorno Educativo	1	0	1	0%
5 Transversalidad Vigilancia en Salud Pública	256	43	213	17%
Total	259	43	216	100%

Fuente: Aplicativo SIRC, módulo canalizaciones. Consulta realizada el 05/04/2026. Subred Sur.

A lo largo del periodo comprendido entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de marzo de 2026, desde Equipos MAS Bienestar en tu Hogar se recibieron un total de 259 activaciones de ruta. De las cuales una cantidad importante corresponde a los casos provenientes de Transversalidad Vigilancia en Salud Pública, representando un 98,84 % del total (n=256).

Es importante mencionar que la asignación y gestión de estas activaciones de ruta provenientes desde los otros entornos se realiza de acuerdo con las necesidades operativas y la capacidad de apertura de casos por parte de los profesionales en campo, teniendo en cuenta que, en su gran mayoría, al ser casos de abordaje por criterio de priorización en salud mental, son asignados al perfil de psicología, profesionales que



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

cuentan con una alta carga de casos para realizar seguimiento e intervención. Para mejorar la efectividad en la atención de estos casos, se ha implementado una estrategia de priorización mediante la estrategia de ruteo, la cual permite una distribución más equitativa y eficiente para el abordaje de los casos gestionados, esto acorde al territorio y perfil profesional correspondiente.

En cuanto al proceso de retroalimentación, se ha establecido una primera respuesta, la cual permite clasificar el acceso al servicio como un “acceso efectivo”. Esta categoría se subdivide, a su vez, en “soporte de servicio de salud al que accedió la persona, familia o comunidad”. Dicho seguimiento se realiza con base en la información que inicialmente identifica la líder de activación y de rutas a través de la descarga del Aplicativo SIRC; la profesional es quien remite los casos al equipo de líderes operativos para realizar su asignación. Posteriormente, los líderes operativos asignan los casos a los profesionales de campo, esto teniendo en cuenta el territorio asignado y las competencias o criterios requeridos para su abordaje. La información relacionada con el avance y cierre de estos casos se entra registrada en el módulo dentro del aplicativo SIRC, atención extramural.

Adicionalmente, cabe resaltar la implementación de una nueva estrategia para el abordaje de estos casos. Una vez recepcionados por la líder de activación de rutas y verificar su pertinencia, el profesional de cohortes debe realizar la asignación del perfil conforme a los criterios establecidos y finalmente el componente geográfico para su debida geocodificación, los casos serán cargados directamente al ruteo individual en el aplicativo de cada profesional. Con ello, se espera obtener una respuesta más precisa en frente a la retroalimentación del abordaje de los casos derivados.

7.2.3 Ruta de aseguramiento

Tabla 56. Reporte de activación de ruta de aseguramiento desde los Equipos Mas Bienestar en Tu Hogar (Registró desde el 1 de enero de 2026 al 31 de marzo de 2026)

Dimensión de análisis	Variable clave	Periodo	Acumulado
Acceso y cobertura	Número de personas identificadas	01 de Enero a 31 de Marzo	2168
	Número de personas con aseguramiento efectivo	01 de Enero a 31 de Marzo	887
	Número de personas sin aseguramiento	01 de Enero a 31 de Marzo	1242
Resolución del aseguramiento	Número de afiliaciones nuevas realizadas	01 de Enero a 31 de Marzo	120

	Número de reactivaciones de afiliación realizadas	01 de Enero a 31 de Marzo	80
Articulación para el cuidado integral	Número de personas vinculadas a RIAS	01 de Enero a 31 de Marzo	40
	Número de activaciones de rutas y prescripción social	01 de Enero a 31 de Marzo	0
Oportunidad y seguimiento	Número de trámites pendientes	01 de Enero a 31 de Marzo	30
	Tiempo promedio de respuesta (días)	01 de Enero a 31 de Marzo	20

Fuente Derivaciones y activaciones de rutas gestionadas desde los Equipos MAS Bienestar en Tu Hogar (Acumulado desde el 1 de enero de 2026 al 01 de marzo de 2026)

En el marco del Modelo MAS Bienestar, la Ruta de Aseguramiento se constituye como un componente fundamental para garantizar el acceso efectivo al Sistema General de Seguridad Social en Salud, especialmente en poblaciones en condición de vulnerabilidad identificadas en el territorio. Su implementación responde a la necesidad de asegurar no solo la afiliación de las personas, sino también su permanencia activa en el sistema, como base para el ejercicio pleno del derecho a la salud.

El presente informe de gestión tiene como objetivo dar cuenta de las acciones desarrolladas por la Ruta de Aseguramiento en articulación con los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar, orientadas a la identificación, verificación y gestión de casos de no aseguramiento o afiliación suspendida. Asimismo, se exponen los esfuerzos realizados para fortalecer la coordinación con las Entidades Promotoras de Salud (EPS), actores institucionales y comunitarios, así como la integración con las Rutas Integrales de Atención en Salud y los procesos de prescripción social.

De igual manera, el informe presenta de manera sintética los principales avances, resultados y aprendizajes derivados de la gestión, destacando su contribución en la reducción de barreras de acceso, la oportunidad en los procesos de afiliación y la continuidad del cuidado de la población priorizada. Todo ello bajo un enfoque de derechos, equidad y justicia social, que orienta las acciones hacia una atención integral, oportuna y centrada en las necesidades de las personas y sus familias.

La Ruta de Aseguramiento desarrollada por los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar permitió avanzar de manera significativa en la garantía del derecho fundamental a la salud de la población priorizada. A través de la identificación, verificación y gestión del estado de aseguramiento, se fortaleció el acceso efectivo a los servicios de salud y la continuidad del cuidado, especialmente en personas y familias en condición de vulnerabilidad. La gestión se orientó bajo un enfoque de derechos, equidad y justicia social, contribuyendo a reducir brechas de acceso y a mejorar la articulación entre los actores del Sistema General de

Seguridad Social en Salud. Durante el período evaluado se identificaron 2168 usuarios del mes del acumulado del 01 de enero al 31 de marzo, de las cuales 887 contaban con aseguramiento efectivo y 1242 se encontraban sin aseguramiento. La gestión incluyó el acompañamiento a casos de no aseguramiento y afiliaciones suspendidas, así como la articulación permanente con los equipos operativos, las EPS y actores institucionales y comunitarios para facilitar la resolución de los trámites y la vinculación efectiva al sistema.

La gestión se centró en la verificación del estado de aseguramiento de la población identificada, la orientación a los usuarios y sus familias, y el acompañamiento para la realización de trámites de afiliación y reactivación. Como resultado de estas acciones, se gestionaron 120 afiliaciones nuevas y 80 reactivaciones de afiliación, contribuyendo a disminuir el número de personas sin cobertura y a fortalecer la protección social en salud. En el marco de la articulación para el cuidado integral, se logró la vinculación de 40 personas a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) y se realizó 0 activación de rutas y prescripción social. Esta articulación permitió apoyar de manera integral a personas y familias en condiciones de mayor vulnerabilidad, favoreciendo el acceso oportuno a servicios de salud y a respuestas sociales complementarias. Entre los principales avances se destacan:

- La mejora en la oportunidad del aseguramiento de la población identificada.
- La reducción de barreras administrativas y de acceso a los servicios de salud.
- El fortalecimiento de la articulación interinstitucional con EPS y otros actores del territorio.
- El aporte a la continuidad del cuidado de los usuarios priorizados mediante su vinculación a rutas de atención integral.

La gestión permitió evidenciar resultados concretos como la identificación de la población objetivo, la afiliación y reactivación de usuarios al sistema de salud, la vinculación efectiva a las RIAS y el fortalecimiento de la respuesta integral social y sanitaria. Asimismo, se identificaron la totalidad de la base de 1142 usuarios, los cuales continúan en seguimiento para su resolución. Se realizó un monitoreo permanente a los trámites de aseguramiento, con un tiempo promedio de respuesta de 20 días. Durante el seguimiento se identificaron barreras relacionadas principalmente con procesos administrativos y condiciones de vulnerabilidad social, frente a las cuales se implementaron acciones de mejora orientadas a agilizar la gestión y fortalecer la articulación con los actores responsables.

La Ruta de Aseguramiento se consolida como un componente estratégico para la gestión integral del riesgo en salud, la garantía del derecho a la salud y la sostenibilidad del Modelo MAS Bienestar. Los avances y resultados alcanzados evidencian su aporte a la reducción de brechas de acceso, al fortalecimiento del aseguramiento y a la atención integral de la población priorizada, reafirmando su relevancia dentro del enfoque territorial, social y de derechos del modelo.

7.2.4 Líder de acceso y EPS

La gestión del Enlace EPS se consolidó como un componente estratégico para la garantía del acceso, la oportunidad y la continuidad del cuidado de la población priorizada en el marco del Modelo MAS Bienestar, mediante la implementación de acciones orientadas a la optimización de los procesos de acceso y la mitigación de barreras administrativas. A través del fortalecimiento de la articulación interinstitucional y la gestión efectiva con las EPS, se logró mejorar la capacidad resolutoria frente a inconsistencias en los procesos de autorización y admisión, favoreciendo la asignación oportuna de servicios de salud, especialmente en cohortes de riesgo. Esto permitió una mayor adherencia a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), garantizando la continuidad del cuidado y la pertinencia clínica de las atenciones gestionadas y las citas gestionadas desde el componente de agendamiento que aumentó en un 1000% de octubre a marzo.

