Tema: SEGUIMIENTO OPERATIVO SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE AUTORIZADA PARA REALIZAR VALORACIONES DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD -UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD BOYACA REAL

Dependencia (Dirección / Oficina)	Proceso
Dirección de Provisión de Servicios de Salud	Gestión de tramites a la Ciudadanía

Objetivo	Fecha: 19 de abril de 2026			
Realizar seguimiento integral al procedimiento de certificación de discapacidad en las IPS certificadoras habilitadas por la Secretaría Distrital de Salud en las Subredes de Servicios de Salud, con el propósito de verificar la disponibilidad de recursos, las condiciones de acceso, la oportunidad en la prestación, la calidad del servicio y la satisfacción de los usuarios, así como identificar posibles barreras en la atención y generar insumos que contribuyan al mejoramiento continuo del proceso, conforme a lo establecido en la Resolución 1197 de 2024.	Tipo de reunión	Asistencia Técnica: Asesoría ( ) Capacitación ( ) Orientación ( ) Acompañamiento ( )		
		Otro (X) Visita técnica		
	Modalidad:	Presencial (X)	Virtual ( )	Mixta ( )
	Lugar: Unidad de Servicios de Salud Verbenal			
	Hora Inicio: 2:05 pm Hora Fin: 3:35 am			
	Notas por: Gloria Lida Gómez			
	Próxima Reunión: A concretar			
	Quien cita: Gloria Lida Gómez, Equipo Certificación de Discapacidad SDS			

TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS *

La profesional Gloria Lida Gómez, del Equipo de Discapacidad de la Secretaría Distrital de Salud, realiza visita técnica a la Unidad de Servicios de Salud de Boyacá Real, previamente notificada y confirmada.

La visita técnica es atendida inicialmente por la profesional Líder referente del proceso de certificación de discapacidad en la Subred Norte Hilary Pinto y la líder de la unidad Dany Chacón. Seguidamente, se expone el objetivo de la visita y se procede a la aplicación del formato de seguimiento operativo a la implementación del procedimiento de Certificación de Discapacidad, con el fin de verificar el cumplimiento de los siguientes criterios:

A. ACCESIBILIDAD
B. OPORTUNIDAD
C. PROCEDIMIENTO EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
D. PERCEPCIÓN SATISFACCIÓN DEL USUARIO

A. ACCESIBILIDAD

Se realiza un recorrido por las instalaciones con el fin de verificar las condiciones de accesibilidad de la Unidad de Servicios de Salud Boyacá Real. Durante la visita, se evidencia que la unidad cuenta con condiciones adecuadas para el acceso de personas con discapacidad física, disponiendo de rampa de ingreso, lo cual facilita el acceso de usuarios con movilidad reducida. Asimismo, se observa la presencia de un guarda de seguridad que orienta a los usuarios desde su llegada, constituyéndose como el primer punto de contacto para quienes asisten a la cita de valoración. Este acompañamiento facilita la ubicación inicial dentro de la unidad y actúa como un primer filtro de orientación para las personas que acuden al proceso de certificación de discapacidad.

Adicionalmente, la IPS cuenta con un total de 15 servicios habilitados y dispone de 8 consultorios, de los cuales 2 están destinados para la atención del proceso de certificación de discapacidad, ubicados uno en el primer piso y otro en el segundo piso. Se precisa que, el uso de los consultorios destinados para la certificación de discapacidad se ajusta al número de valoraciones programadas en el día. Para el caso de la visita, se evidenció que solo se encontraba en funcionamiento un consultorio (primer piso), debido a que la demanda de atención no requería la habilitación simultánea de ambos. No obstante, se informa que las valoraciones multidisciplinarias se realizan los días martes y jueves, en horario de 7:00 a.m. a 17:00 p.m., conforme a la organización del servicio.

Los usuarios deben permanecer en la sala de espera hasta ser llamados por el equipo multidisciplinario responsable del proceso. En este espacio, un integrante del equipo se acerca para confirmar los datos del usuario, solicitar la historia clínica para su revisión por parte del equipo y entregar el consentimiento informado para su firma.

De acuerdo a lo anterior, se evidencia que el ítem: "A.1. ***La IPS cuenta con protocolos de servicio para la atención y orientación al ciudadano, mediante los cuales se brinda información sobre el ingreso y el punto de atención para el proceso de valoración multidisciplinaria al momento de su llegada a la institución";*** se cumple totalmente, en razón a que los usuarios y/o pacientes reciben orientación adecuada para llegar a los consultorios donde se realiza la valoración multidisciplinaria.

Igualmente, se evidencia *Cumplimiento total del ítem: A.2 "**La IPS cuenta con lineamientos para la atención de ciudadanos con discapacidad, brindando orientaciones y apoyos que facilitan el desplazamiento al sitio de valoración y la comunicación durante el proceso de valoración multidisciplinaria"**, en razón a que el personal de la unidad tiene claridad sobre la atención que brindan a los usuarios para acceder a la valoración, así mismo,* se verifica la disponibilidad de una silla de ruedas ubicada en el primer piso, específicamente al lado de la oficina de atención al usuario, lo cual permite apoyar la movilidad interna de los pacientes que lo requieran.

La fisioterapeuta del equipo presenta el procedimiento transcrito en sistema Braille, disponible en el consultorio como apoyo para personas con discapacidad visual cuando se requiere. Durante la visita, se verifica la disponibilidad de este recurso, evidenciando el cumplimiento de este criterio.

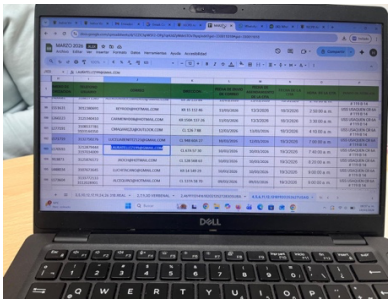
Se identifica cumplimiento parcial del ítem: A.3 "***La IPS implementa acciones para prevenir barreras de acceso, mediante señalización institucional, apoyo a ciudadanos con discapacidad y mecanismos que faciliten el direccionamiento de los usuarios que asisten al proceso de valoración multidisciplinaria":*** Lo anterior, debido a la ausencia de señalización institucional que facilite la ubicación del servicio de certificación y de los consultorios desde el ingreso. Así mismo, no se evidencian apoyos visuales o auditivos en las salas de espera que orienten a los usuarios. Para el día de la visita, solo se encontraba en funcionamiento un consultorio, debido a la baja demanda de usuarios, la cual no permitió completar la agenda para habilitar ambos consultorios

De igual manera, no se evidencian señales podotáctiles, carteleras en Braille ni mensajes sonoros en el primer y segundo piso que faciliten la orientación de personas con discapacidad visual que asisten sin acompañante y que deben permanecer en la sala de espera hasta ser llamadas para la valoración en los consultorios correspondientes. Esta situación se pone en conocimiento de la profesional referente, Hilary Pinto, quien toma atenta nota e informa que trasladará la observación a la jefe de la Unidad Dany Chacón, para su revisión y gestión correspondiente.

Finalmente, se verifica el ítem ***A.5 "La IPS dispone de un número telefónico o enlace electrónico que permite al ciudadano reprogramar la cita una vez haya sido agendada.*** Cumple Totalmente***.*** La profesional Hilary refiere que la Unidad cuenta con la plataforma interna "Dinamic", donde se registran los usuarios autorizados para el proceso de certificación. Adicionalmente, disponen de la línea telefónica 3138881325, la cual funciona tanto para llamadas como a través de WhatsApp. Mediante este canal se realiza el contacto con los usuarios para la asignación de citas y también se atienden solicitudes relacionadas con dificultades para asistir, brindando la posibilidad de reprogramar o, en algunos casos, acudir a la Unidad según disponibilidad, previa validación con el equipo multidisciplinario.
Se informa además que la gestión de esta línea y la organización de las agendas está a cargo de un ingeniero de la Unidad de Servicios de Salud Fray Bartolomé, quien realiza el contacto con los usuarios, valida disponibilidad de agendas y puntos de atención según cada caso, identifica posibles ajustes razonables y registra la información en una base de datos en OneDrive, donde se consolidan los datos personales y de contacto.
Cuando no es posible establecer comunicación, los casos son marcados en el correo electrónico donde se reciben las autorizaciones, con el fin de realizar nuevos intentos en días posteriores. Durante la visita, se realizó una llamada telefónica para verificar el funcionamiento del número, confirmando que la línea se encuentra activa y en operación, conforme a lo indicado por la referente.