El alcance de la gestión comprendió el acompañamiento transversal a los procesos de acceso, agendamiento, admisión y articulación con las EPS, mediante la coordinación activa con equipos operativos, referentes institucionales y enlaces de las EAPB. Esta articulación facilitó la estandarización de criterios técnicos, la optimización de flujos de información, la depuración de bases de datos y el fortalecimiento de los canales de comunicación. La gestión desarrollada se enfocó en el fortalecimiento del acceso efectivo, la mejora en la comunicación interinstitucional y el acompañamiento técnico en campo, generando avances significativos en la organización del proceso de acceso y agendamiento, así como en la coordinación operativa entre actores.

En términos de resultados relevantes, se evidenció una mejora en la oportunidad de la atención, reflejada en la disminución de tiempos de respuesta para la asignación de citas y la gestión de autorizaciones, así como en el fortalecimiento de la continuidad del cuidado mediante la reducción de inasistencias atribuibles a barreras administrativas. De igual manera, se observó una mayor efectividad del agendamiento, asociada a la depuración de inconsistencias en la información, la priorización de cohortes y la optimización de la asignación de agendas, lo que contribuyó a una mayor capacidad de respuesta institucional frente a la demanda de servicios.

El seguimiento y control del proceso se realizó a través del monitoreo continuo de indicadores operativos, la revisión sistemática de alertas en los procesos de agendamiento y admisión, y el análisis de los hallazgos identificados durante los acompañamientos en campo. Estas acciones permitieron la implementación oportuna de medidas correctivas y de mejora continua, orientadas a la reducción de desviaciones, la optimización del desempeño operativo y la adaptación a cambios en los entornos tecnológicos y administrativos.

En conclusión, el perfil del Enlace EPS se posiciona como un actor clave en la gestión integral del riesgo, al facilitar la articulación efectiva entre los diferentes niveles del sistema de salud y fortalecer los procesos críticos de acceso. Su intervención contribuye de manera

significativa a la sostenibilidad del Modelo MAS Bienestar, al mejorar la eficiencia operativa, garantizar la continuidad del cuidado y promover una atención centrada en el usuario, con enfoque en la oportunidad, la calidad y la resolutivez de los servicios de salud.

7.2.5 Seguimiento a cohorte

El perfil de seguimiento a la cohortes de riesgo, ha continuado el desempeño a través del rol estratégico, dentro del acompañamiento, control y fortalecimiento de la gestión del riesgo de las cohortes priorizadas, Materno, Infancia, Condiciones crónicas, definidas por su misma relevancia en salud pública, contribuyendo a la garantía de la oportunidad, continuidad y calidad en el cuidado de la población priorizada, a través de su acompañamiento integral para los proceso de planeación, ejecución, seguimiento y retroalimentación de los casos para la estrategia ruteo.

La gestión desarrollada dentro del periodo al periodo del informe, se realiza el acompañamiento de los procesos de la planeación para el abordaje de la población priorizada, realizando el direccionamiento técnico para la atención de las cohortes priorizadas. Realizando una organización, priorización y asignación de los casos de ruteo a los gestores en línea, Gestores de bienestar y los demás perfiles interprofesionales involucrados. Se realiza la articulación permanente con los líderes operativos, líder de enlace EPS y el equipo de gestión, se va garantizando la coherencia técnica y operativa para la ejecución de las acciones.

De manera transversal, se realizó acompañamiento continuo a la implementación de la estrategia de ruteo mediante seguimiento remoto y acompañamientos en campo, orientados a verificar la trazabilidad de los casos, fortalecer la oportunidad en la atención y mejorar la calidad de los registros realizados en el aplicativo institucional. Como parte de estas acciones de fortalecimiento técnico y acompañamiento en campo, durante el periodo evaluado se ejecutaron, entre otras, las siguientes actividades:

- Jornadas mensuales de fortalecimiento técnico relacionadas con el direccionamiento del proceso de ruteo teniendo en cuenta todas las cohortes de riesgo y abordaje integral de la cohorte materno perinatal.
- Seguimiento continuo a la gestión de los casos priorizados asignados a gestores en línea y gestores de bienestar.
- Acompañamiento en campo para verificación de trazabilidad, adherencia a lineamientos técnicos y calidad de los registros.
- Retroalimentación permanente frente a la pertinencia de las intervenciones realizadas en territorio.
- Fortalecimiento del uso adecuado de aplicativos institucionales y mejora en los tiempos de respuesta y seguimiento.

Comentado [111]: Se agradece el reporte de la información remitida, la cual cumple con los criterios técnicos establecidos; no obstante se solicita establecer numéricamente las acciones de fortalecimiento técnico y acompañamiento en campo.

Comentado [112R111]: resuelto

- Participación activa en unidades de análisis y espacios de monitoreo de cohortes de riesgo para identificación de brechas y definición de acciones de mejora.

En la fase de ejecución, se realizó el seguimiento a la gestión de los casos asignados, donde se verifica la pertinencia de las intervenciones realizadas por los profesionales en el territorio de acuerdo a las fichas técnicas y la realización del acompañamiento a la implementación de los planes de bienestar que provienen de cada cohorte de riesgo según la población que está asignada y la retroalimentación directa frente al abordaje de los casos priorizados

Relacionado con los acompañamientos realizados en campo se continúa con la implementación de acciones de mejora orientados a fortalecer la gestión de la estrategia ruteo y el abordaje de los casos de acuerdo a su priorización. En estas acciones se destaca el ajuste del guion de intervención, el fortalecimiento de los registros en el aplicativo y la optimización de los tiempos de contacto, respuesta y seguimiento. De este modo, se continúa con el avance de la estandarización de criterios para la priorización de casos de mayor complejidad, facilitando su escalamiento oportuno y la articulación con los diferentes actores del sistema de salud.

Estas acciones se complementaron con el fortalecimiento de la articulación entre los diferentes perfiles operativos, promoviendo una comunicación más efectiva entre gestores en línea, gestores de bienestar y profesionales en campo, así como con la optimización de los tiempos de respuesta y seguimiento posterior a la visita, asegurando la continuidad de las acciones definidas en el marco de la estrategia de ruteo.

En cuanto al seguimiento y control, se desarrollaron acciones sistemáticas de monitoreo que incluyen la verificación de la trazabilidad de los casos, la revisión de la calidad y oportunidad de los registros, y la generación de alertas frente a riesgos identificados en la atención. Estas acciones se articularon con la participación activa en unidades de análisis, orientadas a la gestión de las cohortes de riesgo, lo que permitió identificar brechas en el proceso y definir ajustes oportunos a las estrategias de intervención.

Como principales resultados, se evidencia la mejora en la trazabilidad de los casos, mayor oportunidad en la atención, fortalecimiento de la articulación entre los actores involucrados, y una mejora sustancial en la calidad de los registros, lo cual contribuye a una gestión más eficiente, oportuna y transparente de la estrategia de ruteo. Adicionalmente, el acompañamiento técnico permanente favoreció la apropiación de las fichas técnicas del Modelo MÁS Bienestar por parte de los equipos operativos y el fortalecimiento de sus capacidades.

En conclusión, el perfil de Seguimiento a Cohortes continua como actor clave en la implementación, control y sostenibilidad de la estrategia de ruteo, aportando de manera directa a la gestión integral del riesgo, al fortalecimiento de los procesos operativos y a la

mejora continua del cuidado del grupo de población priorizada, reafirmando su valor estratégico dentro del Modelo MÁS Bienestar.

7.2.6 Inducción, seguimiento y acompañamiento al talento humano

Durante el periodo comprendido entre enero y marzo, el perfil encargado de Inducción, Seguimiento y Acompañamiento al Talento Humano cumplió una función fundamental en el fortalecimiento de las capacidades técnicas y operativas de los equipos vinculados a la estrategia MAS Bienestar en tu Hogar. Su intervención contribuyó a mejorar la calidad de las acciones en territorio, promoviendo mayor uniformidad en la aplicación de lineamientos y en la ejecución de las actividades.

A lo largo del periodo, se favoreció la apropiación progresiva del modelo por parte del talento humano, así como la comprensión de sus componentes técnicos y metodológicos. Esto permitió una implementación más organizada y coherente, alineada con las orientaciones establecidas a nivel distrital. En este sentido, la gestión desarrollada no solo se centró en la transmisión de conocimientos, sino también en el acompañamiento continuo para asegurar su correcta aplicación en los escenarios domiciliarios y comunitarios.

Las acciones adelantadas incluyeron procesos de inducción, tanto presenciales como virtuales, dirigidos al personal de nuevo ingreso, así como jornadas de reinducción orientadas a actualizar conocimientos en función de cambios técnicos, normativos u operativos. De igual manera, se realizaron acompañamientos en campo, enfocados en observar la ejecución de las actividades, verificar la adherencia a los lineamientos y brindar retroalimentación directa a los equipos.

Adicionalmente, se llevó a cabo la gestión y organización de soportes documentales asociados a estos procesos, garantizando el registro adecuado de la información, el control de asistencia y la trazabilidad de las acciones desarrolladas. Este componente se complementa con una articulación permanente con líderes operativos, equipos distritales y la coordinación de la Subred, lo que permitió mantener coherencia técnica y oportunidad en la implementación de las actividades.

En términos de planeación, se estructuraron cronogramas y contenidos acordes a las necesidades del modelo y a las características del talento humano, facilitando procesos formativos más pertinentes. Paralelamente, se brindó orientación técnica continua, resolviendo inquietudes operativas y reforzando conceptos clave, lo cual favoreció una mejor interpretación de los lineamientos.

El seguimiento a estos procesos se realizó mediante la observación directa en territorio y la retroalimentación permanente, lo que permitió identificar oportunamente dificultades en la

Comentado [113]: Por favor realizar descripción de los temas desarrollados con numero de asistentes y porcentaje de cobertura

Comentado [114R113]: resuelto

comprensión o aplicación de los contenidos. A partir de ello, se implementaron acciones de refuerzo focalizadas que contribuyeron a mejorar el desempeño de los equipos y la calidad de la intervención.

Entre los principales avances del periodo se destaca una mayor comprensión integral del modelo, una aplicación más homogénea de los lineamientos técnicos, el fortalecimiento progresivo de las competencias del talento humano y la reducción de inconsistencias operativas relacionadas con la interpretación de roles y rutas de atención.

En cuanto a la cobertura, las actividades desarrolladas permitieron alcanzar a la totalidad del personal vinculado durante el periodo, garantizando condiciones básicas para la adecuada ejecución de las acciones en territorio.

El monitoreo de la gestión se apoyó en la verificación de registros de inducción y reinducción, el seguimiento a los cronogramas establecidos, la retroalimentación continua a los equipos y la consolidación de reportes para la toma de decisiones. Estos mecanismos facilitaron el control del proceso y la implementación de ajustes oportunos.

No obstante, se identifican retos importantes, como la necesidad de sostener procesos de capacitación continua debido a la rotación del personal y a los cambios en el modelo, mejorar la oportunidad en la inducción del talento humano de reciente ingreso y fortalecer herramientas que permitan medir con mayor precisión el impacto de estas acciones en la calidad de la atención.

En conclusión, este perfil se consolida como un componente clave para garantizar la adecuada implementación del modelo, aportando al fortalecimiento de competencias, la estandarización de procesos y la mejora continua de la atención brindada a la población durante el periodo evaluado.

Tabla 57. Inducción, seguimiento y acompañamiento al talento humano

PERFIL QUE INGRESA	ENERO	FEBRERO	MARZO
GESTOR PAI			
AGENTE DE CAMBIO			
GESTOR ETNICO			
GESTOR MAS BIENESTAR VACUNADORES PAI			
GESTOR MAS BIENESTAR EN LINEA	9	5	12
GESTOR SERVICIOS COMPLEMENTARIOS			



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

GESTOR SOCIAL MAS BIENESTAR HC			
TRABAJADOR SOCIAL			1
PROFESIONAL EN CIENCIAS AMBIENTALES			
PROFESIONAL EN ENFERMERIA	3	8	2
PROFESIONAL EN MEDICINA			
PROFESIONAL EN NUTRICIÓN		1	
PROFESIONAL EN ODONTOLOGÍA			
PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA	1	2	3
PROFESIONAL EN TERAPIAS O FONOAUDIOLOGÍA	1	1	1
PROFESIONAL ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA			
AUXILIAR CUIDADOR			
TECNICO AUXILIAR ETNICO			
TÉCNICO EN CIENCIAS AMBIENTALES			
PROFESIONAL EN ARTES		1	1
GESTOR MAS BIENESTAR	13	5	1
TOTAL	27	23	21

Durante el periodo comprendido entre enero y marzo se realizaron 71 procesos de inducción al talento humano vinculado a los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar, evidenciando una mayor concentración en el mes de enero con 27 inducciones (38 %), seguido de febrero con 23 (32 %) y marzo con 21 (30 %). Este comportamiento responde a una vinculación inicial más alta al inicio del periodo, asociada al fortalecimiento del equipo operativo, seguida de una disminución progresiva que sugiere la estabilización del talento humano y la reducción en la necesidad de nuevos ingresos.

Durante el periodo comprendido entre enero y marzo, el proceso de inducción del talento humano vinculado a los equipos Más Bienestar alcanzó una cobertura acumulada del 95,9 %, evidenciando una adecuada capacidad de respuesta en la integración del personal contratado. En el mes de enero ingresaron 28 personas, de las cuales 27 recibieron el

Comentado [115]: Por favor realizar descripción de los temas desarrollados con numero de asistentes y porcentaje de cobertura

Comentado [116R115]: resuelto



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

proceso de inducción, logrando una cobertura del 96,4 %; la persona restante manifestó no desear continuar en el proceso dentro de los equipos Más Bienestar. Para febrero ingresaron 25 personas, de las cuales 23 participaron en la inducción, alcanzando una cobertura del 92,0 %, debido a que dos personas desistieron de continuar por motivos personales. Finalmente, en marzo se garantizó la inducción de las 21 personas contratadas durante el mes, alcanzando una cobertura del 100 %. Estos resultados reflejan un adecuado desarrollo de la estrategia de inducción y acompañamiento al talento humano vinculado a la entidad.

Los procesos de inducción desarrollados estuvieron orientados a garantizar la apropiación técnica, operativa y administrativa de los lineamientos, alcanzando cobertura del 100% del talento humano de nuevo ingreso durante el periodo evaluado. Dentro de las temáticas abordadas se incluyeron:

- Inducción general del convenio.
- Cohortes de riesgo y estrategia de ruteo.
- Cohorte materno perinatal y abordaje integral de gestantes priorizadas.
- Sistemas de información y cargue de información en aplicativo GTAPS.
- Inducción con el componente geográfico para ubicación y gestión territorial
- Inducción con la profesional de aseguramiento frente a validación de afiliación y gestión con EPS.
- Activación de rutas y direccionamiento de casos priorizados.
- Manejo de aplicativo SIASUR y proceso de creación de cuenta de cobro.
- Proceso de agendamiento y seguimiento de usuarios.
- Notificaciones y reporte de eventos priorizados.
- Inducción específica operativa a cargo de cada líder operativo, enfocada en lineamientos territoriales, seguimiento de casos y acompañamiento al talento humano asignado.

Los perfiles con mayor volumen de inducciones corresponden principalmente a aquellos que cumplen funciones estratégicas en la operación del modelo, destacándose el Gestor MAS Bienestar, especialmente en enero, y el Gestor MAS Bienestar en Línea, quienes son la puerta de entrada al modelo, con un comportamiento variable, pero con incremento significativo en marzo. De igual manera, se resalta la participación del perfil de Profesional en Enfermería, con un aumento importante en febrero, evidenciando la priorización de este perfil. Asimismo, se observa un incremento progresivo en el perfil de Profesional en Psicología, lo que refleja el fortalecimiento del componente psicosocial dentro de los equipos operativos.

Por otra parte, algunos perfiles presentan una participación baja o nula durante el periodo analizado, lo cual está asociado a que ya se encuentran previamente vinculados o a que no hicieron parte de las prioridades de contratación en este trimestre. En términos

generales, la tendencia observada da cuenta de un proceso de inducción alineado con las necesidades operativas del modelo, garantizando la incorporación progresiva del talento humano requerido y asegurando que los colaboradores que ingresaron contaran con la apropiación de los lineamientos, herramientas y componentes técnicos necesarios para el adecuado desarrollo de sus funciones.

En conjunto, los resultados evidencian que el proceso de inducción se llevó a cabo de manera oportuna y acorde con la dinámica de vinculación del talento humano, contribuyendo a la consolidación del equipo y al fortalecimiento de la implementación del Modelo MAS Bienestar en tu Hogar en el territorio

7.3 DINAMIZACIÓN DE LAS ACCIONES DE LOS EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR

7.3.1 Liderazgo para la dinamización de las acciones

Organización y planeación realizada durante el periodo

Durante el periodo comprendido entre enero y marzo de 2026, se desarrolló procesos de organización y planeación orientados a garantizar la adecuada ejecución del plan de acción, en coherencia con los lineamientos del Modelo de Atención en Salud MAS Bienestar y las dinámicas territoriales de la Subred Sur.

La planeación del periodo se centró en la revisión y seguimiento continuo del plan de acción, la priorización de intervenciones territoriales, la organización operativa de los equipos y la articulación con actores estratégicos. Así mismo, se realizaron ajustes operativos conforme a las capacidades institucionales, condiciones territoriales y barreras identificadas durante la ejecución, permitiendo mantener la coherencia entre la planeación y la operación en territorio.

Balance del desarrollo de los comités de fortalecimiento de capacidades

Durante el periodo evaluado, la participación en las Mesas Locales de MAS Bienestar se desarrolló de manera progresiva y diferenciada:

- Enero 2026: No se llevaron a cabo Mesas Locales, en el marco de la reorganización inicial del periodo.
- Febrero y marzo de 2026: Las Mesas Locales se desarrollaron en dos momentos metodológicos:
 1. Espacio de planeación: orientado a la presentación del modelo, reconocimiento de actores y construcción colectiva de insumos.
 2. Espacio de desarrollo de mesa: enfocado en la concertación de acciones, seguimiento de compromisos y articulación territorial.



Durante el primer ejercicio, se realizó nuevamente la socialización del modelo MAS Bienestar en tu Hogar y se generaron aportes técnicos para la construcción del Plan Local de Bienestar en las cuatro localidades de la Subred Sur, fortaleciendo la lectura territorial y la definición de acciones prioritarias.

Los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar aportaron principalmente en:

- Identificación de necesidades territoriales y poblaciones priorizadas.
- Análisis de barreras de acceso y brechas en salud.
- Construcción y ajuste de acciones en el marco del Plan Local de Bienestar.
- Seguimiento a compromisos y definición de acciones intersectoriales.

En general, se evidenció cumplimiento de los compromisos adquiridos y la consolidación de insumos para la planeación territorial, garantizando continuidad en los procesos.