B. OPORTUNIDAD

En relación con el criterio de oportunidad, se verifica que el ítem ***B.1*** "***La IPS realiza la asignación de citas para la valoración multidisciplinaria dentro de un plazo no mayor a diez (10) días hábiles posteriores a la comunicación de la orden, conforme a la normatividad vigente".*** Cumple totalmente. Al respecto, la profesional Hilary Pinto informa que actualmente cuentan con disponibilidad de agenda hasta por dos semanas. Así mismo, señala que la baja demanda que presentan las unidades permite que la agenda no se encuentre completamente ocupada, lo cual facilita la asignación de citas incluso para el día siguiente, de acuerdo con la disponibilidad del usuario y garantizando la oportunidad en la atención.
Para este ítem, se realiza la verificación del agendamiento de citas a través de la base de datos en One Drive que realiza el ingeniero encargado, donde se evidencia que una vez se recibe la orden de la valoración por la SDS proceden a más tardar el día siguiente a programar la cita médica al paciente, sin alcanzar el límite de los diez días establecidos. Así mismo, se indica que actualmente se presenta una disminución en la demanda del servicio, por lo que se mantienen algunos espacios disponibles en la agenda. Cuando estos no son ocupados, el tiempo se destina a que los profesionales desarrollen actividades de educación y charlas informativas dirigidas a los usuarios de la Unidad sobre el procedimiento de certificación de discapacidad.



Frente al ítem, **B.2** "L***a IPS realiza la valoración multidisciplinaria en la fecha programada por el equipo de profesionales definido para el proceso de certificación de discapacidad, con una duración aproximada de cuarenta (40) minutos para el desarrollo de la valoración".*** Cumple totalmente La referente Hilary informa que se realizan 14 valoraciones al día las cuales se desarrollan de manera adecuada por parte del equipo multidisciplinario, sin presentarse dificultades en la atención. Señala, además que la mayoría de los usuarios

asisten cumplidamente a las citas programadas. En relación con la duración de la valoración, indica que el tiempo promedio es de cuarenta (40) minutos por paciente. No obstante, este puede ser menor cuando la condición de salud del usuario permite un desarrollo más ágil del proceso y una adecuada comprensión de la información requerida.

Respecto al ítem ***B.3 "*****La IPS realiza el registro y cargue de la información del proceso de certificación de discapacidad en el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), garantizando la trazabilidad y el reporte oportuno de la información"** se evidencia cumplimiento total. Durante la visita, el equipo multidisciplinario informa que el registro se realiza en tiempo real en SISPRO cada vez que se valora a un usuario. El diligenciamiento de la información en la plataforma está a cargo de la profesional de la Medica. En este punto, se deja recomendación orientada a reforzar el registro completo, claro y coherente de los datos reportados por el usuario, teniendo en cuenta que se han identificado inconsistencias en algunas variables.

Adicionalmente, el equipo refiere que al inicio de la atención se consulta al usuario, o a su acompañante cuando aplica, sobre su autorreconocimiento como persona con discapacidad. Cuando la respuesta es afirmativa, se continúa con el proceso de valoración. En caso contrario, no se da continuidad y se realiza el respectivo registro en la base de datos como "no discapacidad".

En cuanto al ítem: **B.4"La IPS cuenta con un plan de contingencia en caso de presentarse fallas en el cargue de información al Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), mediante el registro temporal de la información en sistemas institucionales y su cargue posterior una vez se restablezca el servicio"** Cumple totalmente**.** El equipo multidisciplinario indica que, cuando se presentan fallas en la plataforma, se recurre al uso de formatos físicos denominados "instrumento para la valoración de limitaciones en las actividades y restricciones en la participación", los cuales se aplican según el ciclo vital del usuario (0 a 2 años, 3 a 5 años y 6 a 17 años y 18+). Estos formatos permiten continuar con la atención sin interrupciones. Una vez se restablece el sistema, la información recolectada es registrada en SISPRO y se continúa con el trámite correspondiente para la expedición del certificado de discapacidad.
Adicionalmente, se informa que el certificado es entregado dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la valoración multidisciplinaria. La IPS brinda la opción de enviarlo por correo electrónico o de ser reclamado de manera presencial en la sede donde se realizó la atención, en horario de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 17:00 p. m.

C. PROCEDIMIENTO EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

Se procede a verificar el ítem ***C.1. El equipo multidisciplinario implementa algún protocolo para la revisión de historia clínica antes de la valoración para el certificado de discapacidad.*** Cumple totalmente

Con el fin de conocer cómo se desarrolla el procedimiento de valoración para la certificación de discapacidad, se solicita al equipo multidisciplinario un espacio previo al inicio de la atención. Durante este encuentro, los profesionales se presentan e informan que el equipo está conformado por un médico general con un año y medio de experiencia, una fisioterapeuta con cuatro años de experiencia y una fonoaudióloga con ocho meses de experiencia, quienes ha participado en la realización de valoraciones para la certificación de discapacidad.

En cuanto a la revisión de la historia clínica, el médico general describe que el proceso se realiza en tres momentos. En un primer momento, se solicita la historia clínica del usuario y se adiciona la información disponible en la plataforma SISPRO, actividad que toma aproximadamente diez (10) minutos antes del ingreso al consultorio. En caso de que el usuario no presente la documentación completa al momento de la cita, se solicita apoyo a la referente Hilary Pinto para verificar la información en la historia clínica adjunta a la orden de valoración emitida por la SDS, facilitando el desarrollo adecuado del proceso. Posteriormente, durante la atención, se aplica el instrumento WHODAS 2.0 de acuerdo con la edad del usuario, indagando sobre las dificultades presentadas en el último mes. Esto permite al equipo contar con información previa para orientar de manera más precisa la valoración. Finalmente, con base en los hallazgos, se realiza la emisión del certificado correspondiente.

Con respecto al ítem: **C.2** ***"El equipo multidisciplinario aplica algún protocolo para la atención de los pacientes y/o familiares antes de iniciar la valoración para el certificado de discapacidad".*** Cumple totalmente. El equipo inicia la atención con el saludo y la presentación al paciente y su acompañante, seguido de una explicación clara y comprensible sobre el procedimiento a realizar. Se hace énfasis en que la información suministrada y los resultados obtenidos serán registrados en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad.
De igual manera, se indaga si el usuario requiere apoyos o ajustes razonables, con el fin de implementarlos oportunamente, ya sea con los recursos disponibles o teniendo en cuenta los solicitados por el mismo. Asimismo, se hace entrega del consentimiento informado para su diligenciamiento y firma por parte del usuario, acompañante o representante.

En el ítem **C.3 "El equipo multidisciplinario comunica el resultado de la valoración a los usuarios no certificados, garantizando información clara, resolución de inquietudes y orientación sobre los mecanismos disponibles, conforme a los lineamientos establecidos.".** Cumple totalmente. Una vez emitida la decisión, cuando el usuario no cumple con los criterios para la certificación, el equipo procede a comunicar el resultado de manera clara y oportuna al usuario o a su persona de apoyo. Durante este proceso, se explican las razones clínicas y funcionales que sustentan la decisión, en coherencia con la valoración realizada. Igualmente, se resuelven inquietudes y se verifica que la información haya sido comprendida.

Finalmente se verifica el ítem **C.4** ***"El equipo multidisciplinario cuenta con alguna observación, recomendación para mejorar la implementación del procedimiento de certificación de discapacidad"*** Cumple totalmente***.*** El equipo multidisciplinario resalta la importancia de fortalecer la sensibilización dirigida tanto a los usuarios como a sus acompañantes, enfatizando que la certificación de discapacidad debe partir del reconocimiento y la voluntad de la persona. Asimismo, señalan que en varios casos la historia clínica no se encuentra disponible en el sistema de la IPS o está incompleta, lo que dificulta realizar una valoración integral.

Adicionalmente, indican que en algunas órdenes se sigue la modalidad de atención definida en la autorización, lo que ha ocasionado que usuarios con limitaciones de movilidad sean citados para atención intramural. Frente a estas situaciones, el equipo ha comenzado a llevar un registro interno de los casos en los que faltan soportes, dejando constancia mediante nota de junta.