Estrategias diferenciales aplicadas para el funcionamiento de los equipos

Durante el periodo, se implementaron estrategias diferenciales orientadas a dar respuesta a situaciones emergentes y barreras para el abordaje territorial, complementando las metodologías definidas en las fichas técnicas del modelo.

Entre las principales estrategias se destacan:

- Ajustes en la priorización territorial y reorganización de rutas operativas, especialmente en zonas con condiciones de acceso limitado.
- Fortalecimiento de la articulación intra e intersectorial para el abordaje de casos complejos.
- Reorganización del talento humano y redistribución de cargas operativas para garantizar continuidad en la prestación de los servicios.

Estas estrategias permitieron mitigar barreras de acceso, mantener la operatividad de los equipos y asegurar la ejecución de las acciones conforme a los lineamientos técnicos.

Balance del desarrollo de los comités de fortalecimiento de capacidades

Durante el periodo se desarrollaron espacios de fortalecimiento de capacidades dirigidos al equipo interdisciplinario, orientados a mejorar la apropiación del modelo, unificar criterios técnicos y fortalecer la articulación operativa.

Estos espacios permitieron:

- Reforzar la comprensión de los enfoques territorial, poblacional y diferencial.
- Clarificar roles y responsabilidades en el marco del plan de acción.
- Fortalecer la articulación entre equipos intramurales y extramurales.



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

- Mejorar la calidad del seguimiento, la planeación y la gestión de casos en territorio.

Como resultado, se fortaleció la capacidad técnica y operativa de los equipos, contribuyendo al cumplimiento de las acciones programadas y al mejoramiento de la calidad de la intervención durante el periodo evaluado.

7.3.2 Planeación y gestión territorial para la toma de decisiones con base en el análisis espacial y su incidencia en los resultados en salud

7.3.2.1 Planeación territorial

En las actividades desarrolladas al interior de la Subred Sur se identifican varias situaciones geográficas, entre ellas que se tiene suelo tanto urbano como rural, en el caso de la ruralidad las actividades se han desarrollado principalmente con familias que ya han sido previamente identificadas y el abordaje se desarrollan organizando tiempos y espacios directamente con los usuarios para su respectivo abordaje, en el caso de la ruralidad cercana el abordaje implica un desplazamiento diario desde el casco urbano a las diferentes veredas que lo componen, para el caso de Sumapaz se han establecido puntos residenciales dentro de la localidad para que el talento humano que desempeña actividades allí pueda instalarse de lunes a viernes mientras realizan su abordaje.

En la zona urbana se han identificado mayor cantidad de elementos que impiden un desarrollo normal, entre ellas los focos de inseguridad que se presentan en algunas áreas de gestión presente en las 3 localidades en las cuales hay manzanas donde se ha dificultado el abordaje ya que son zonas expendio y consumo de sustancias psicoactivas, también la presencia de asentamientos informales genera que se tengan que realizar procesos de articulación con líderes locales para su respectivo ingreso, y son procesos que no siempre son efectivos o el tiempo de respuesta es muy demorado para hacer el abordaje, sin embargo en los casos que ha sido posible se ha podido abordar a la comunidad y acercarlos a los servicios de salud brindado el correspondiente abordaje.

También ha sido posible identificar procesos de actualización urbana a partir de los recorridos en campo realizados en conjunto de los gestores de más bienestar, ya que algunas manzanas que hacen parte de la base de datos de catastro distrital ya no existen en el territorio, algunos ejemplos de estas situaciones se encuentran en la localidad de Ciudad Bolívar con la demolición de manzanas para la construcción de las estaciones del Transmisible del Tunal - El Paraíso, también se puede observar en las 3 localidades estos procesos y cambios con predios que ya no existen ya que hacen parte de los nuevos centros de salud que se han construido en la última década, y algunos casos especiales en los que las manzanas se les han adicionado algunos predios, o la identificación de predios que en su interior han sido subdivididos en varias viviendas.

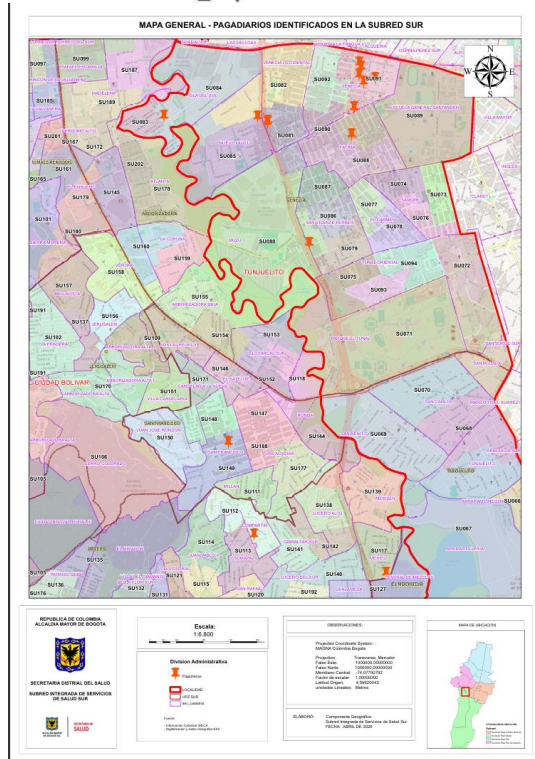
Comentado [117]: En este apartado se recomienda de manera encarecida poner cartografía que respalde la narrativa. Puesto que, es el principal aporte del componente geográfico.

Comentado [118R117]: Ajustado

También la presencia de conjuntos residenciales ha sido un proceso importante en el abordaje de las 3 localidades en las cuales hay presencia de estas dinámicas, para el caso de la localidad de Tunjuelito los conjuntos residenciales llevan tiempo considerable desde su construcción, pero en el caso de la localidad de Ciudad Bolívar y Usme es un proceso que se viene dando desde la última década y que a la fecha aún existen proyectos que están en proceso de construcción y otros que ya se encuentran en el proceso de ser habitados, para el ingreso a estos conjuntos está en responsabilidad del gestor asignado a dicha área y el registro de las actividades al interior del mismo se hace por medio de las unidades habitacionales que son solicitadas por el componente Geográfico de la Subred, todos estas dinámicas han podido ser identificadas por los Gestores de Mas bienestar en su proceso de apropiación y de reconocimiento del territorio, en especial de aquellos gestores en donde sus áreas de Gestión predominan estas dinámicas.

Finalmente para el registro de la información de los casos mencionados anteriormente como el abordaje en conjuntos residenciales, asentamientos informales, pagadarios, PPL, predios que en el territorio están subdivididos en varias viviendas se hace por medio de las unidades habitacionales, el cual es proceso en donde el gestor y dependiendo de la dinámica se hace el reconocimiento en conjunto con el grupo de Gestión territorial y el componente Geográfico de la cantidad de unidades residenciales o de familias presentes en el territorio, para así poder hacer la solicitud por medio del aplicativo del número de unidades habitacionales requeridas para el diligenciamiento del abordaje realizado, dicha solicitud es resuelta por el grupo de sistemas de SDS y entregada al componente Geográfico en un plano que contiene los demás datos Geográficos. Cuando se tiene esta información se hace la asignación de predios al gestor o a los gestores que hicieron sus intervenciones allí, y se les hace la respectiva entrega para que puedan cargar sus actividades.

Mapa 3. Pagadarios identificados en la Subred Sur



Fuente: Base de Datos Geográfica Subred Sur GDB 25_03_2026 dataset Abordaje Territorial - PPL_PGAD

A continuación, se relacionan las unidades habitacionales que han sido solicitadas a la fecha para el diligenciamiento de diferentes actividades, donde se podrá observar que la mayor cantidad de solicitudes realizadas son para el ingreso a propiedad horizontal.

Tabla 58. solicitudes de creación de unidades habitacionales por localidad



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

LOCALIDAD	Cantidad de ruteos asignados	Cantidad de unidades habitacionales solicitadas en propiedad horizontal	Cantidad de unidades habitacionales paga diarios	Cantidad de unidades habitacionales PPL	Cantidad de unidades habitacionales otros	TOTAL Localidad
CIUDAD BOLIVAR	1000	23029	91	386	4656	29162
USME	480	15890	0	239	680	17289
TUNJUELITO	18	6669	326	120	13	7146
SUMAPAZ	0	0	0	0	6	6
TOTAL SUBRED	1498	45588	417	745	5355	53603

- Desde el componente Geográfico de acuerdo el análisis territorial, al acompañamiento en campo y reporte de situaciones y novedades en campo por parte de los gestores se han propuesto para las tomas sectoriales mensuales los sectores catastrales que han presentado mayores situaciones de inseguridad, para que se haga un abordaje con un grupo mayor de Gestores.

Se realizó en conjunto con el componente geográfico de secretaría recorridos en los límites rurales y urbanos de la localidad de Ciudad Bolívar y Usme, identificando las dinámicas territoriales y poblacionales que dan lugar a esta delimitación, para así mismo poder realizar los ajustes correspondientes a las áreas de gestión que se encuentran en estas zonas y hacer los mismos recorridos con los gestores que se encuentren allí para reconozcan el territorio y en donde se presentan estos límites territoriales.

Mapa 4. Delimitación Predios Urbano - Rural

las gestantes al interior de la subred se hizo la revisión de las bases correspondientes identificando la apropiación y así hacer el envío a los gestores y profesionales correspondientes para su intervención oportuna

- Al momento de hacer la delimitación territorial, se tomaron en cuenta todos los sectores catastrales de la Subred Sur, sin embargo, hay sectores que no cuentan con ninguna actividad de tipo residencial, algunos ya han sido identificados previamente, mientras otros el reconocimiento se ha realizado mientras se van desarrollando los diferentes procesos de identificación en el territorio.