La líder de la Unidad recomienda avanzar en la implementación de la estrategia de "cero papeles", promoviendo la digitalización de los procesos y la reducción del uso de documentos físicos. Así mismo, sugiere fortalecer la entrega del certificado de discapacidad a través de medios electrónicos, como el envío por correo electrónico al usuario. Ante esta recomendación, la funcionaria de la SDS manifiesta que será elevada para su respectiva revisión y análisis. No obstante, aclara que, hasta el momento, esta solicitud no había sido notificada formalmente. Así mismo, se precisa que actualmente al usuario se le solicita la historia clínica en medio físico para el desarrollo del proceso.

D.PERCEPCION SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Con respecto a este criterio, se indaga con la Profesional el Ítem **D.1** ***Manejo de principales motivos de PQRS presentadas por los usuarios durante la atención brindada para la valoración de discapacidad. Se implementan estrategias para reducir los motivos de inconformidad presentada por los usuarios.*** Cumple totalmente. La referente informa que, hasta el momento no se han presentado PQRS relacionadas con el procedimiento de certificación de discapacidad. No obstante, se continúan brindando charlas informativas a los usuarios en sala de espera con el fin de lograr una mayor comprensión sobre el proceso de acceso a la valoración de discapacidad, así como para resolver dudas e inquietudes que se generen al respecto.

Para la verificación del ítem ***D.2 "Se realizan preguntas a los usuarios para conocer la percepción durante la valoración de discapacidad realizada.***

1. ¿Cómo se sintió durante la valoración realizada por el equipo multidisciplinario?
2. ¿Le explicaron adecuadamente los resultados de la valoración y el paso a seguir?
3. ¿Debió esperar más tiempo del previsto para ser atendido?
4. ¿En el momento de agendarle la cita para la valoración le brindaron varias opciones disponibles?
5. ¿Contó con apoyo del personal administrativo si lo necesitó para su movilidad o acompañamiento? "

De esta manera, se logra abordar dos usuarias mayores de edad, antes y después de su salida del consultorio, quienes brindan información respecto a la percepción de la valoración realizada. Para ello, se les solicita asignar una calificación a cada pregunta, utilizando las categorías de Muy Buena, Buena o Regular, según corresponda.

Evidenciando que las siguientes respuestas:
1.Consideran que se sintieron muy bien atendidos por parte del equipo multidisciplinario, trato cálido. ***Muy bueno.***
2. Informan que fueron certificadas con discapacidad y les brindaron información clara sobre los resultados de la valoración y la importancia de conservar el certificado, y en caso de pérdida pueden solicitar una copia ante la SDS. ***Muy bueno.***
3. Informan que la cita la tenían agendada a las 9:00 am y 9:40 am y atendidos a tiempo. ***Bueno.***
4. Manifiesta que cuando fueron contactados para la programación de la consulta les brindaron varias opciones de fechas de acuerdo con sus necesidades y manejo de tiempos. ***Muy bueno.***
5. Indica no requirieron apoyo del personal administrativo para la orientación y desplazamiento del proceso de valoración, ya que fueron orientados por el guarda de seguridad del primer piso cuando ingresaron a la USS. ***Muy bueno.***

De acuerdo a los criterios verificados, se presenta el resultado de la visita, donde se evidencia que la USS Usaquén cumple en un 98% con los criterios de accesibilidad, oportunidad, procedimiento equipo multidisciplinario y percepción satisfacción del usuario, siendo un porcentaje satisfactorio.

RESULTADO DE LA VISITA					
ÍTEM	CRITERIO	NUMERO DE PREGUNTAS	INCIDENCIA POR CRITERIO	RESULTADO PROMEDIO POR CRITERIO	PORCENTAJE PONDERADO DE CUMPLIMIENTO
A	ACCESIBILIDAD	5	31,25%	4,6	92%
B	OPORTUNIDAD	4	25,00%	5	100%
C	PROCEDIMIENTO EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO	5	31,25%	5	100%
D	SATISFACCION DEL USUARIO	2	12,50%	5	100%
TOTAL		16	100,00%	4,88	98%