Para el caso de la localidad de Tunjuelito se identifican 3 sectores que no cuentan con actividad de tipo residencial, uno de ellos Escuela General Santander, este sector abarca el polígono de la Escuela de Cadetes de Policía General Santander, por lo cual es muy poco probable que este sector catastral a futuro pueda ser un sector de tipo residencial abordable, otro sector es Área Artillería, este polígono abarca la Escuela de Artillería General por lo cual es muy poco probable que este sector catastral a futuro pueda ser un sector de tipo residencial abordable, por último el sector Parque el Tunal, este sector abarca lo corresponde al polígono del parque el Tunal y el Portal de Transmilenio del Tunal, por lo cual es muy poco probable que este sector catastral a futuro pueda ser un sector de tipo residencial abordable.

Para el caso de la localidad de Usme se identificaron los sectores de Yomasa Norte, este sector abarca lo correspondiente a la Estación de Policía de Monteblanco, Un centro Educativo y el parque Cantarrana por lo cual es muy poco probable que este sector catastral a futuro pueda ser un sector de tipo residencial abordable, también está el Pedregal II, el polígono de este sector corresponde a la Ladrillera Helios por lo cual es muy poco probable que este sector catastral a futuro pueda ser un sector de tipo residencial abordable.

En el caso de la localidad de Ciudad Bolívar se identifica el sector de Guadalupe, en este sector se encuentra el centro Comercial Paseo Villa del Río, algunos concesionarios automovilísticos, 2 grandes zonas de parqueo para buses del SITP y algunas entidades financieras, es importante destacar una zona sin desarrollar, la cual a futuro puede ser usada para la construcción de conjuntos residenciales por lo cual es probable que este sector catastral a futuro pueda ser un sector de tipo residencial abordable, cabe aclarar que en el sector catastral se encuentran algunas manzanas en donde hay principalmente actividad comercial y algunas viviendas sin embargo esa zona del sector catastral no está dentro de los límites geográficos de la Subred Sur. Para el sector San Antonio del Mirador, se encuentra en zona sin ningún tipo de desarrollo, sin embargo, por las dinámicas poblacionales de la localidad es probable que se conformen asentamientos en esta parte del territorio,



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

y que probablemente sigan con los procesos correspondientes de legalización como ya se ha evidenciado en otros sectores de la Subred.

Tabla 59. Sectores catastrales sin usos residenciales

LOCALIDAD	SECTOR CATASTRAL	ID SECTOR	Tipo de uso determinante en el sector catastral	Número de predios	Número de manzanas
TUNJUELITO	ESCUELA GENERAL SANTANDER	002405	Dotacional	4	1
TUNJUELITO	PARQUE EL TUNAL	002410	Recreacional	10	2
TUNJUELITO	AREA ARTILLERIA	002512	Dotacional	5	1
SUBTOTAL LOCALIDAD	3	3	3	19	4
CIUDAD BOLÍVAR	GUADALUPE	004563	Comercial e Industrial	46	4
CIUDAD BOLÍVAR	SAN ANTONIO DEL MIRADOR	002451	Sin Uso	806	34
SUBTOTAL LOCALIDAD	2	2	2	852	38
USME	YOMASA NORTE	002586	Suelo de Protección	8	1
USME	EL PEDREGAL II	002640	Zona Verde	29	1
SUBTOTAL LOCALIDAD	2	2	2	37	2

TOTAL, SUBRED	5	5	5	908	44
--------------------------	----------	----------	----------	------------	-----------

Desde el componente Geográfico se ha estado en constante revisión de las diferentes bases, casos remitidos por secretaría de salud y casos provenientes por diferentes fuentes al interior de la Subred, esto con el fin de realizar los respectivos procesos de georreferenciación y geocodificación de todos estos casos para así poder identificar las áreas de gestión a las cuales pertenecen y poder identificar los profesionales responsables para poder hacer la intervención.

Para el caso de las intervenciones realizadas en Población privada de la libertad se ha identificado desde el componente geográfico dichos centros, para el caso de la subred se tienen 3 centros de reclusión, ubicados cada uno en una localidad urbana de la subred es decir Ciudad Bolívar, Usme y Tunjuelito.

En el caso de las actividades realizadas con la población habitante de calle dentro de la Subred Sur se han identificado casos en las 3 localidades urbanas y se han desarrollado las respectivas actividades, siendo la localidad de Usme en donde se han presentado mayor cantidad de acciones para dicha estrategia ubicados en sectores de Comuneros y Gran Yomasa que son las zonas de mayor actividad económica de la localidad, durante los meses de Enero a Marzo de 2026 se desarrollaron varias acciones también en la localidad de Ciudad Bolívar principalmente en la zona de la Upz San Francisco.

Para el caso de las actividades en los pagadarios estos han sido identificados hasta el momento la mayoría en la localidad de Tunjuelito y han estado ubicados principalmente en 2 sectores que son Venecia y Venecia Occidental que es la zona más comercial de la localidad, en el mes de febrero y marzo se encontraron algunos casos de pagadarios en la localidad de Ciudad Bolívar, en cuanto a comunidades de vida hasta el momento solo se ha identificado la institución Casa Nostra en la localidad de Tunjuelito correspondiente a población de Adulto mayor

Tabla 60. Cantidad de predios por estrategias diferenciales

LOCALIDAD	SECTOR CATASTRAL	ID SECTOR	Número predios pagadarios	Número de predios PPL	Número de predios con atenciones de habitantes de calle
------------------	-----------------------------	------------------	--	--------------------------------------	--



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

TUNJUELITO	ESCUELA GENERAL SANTANDER	002405	0	1	0
TUNJUELITO	SAMORE	002406	0	0	1
TUNJUELITO	SANTA LUCÍA	002205	0	0	1
TUNJUELITO	TUNAL ORIENTAL	002401	0	0	1
TUNJUELITO	FATIMA	002408	1	0	0
TUNJUELITO	ISLA DEL SOL	002411	1	0	2
TUNJUELITO	NUEVO MUZU	002409	1	0	0
TUNJUELITO	SAN VICENTE FERRER	002402	1	0	0
TUNJUELITO	VENECIA	002404	6	0	1
TUNJUELITO	VENECIA OCCIDENTAL	002403	2	0	0
TUNJUELITO	ABRAHAM LINCOLN	002507	0	0	1
SUBTOTAL TUNJUELITO	11	11	12	1	7
USME	YOMASA NORTE	002586	0	1	0
USME	CHUNIZA	002537	0	0	1
USME	CHARALÁ	002611	0	0	1
USME	GRAN YOMASA	002506	0	0	1
USME	LA ESPERANZA SUR	002607	0	0	1



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

USME	LA ANDREA	002524	0	0	1
USME	LA MARICHUELA	002529	0	0	1
USME	PORVENIR	002589	0	0	1
USME	SANTA LIBRADA NORTE	002528	0	0	2
USME	CHAPINERITO	002610	0	0	1
SUBTOTAL USME	10	10	0	1	10
CIUDAD BOLÍVAR	SIERRA MORENA	002438	0	1	0
CIUDAD BOLÍVAR	RONDA	002518	0	0	1
CIUDAD BOLÍVAR	ISLA DEL SOL	002411	0	0	1
CIUDAD BOLÍVAR	EL ENSUENO	002416	0	0	1
CIUDAD BOLÍVAR	RINCON DE LA VALVANERA	002419	0	0	1
CIUDAD BOLÍVAR	QUIBA I	002456	0	0	1
CIUDAD BOLÍVAR	SAN FRANCISCO	002515	0	0	1
CIUDAD BOLÍVAR	LA ALAMEDA	002523	0	0	1
CIUDAD BOLÍVAR	COMPARTIR	002504	1	0	0
CIUDAD BOLÍVAR	SAN FRANCISCO	002515	1	0	0



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

CIUDAD BOLÍVAR	MEXICO	002516	1	0	0
SUBTOTAL CIUDAD BOLIVAR	11	11	3	1	7
TOTAL SUBRED	32	32	15	3	24

7.4. GESTIÓN OPERATIVA DE LOS EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR

7.4.1 APOYO A LA GESTIÓN OPERATIVA DE LOS EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR

Durante el periodo evaluado, los líderes operativos de los Equipos MÁS Bienestar en tu Hogar desarrollaron acciones permanentes de organización territorial, seguimiento técnico y acompañamiento a los equipos interdisciplinarios, orientadas a fortalecer la calidad de la atención, la continuidad del cuidado y la adecuada ejecución de las acciones definidas para el modelo, en coherencia con el plan de acción establecido y los lineamientos técnicos distritales.

El seguimiento operativo se desarrolló con los equipos conformados por gestores en línea, gestores de bienestar, perfiles profesionales, equipos diferenciales, equipos de Atención Primaria Social – APS y ruralidad cercana y dispersa, priorizando el monitoreo del ruteo territorial, la gestión de casos, el seguimiento a población priorizada, la calidad de los registros en GTAPS y la adherencia a los lineamientos técnicos establecidos. Estas acciones permitieron fortalecer la apropiación territorial y garantizar respuestas acordes a las necesidades identificadas en las localidades de Usme, Tunjuelito, Ciudad Bolívar y Sumapaz.

Para fortalecer la gestión operativa y garantizar el seguimiento permanente a la ejecución de las actividades, se mantuvo una articulación constante con los técnicos administrativos y el equipo de sistemas de información, implementando tableros de control como herramienta principal de monitoreo, orientados a:

- Monitorear la productividad de las actividades ejecutadas y registradas en soporte físico y en el aplicativo GTAPS.
- Verificar la oportunidad en el registro de la información.
- Evaluar la calidad y consistencia de los datos registrados.
- Garantizar la concordancia entre los formularios diligenciados en el aplicativo GTAPS y los soportes físicos.

Comentado [119]: ampliar la descripción con cifras, por ejemplo en los seguimientos, cuantos, a que perfiles??? que se ha logrado desde los líderes, principales resultados, oportunidades de mejora, etc.....

Comentado [120R119]: Resuleto

- Identificar alertas relacionadas con seguimiento de casos, continuidad del cuidado y gestión territorial.

De manera complementaria, se sostuvo articulación permanente con los profesionales de cohortes, líder de activación de rutas, servicios complementarios y el líder de enlace EPS, garantizando una respuesta integral y coordinada a las necesidades identificadas en territorio y fortaleciendo los procesos de seguimiento a población priorizada.

A partir del análisis de la información consolidada y de los seguimientos realizados por los líderes operativos, se identificaron oportunidades de mejora relacionadas principalmente con la calidad del registro de la información, la adecuada toma de medidas antropométricas y signos vitales, la consistencia entre soportes físicos y registros digitales, así como fortalecimiento en la trazabilidad y continuidad del seguimiento de algunos casos priorizados.

Frente a estas situaciones, se implementaron acciones de fortalecimiento técnico mediante acompañamiento en territorio, ejercicios de precrítica, retroalimentación individual y grupal y socialización de lineamientos operativos, permitiendo mejorar progresivamente la calidad de las intervenciones y fortalecer la adherencia a las fichas técnicas establecidas para los Equipos MÁS Bienestar en tu Hogar.

El abordaje de los casos se desarrolló de manera integral e interdisciplinaria, evidenciando articulación efectiva entre gestores y profesionales de las diferentes áreas de gestión. Este trabajo conjunto permitió fortalecer el seguimiento continuo a los planes de bienestar instaurados, asegurando la continuidad de la atención familiar, individual y poblacional y favoreciendo respuestas oportunas frente a las necesidades priorizadas.

Así mismo, durante el periodo se realizaron comités territoriales liderados por los líderes operativos, los cuales se consolidaron como espacios estratégicos de orientación técnica y operativa. En estos escenarios se analizó la gestión territorial, se revisaron casos prioritarios y se definieron acciones de respuesta integral, complementaria y coordinada, permitiendo la toma de decisiones para la organización operativa y territorial del equipo interdisciplinario y el monitoreo permanente de las condiciones de salud del territorio.

Finalmente, se desarrollaron seguimientos en campo orientados al acompañamiento técnico y operativo de los equipos. Como principales fortalezas se identificó la apropiación progresiva del enfoque de gestión del riesgo, la empatía en el desarrollo de las intervenciones y la articulación interdisciplinaria para el abordaje territorial. De igual forma, se evidenciaron oportunidades de mejora en la correcta toma de medidas antropométricas y signos vitales, frente a las cuales se implementaron acciones de fortalecimiento técnico directamente en territorio, contribuyendo al mejoramiento continuo de la calidad de la operación.

Como resultado del acompañamiento realizado por los líderes operativos, se fortaleció la articulación interdisciplinaria entre perfiles, la apropiación de lineamientos técnicos, la gestión integral del riesgo y la continuidad del cuidado de la población intervenida, contribuyendo al mejoramiento continuo de la calidad de la atención y de la respuesta territorial de los equipos.

7.4.2 DESARROLLO DE CAPACIDADES DEL TALENTO HUMANO A NIVEL DISTRITAL

En el marco del desarrollo de capacidades del talento humano a nivel distrital del Modelo MAS Bienestar, se identificaron diversas brechas a partir de la lectura del territorio, procesos de auditoría, supervisión y retroalimentación distrital. Estas brechas estuvieron principalmente relacionadas con debilidades en la interacción con el usuario, dificultades en la aplicación de habilidades comunicativas (escucha activa, validación emocional y persuasión ética), así como inconsistencias en la aplicación de tamizajes en salud mental y en la trazabilidad de los casos, especialmente en los perfiles de psicología y profesionales en terapias.

En respuesta a estas necesidades, se implementaron estrategias de fortalecimiento de capacidades a través de espacios formativos estructurados en modalidad virtual y presencial, dirigidos a gestores de bienestar y gestores en línea. De manera agregada, se desarrollaron módulos de capacitación, asistencias técnicas y acompañamientos con enfoque técnico, comunicativo y práctico. El módulo 1, denominado "Sentido del rol: interacción con el usuario y vinculación al modelo bienestar", estuvo orientado al fortalecimiento de competencias comunicativas, relacionales y éticas, promoviendo una interacción efectiva con los usuarios y su adecuada vinculación al modelo, en coherencia con la Atención Primaria Social y el enfoque de derechos. Por su parte, el módulo 2, enfocado en "Asistencia técnica para la aplicación pertinente de tamizajes y análisis de caso con trazabilidad", priorizó el fortalecimiento de competencias técnicas en la aplicación de instrumentos, especialmente en aquellos perfiles que presentaban mayores hallazgos.

En términos de cobertura, estas acciones permitieron impactar de manera consolidada a gestores de bienestar, gestores en línea, psicólogos (clínicos y profesionales), a través de múltiples sesiones formativas y espacios de acompañamiento, logrando una amplia participación de los equipos operativos a nivel distrital.

Como resultados relevantes, se evidenció un fortalecimiento significativo en las habilidades de comunicación asertiva, escucha activa y validación emocional, así como una mayor apropiación del rol por parte del talento humano. Adicionalmente, se observaron mejoras en la aplicación de tamizajes, mayor coherencia en la gestión del riesgo y avances en la calidad de las intervenciones, tanto en el entorno domiciliario como en la atención en línea.

Comentado [121]: este apartado hace referencia a las acciones desarrolladas en el marco del plan en articulación con el equipo de fortalecimiento de capacidades distrital.... especificar si esto es de ese proceso o de lo contrario trasladar a comités de fortalecimiento de capacidades y dejar acá lo que corresponda

Comentado [122R121]: Dentro de las acciones desarrolladas en articulación con el equipo distrital de fortalecimiento de capacidades se desarrollaron acciones en relación a los módulos de capacitación 1 y 2

Estos avances contribuyen a un acompañamiento más integral, oportuno y centrado en el usuario.

Se identificaron algunos hallazgos y oportunidades de mejora, principalmente relacionados con la necesidad de continuar fortaleciendo la adherencia a los lineamientos en la aplicación de tamizajes, mejorar la trazabilidad de los casos y reforzar habilidades comunicativas en escenarios de mayor complejidad, como la atención de usuarios con resistencia o barreras de acceso.

En este sentido, se implementaron acciones de ajuste y refuerzo, tales como el desarrollo de nuevos espacios de acompañamiento focalizado, retroalimentaciones específicas por perfil y la incorporación de casos prácticos para fortalecer la toma de decisiones en situaciones reales, con el fin de optimizar el impacto de las estrategias de fortalecimiento.

Finalmente, estas acciones aportan de manera estratégica al fortalecimiento del talento humano, promoviendo la estandarización de prácticas, la mejora continua de la calidad en la atención y la sostenibilidad del Modelo MAS Bienestar, consolidando un enfoque integral centrado en la gestión del riesgo y el bienestar de la población.

Tabla 62. Indicador

Nombre del indicador	Resultado
Cobertura de equipos MAS Bienestar en tu Hogar fortalecidos en competencias	Se logró una cobertura de 107 integrantes del talento humano de los equipos MAS Bienestar en tu Hogar fortalecidos en competencias, mediante la implementación de espacios formativos en modalidad virtual y presencial, orientados al desarrollo de habilidades técnicas, comunicativas y de abordaje integral.
Nivel de apropiación de competencias fortalecidas por los equipos MAS Bienestar en tu Hogar	Se evidencia un adecuado nivel de apropiación de las competencias fortalecidas por parte del talento humano, medido a través de los resultados de postest, acompañamientos en campo, revisión de registros y seguimiento operativo realizado durante el periodo evaluado. Como principales resultados, se identificaron avances en habilidades comunicativas, aplicación adecuada de tamizajes, fortalecimiento en la gestión del riesgo, mejora en la calidad de las intervenciones, adherencia a lineamientos técnicos y mayor oportunidad en el seguimiento de la población priorizada. Fuente: Registros de asistencia, resultados de postest, acompañamientos en campo y seguimiento operativo.

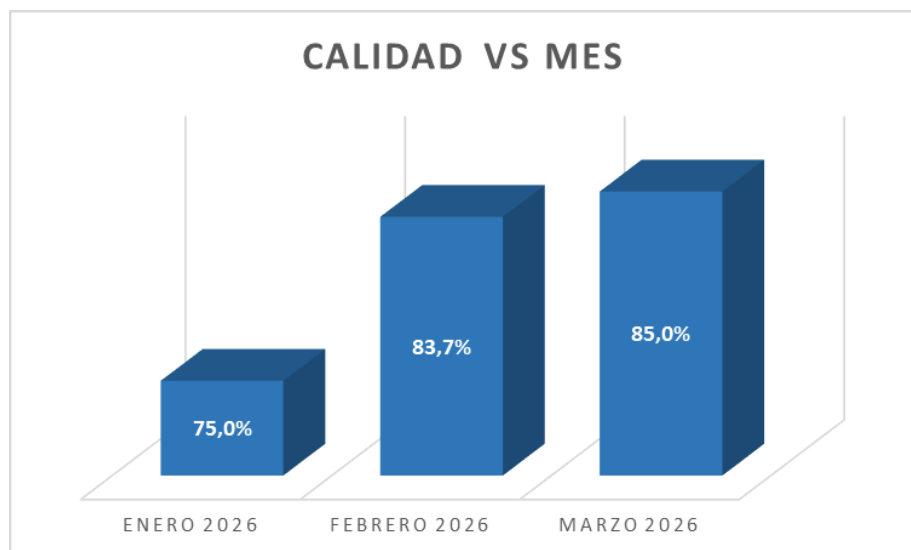
Fuente: Registros de asistencia a procesos de fortalecimiento



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

7.4.3 GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y SOPORTE A NIVEL DISTRITAL

Estado de la calidad de la información en GTAPS, incluyendo avances en integridad, consistencia, actualización y trazabilidad de los datos, se precisa que los resultados presentados a continuación son preliminares de las respectivas salidas de información, ya que para los meses mencionados no se ha generado la versión final.



Fuente: Salidas preliminares primer trimestre del 2026.

Tabla 63. Unidades habitacionales creadas.

				GESTION
MES	UNIDADES SOLICITADAS	SOLICITUDES (TICKETS)	REALIZADO	98%
ENERO 2026	4939	19	19	
FEBRERO 2026	2730	18	17	



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

MARZO 2026	4322	19	19	
TOTAL	11991	56	55	

Fuente: Plano soporte aplicativo gtaps

Tabla 64. Traslados de usuarios locales e interlocales gestionados.

MES	TRASLADO		GESTION		
	LOCAL	INTERLOCAL	REALIZADO	POR APROBAR	NO REALIZADO
ENERO 2026	429	30	444	0	15
FEBRERO 2026	727	53	772	0	8
MARZO 2026	647	87	709	3	22
TOTAL	1803	170	1925	3	45
	1973		1973		

Fuente: Plano soporte aplicativo gtaps

Tabla 65. Ajustes realizados a datos críticos de identificación.

(Se da la claridad que todo lo realizado desaparece del plano para esta solicitud)

MES	SOLICITUDES	REALIZADO	NO REALIZADO
ENERO 2026	122	0	122



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

FEBRERO 2026	162	0	162
MARZO 2026	101	0	101
TOTAL	385	0	385

Fuente: Plano soporte aplicativo gtaps

Tabla 66. Funcionamiento de la Mesa de Ajustes, señalando número de sesiones realizadas, casos resueltos y principales tipologías de inconsistencias corregidas.

Durante el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026, se llevaron a cabo 13 mesas de ajustes (5 en enero, 4 en febrero y 4 en marzo).

MES	CÓDIGOS MAL	FECHA ERRADA	FORMULARIO ERRÓNEO	REALIZADO	Total general
ENERO 2026	62	182	13	2095	2352
FEBRERO 2026	148	122	93	1697	2060
MARZO 2026	42	22	1	322	387
Total general	252	326	107	4114	4799
	5%	7%	2%	86%	

Fuente: Ajuste fecha aplicativo

Tabla 67. Funcionamiento de la Mesa de Ajustes

MES	CÓDIGOS MAL	DUPLICADO	FECHA REGISTRADO MAL	FORMULARIO ERRÓNEO	REALIZADO	NO SE PUEDE REALIZAR	Total general
-----	-------------	-----------	----------------------	--------------------	-----------	----------------------	---------------



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

ENERO 2026	50	67	4	2	564	36	723
FEBRE RO 2026	430	26	1	1	1295	130	1883
MARZO 2026	45		1		706	12	764
Total general	525	93	6	3	2565	178	3370
	16%	3%	0%	0%	76%	5%	

Fuente: Mesa sur

- Orientación técnica a subredes, indicando acciones de acompañamiento realizadas y mejoras observadas en la calidad de los registros.

A partir de los ajustes solicitados, de los hallazgos de calidad y de completitud se ha tomado la decisión de realizar contingencia con las personas en las que se ha evidencia mayor rango de error y se van a generar inducciones uno a uno con acta para solventar el acompañamiento de aquella personas, en cuanto a todo el TH se generarán 2 inducciones específicas de sistemas de información al inicio (06/04/2026) y a finalizar mes (15/04/2026) para la resolución de problemas con comunicación redundante, adicional a esto para el periodo en curso de estableció la estrategia de no facturar todo aquello que carece de calidad, se eliminó la viabilidad de solicitar el ajuste de fechas desde el colaborador para disminuir la cantidad de ajustes y se dejó solo por aval del líder este ajuste según la precrítica, se ha venido ejecutando la estrategia y hemos visto una mejora en resultados de un 60%.

Se ha tomado la estrategia de realizar citación a los operativos más recurrentes en hallazgos y se están corrigiendo en tiempo real, esta estrategia se implementó a partir del mes de febrero, y se ha logrado tener un avance significativo, como se ve reflejado en las salidas de información.

- Acciones de mejora implementadas, orientadas a fortalecer la calidad de los datos y la estabilidad del aplicativo.

Desde el equipo de Sistemas de Información, se han diseñado y ejecutado estrategias integrales que abarcan todo el ciclo de vida del dato: partiendo desde la captura inicial en territorio y su correcto registro en el aplicativo GTAPS, hasta la consolidación de espacios

de citación presencial para el ajuste y depuración de registros con el equipo técnico. Este modelo de supervisión se apoya en un sistema de monitoreo constante que genera alertas diarias dirigidas tanto a los líderes operativos como a cada colaborador de manera individual, permitiendo una identificación temprana de hallazgos. Estas acciones no solo garantizan la estabilidad del flujo de información, sino que promueven una cultura de responsabilidad y precisión en el reporte de las actividades, asegurando que la data final cumpla con los criterios de concordancia y consistencia requeridos.

8 ACCIONES DE BIENESTAR COMITÉS DE CUIDADO

En el marco del modelo de Atención Primaria Social y la implementación de la estrategia Equipos Más Bienestar en tu Hogar, se desarrollaron acciones orientadas al fortalecimiento técnico, operativo y de gestión del talento humano, mediante espacios estructurados de articulación, seguimiento y toma de decisiones.

Estas acciones se materializan a través de reuniones de equipo, desarrollo de capacidades, comités territoriales y espacios de precrítica y seguimiento, los cuales permiten garantizar la calidad, oportunidad y continuidad de las intervenciones en territorio.

8.2 REUNIÓN DE EQUIPO

Durante el trimestre enero-marzo de 2026, las reuniones de equipo se consolidaron como espacios de articulación técnica, seguimiento operativo y fortalecimiento de capacidades para los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar, permitiendo socializar lineamientos, realizar seguimiento a indicadores y fortalecer la gestión territorial.

En el mes de enero de 2026 se desarrollaron espacios orientados al fortalecimiento del uso de rutas institucionales, organización logística y optimización de desplazamientos territoriales, con el fin de mejorar la cobertura de las intervenciones extramurales y el uso eficiente de los recursos institucionales. Así mismo, se realizó fortalecimiento técnico frente al manejo del sistema de información y aplicativo GTAPS, enfatizando en validaciones de formularios, caracterización, signos y síntomas, eventos de vigilancia en salud pública, agendamiento y calidad del dato. De igual manera, se efectuó seguimiento al balance general de ruteo y cohorte materna, identificando oportunidades de mejora relacionadas con seguimiento a gestantes, contacto efectivo, gestión de casos y fortalecimiento de la planeación territorial.

Durante febrero de 2026 se desarrolló fortalecimiento técnico relacionado con lineamientos de atención diferencial para comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, abordando aspectos normativos, enfoque diferencial y necesidades



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

territoriales identificadas en zonas urbanas y rurales. Adicionalmente, se socializaron lineamientos y resultados del equipo, fortaleciendo capacidades frente a procesos de agendamiento según tipo de usuario, verificación de aseguramiento, uso del módulo de alertas y registro adecuado de solicitudes de atención. Igualmente, se realizó seguimiento al proceso de activación de rutas, identificando causas frecuentes de devolución relacionadas con formatos incompletos, inconsistencias de aseguramiento, errores en el diligenciamiento y solicitudes fuera de tiempos establecidos.

En marzo de 2026 se realizó fortalecimiento técnico en tuberculosis, abordando lineamientos operativos, esquemas de tratamiento, seguimiento a pacientes con tuberculosis sensible y farmacorresistente, estrategias de adherencia terapéutica y articulación entre atención intramural y extramural. Así mismo, se desarrolló asistencia técnica relacionada con el contrato del Fondo Financiero Distrital para población migrante no regularizada y población no asegurada, fortaleciendo conocimientos frente a rutas de atención, estudios sociales de caso, criterios de acceso y procesos de seguimiento a población vulnerable.

Adicionalmente, se socializaron casos de mortalidad materna y la estrategia de táctica de gestantes, permitiendo identificar alertas en la gestión del riesgo materno, fortalecer el seguimiento territorial y mejorar la oportunidad en la atención de gestantes priorizadas.

Estos espacios permitieron identificar oportunidades de mejora relacionadas con calidad del dato, pertinencia de las activaciones de ruta, seguimiento a cohortes priorizadas, oportunidad en el agendamiento y fortalecimiento de la gestión territorial, estableciendo acciones de seguimiento y acompañamiento técnico continuo para los equipos operativos.

8.3 DESARROLLO DE CAPACIDADES DE LOS EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR

En concordancia con el Plan Distrital de Fortalecimiento de Capacidades 2026 de los Equipos MÁS Bienestar en tu Hogar, liderado por el Equipo Distrital de Fortalecimiento de Capacidades en el marco de la Acción de Bienestar 70 – Desarrollo de Capacidades a Nivel Distrital, durante el periodo enero-marzo de 2026 se desarrollaron acciones de fortalecimiento técnico, operativo, humano y relacional orientadas al cierre de brechas identificadas mediante procesos de supervisión, auditoría, seguimiento operativo y análisis de la implementación territorial del modelo.

Estas acciones se desarrollaron bajo un enfoque integral de desarrollo de capacidades, articulando procesos de formación, asistencia técnica, acompañamiento situado y fortalecimiento de habilidades relacionales y operativas, en coherencia con las necesidades identificadas en los diferentes perfiles de los Equipos MÁS Bienestar en tu Hogar.

Comentado [123]: cuales? en que temas? que se ha identificado y fortalecido??? dejar lo específico del trimestre

Comentado [124R123]: _Marked as resolved_

Comentado [125R123]: _Re-opened_
Resuelto

Comentado [126]: con quienes? con todo el equipo fue igual independientemente del perfil??? profundizar en este apartado y correlacionarlo con el plan distrital

Comentado [127R126]: resuelto

El desarrollo de capacidades se llevó a cabo mediante procesos de formación continua orientados a fortalecer las competencias técnicas, operativas, comunicativas y resolutorias de los equipos en territorio, favoreciendo la apropiación de lineamientos institucionales y la aplicación efectiva del modelo en los diferentes contextos territoriales.

La metodología implementada incluyó socializaciones técnicas, asistencias técnicas, análisis de casos, ejercicios prácticos, resolución de inquietudes y acompañamientos focalizados, permitiendo una apropiación progresiva del conocimiento y su aplicación en la operación territorial.

En coherencia con el plan distrital, las acciones desarrolladas durante el trimestre respondieron a brechas relacionadas con la apropiación de lineamientos técnicos, la interacción efectiva con los usuarios, la gestión integral del riesgo, la trazabilidad de los casos, el fortalecimiento de competencias operativas y la estandarización de procesos en territorio.

Durante el periodo evaluado, el fortalecimiento de capacidades se desarrolló de manera diferencial de acuerdo con los perfiles y funciones de los equipos operativos y de gestión, priorizando temáticas específicas según las necesidades identificadas en cada componente de intervención.

En este marco, se desarrollaron procesos de fortalecimiento dirigidos a gestores territoriales, gestores en línea, profesionales operativos y equipos de gestión, abordando temas relacionados con:

- Lineamientos en Salud Pública y estrategias de gestión del riesgo, incluyendo fortalecimiento en vacunación, rutas de atención, abordaje de población materno infantil y acciones orientadas al incremento de coberturas, en coherencia con los lineamientos distritales.
- Sentido del rol e interacción con el usuario, orientado principalmente a gestores MAS Bienestar y perfiles de primer contacto, fortaleciendo habilidades comunicativas, escucha activa, validación emocional y estrategias para la vinculación efectiva de los usuarios al modelo MÁS Bienestar.
- Gestión integral del riesgo y trazabilidad de los casos, enfocado en el fortalecimiento de capacidades para la identificación, clasificación, seguimiento y acompañamiento de usuarios priorizados, así como en la correcta aplicación de tamizajes y toma de decisiones asociadas al proceso de atención.
- Fortalecimiento en herramientas operativas y tecnológicas, incluyendo procesos de ruteo, agendamiento, seguimiento, gestión de casos y registro de información en el aplicativo GTAPS, dirigido principalmente a gestores de bienestar y gestores en línea.
- Activación de rutas y fortalecimiento técnico en temas priorizados durante el trimestre, incluyendo tuberculosis, población migrante, fondo financiero y



seguimiento a gestantes, con el propósito de fortalecer la capacidad resolutive de los equipos frente a los riesgos identificados en territorio.

Así mismo, en articulación con la estrategia distrital de fortalecimiento de capacidades, se desarrollaron espacios orientados al fortalecimiento de capacidades humanas y relacionales, reconociendo la interacción con el usuario como un elemento estratégico para la vinculación al modelo, la continuidad del cuidado y la efectividad de la atención territorial.

Las estrategias implementadas incluyeron metodologías participativas y experienciales, mediante análisis de situaciones reales del territorio, simulación de casos, construcción colectiva de soluciones y ejercicios prácticos, favoreciendo el aprendizaje significativo y la aplicación directa de los contenidos en escenarios reales de intervención.

Como resultado de las acciones desarrolladas durante el trimestre, se evidenció fortalecimiento en la apropiación de lineamientos técnicos, mejoras en la comprensión del rol de cada perfil dentro del modelo, fortalecimiento de habilidades comunicativas y avances en la gestión del riesgo, trazabilidad de los casos y calidad de los registros operativos.

De igual manera, se fortaleció la articulación entre los procesos de formación, acompañamiento técnico y seguimiento operativo, favoreciendo la estandarización de prácticas y la mejora continua de la intervención territorial.

Estos procesos contribuyen al fortalecimiento progresivo del talento humano, la consolidación de capacidades técnicas y operativas y la sostenibilidad del Modelo MÁS Bienestar en tu Hogar, en coherencia con los lineamientos distritales y las necesidades identificadas en los territorios.

8.4 COMITÉ TERRITORIAL

Los comités territoriales se consolidan como instancias técnico-operativas de análisis estratégico y toma de decisiones, orientadas al seguimiento de la implementación de acciones dirigidas a grupos poblacionales específicos, incluyendo bienestar de avanzada, enfoque diferencial y otros grupos transversales no adscritos territorialmente.

Durante el periodo reportado, estos espacios evidenciaron avances en la gestión territorial, entre los que se destacan:

- Incremento en la cobertura de atención, reflejado en el aumento de familias abordadas y caracterizadas en los territorios priorizados.
- Fortalecimiento de la gestión de casos, evidenciado en la continuidad del seguimiento a población priorizada y en la mejora de la trazabilidad de las intervenciones.



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

- Optimización de la articulación intersectorial, facilitando la activación oportuna de rutas y la respuesta integral a las necesidades identificadas.
- Mejoramiento de indicadores operativos, tales como contacto efectivo, oportunidad en la atención y continuidad del cuidado

En el marco de estos espacios y a través del acompañamiento técnico a los equipos territoriales, se desarrollaron procesos de fortalecimiento de capacidades en temáticas estratégicas como la prescripción social y la activación de rutas de atención, evidenciándose avances en su apropiación conceptual y aplicación operativa por parte de los equipos.

De igual manera, a partir de las estrategias implementadas durante el periodo, se logró la sensibilización de la población frente a temas prioritarios en salud, tales como la vacunación, el cuidado de la calidad del aire, se fortaleció la socialización de signos de alarma en la gestación, abordados desde los diferentes cohortes de riesgo, promoviendo su reconocimiento oportuno y la activación de rutas de atención. Este proceso se desarrolló de manera transversal con los equipos multisectoriales, consolidando la articulación entre los diferentes perfiles que operan en el territorio y fortaleciendo la gestión integral del riesgo, contribuyendo a la promoción de prácticas de autocuidado y prevención.

En este sentido, los comités territoriales contribuyen al fortalecimiento de capacidades técnicas, la articulación intersectorial y la consolidación de una gestión territorial orientada a resultados, soportada en la toma de decisiones informadas y en la atención integral de las necesidades de la población.

8.5 ESPACIOS DE PRECRÍTICA Y SEGUIMIENTO

Los espacios de precrítica y seguimiento se desarrollaron como mecanismos de control de calidad y mejora continua, orientados a la revisión de la información registrada, la coherencia de las acciones ejecutadas y el cumplimiento de los lineamientos técnicos.

En estos espacios se identificaron hallazgos relacionados con:

- Inconsistencias en el registro de información en sistemas
- Oportunidad en el cargue de actividades
- Necesidad de fortalecimiento en la gestión de casos y seguimiento
- Variabilidad en la calidad del diligenciamiento

En respuesta a estos hallazgos, para el periodo en mención se implementaron diferentes estrategias, entre las cuales se tuvo:

- La creación de tableros de control en conjunto con el equipo de sistemas, con el fin de generar mayor calidad y oportunidad de registro. Lo anterior generó impacto positivo

Comentado [128]: esta es la contextualización de que es el comité. No se evidencian logros, avances, resultados del periodo reportado. Ajustar!

Comentado [129R128]: Resuelto

Comentado [130]: Resuelto



teniendo disminución de hallazgos. Dichos tableros se enfatizaron en las salidas de información de la caracterización, intervenciones registradas por eventos de interés en salud pública y productividad. En ellas se evalúa, calidad, coherencia, completitud y oportunidad.

Desde otro ámbito, se profundizó durante las reuniones mensuales y comités del cuidado en la oportunidad y la calidad del registro, teniendo resolución de dudas y fortaleciendo el diligenciamiento del aplicativo gtaps. Así mismo, dando respuesta a lo identificado durante las precriticas, se tuvieron espacios en donde se fortalecieron temas referentes al aseguramiento, esquemas de Vacunación y prescripción social, generando herramientas para la gestión adecuada de los riesgos de las familias intervenidas.

Así mismo durante los espacios de precritica con el equipo operativo, se realizó articulación con el equipo de sistema de información, en la cual una vez realizada la precritica por parte del líder operativo e identificación de hallazgos, se procede a realizar los ajustes pertinentes en conjunto.

Las estrategias planteadas e implementadas generaron un impacto positivo al tener disminución de hallazgos de oportunidad y calidad de las intervenciones.