SATISFACTORIO SUPERIOR AL 90%	SE CUMPLE CON LO ESPERADO DEL PROCESO
ACEPTABLE ENTRE EL 61% AL 89%	SE CUMPLE PARCIALMENTE Y REQUIERE SEGUIMIENTO EN LOS ÍTEM QUE NO CUMPLEN
INSATISFACTORIO INFERIOR AL 60%	NO CUMPLE Y REQUIERE SEGUIMIENTO PRIORIZADO

De esta manera, siendo las 10:35 pm se da por terminado el seguimiento integral al procedimiento de certificación de discapacidad en la Unidad de Servicios de Salud Usaquén. Se dejan las recomendaciones a la profesional Hilary Pinto, Líder del proceso de certificación de discapacidad, con el fin que sean socializadas al interior de la USS y se implementen las acciones de mejora correspondientes para ser validadas en el segundo semestre 2026.

Se agradece a la profesional por el espacio dispuesto para la verificación del seguimiento en la implementación del procedimiento de certificación de discapacidad que contribuyen al mejoramiento continuo del proceso, conforme a lo establecido en la normatividad vigente.

COMPROMISOS*

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA
Implementar señalización institucional visible desde el ingreso que permita identificar el	Subred Norte	Segundo semestre 2026

servicio de certificación y ubicación de consultorios.		
Incorporar elementos de accesibilidad para personas con discapacidad sensorial.	Subred Norte	Segundo semestre 2026
Fortalecer el diligenciamiento de la información registrada en SISPRO.	Subred Norte	Segundo semestre 2026
Elevar formalmente la propuesta de digitalización del proceso y el envío electrónico del certificado de discapacidad.	Líder del proceso SDS	Segundo semestre 2026

REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO	TELÉFONO	DIRECCIÓN/ OFICINA/ ENTIDAD	FIRMA
5	[redacted]				
6				Norte	
7					
8					
9					

ASISTENTES

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

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

Evaluación y cierre de la reunión

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

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

Tema: Seguimiento técnico, financiero y de calidad del proceso de certificación de discapacidad en las IPS certificadoras de Bogotá, con énfasis en la ejecución contractual, la optimización de la demanda y el fortalecimiento de la calidad del dato en el RLCPD.

Dependencia (Dirección / Oficina)	**Proceso**
DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	GESTIÓN DE TRÁMITES A LA CIUDADANÍA

Objetivo	Fecha: 17 de abril 2026			
Fortalecer la gestión integral del proceso de certificación de discapacidad en las Subredes Integradas de Servicios de Salud del Distrito Capital, mediante el seguimiento técnico, financiero y operativo a la ejecución contractual, la mejora continua en la calidad del dato registrado en el módulo RLCPD del SISPRO, la optimización de la capacidad instalada y la articulación interinstitucional, con el fin de garantizar la oportunidad, calidad, trazabilidad y acceso efectivo de la población a este procedimiento como mecanismo de inclusión y garantía de derechos.	Tipo de reunión	Asistencia Técnica: Asesoría ( ) Capacitación ( ) Orientación ( ) Acompañamiento ( )		
		Otro (X) _____		
	Modalidad:	Presencial ( )	Virtual (X)	Mixta ( )
	Lugar: Virtual			
	Hora Inicio: 9: 00 am Hora Fin: 12: 30 pm			
	Notas por: Bady Heredia			
	Próxima Reunión: A concertar			
	Quien cita: Líder Equipo Funcional de Certificación de Discapacidad			

TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS *

Verificación De Asistentes

Se Realiza La Verificación De Asistencia De Las Subredes Integradas De Servicios De Salud:

- Subred Norte: Hilary Pinto, Yesenia Espiquia
- Subred Sur: María Del Mar Lara
- Subred Suroccidente: Tatiana Cortés, Mariana Ibáñez
- Subred Centro Oriente: Alexandra Hernández Y Néstor Fernández
- Secretaría Distrital De Salud: Equipo Funcional Completo

La Doctora Linda Ariza, Directora De Provisión De Servicios De Salud, resalta que el proceso de certificación de discapacidad:

- No Debe Entenderse Como Un Trámite Administrativo
- Representa Un Mecanismo De Acceso A Derechos Para La Población
- Permite La Inclusión Social Y El Mejoramiento De La Calidad De Vida

Se Destaca La Necesidad De:

- Caracterizar La Población Con Discapacidad En Bogotá
- Fortalecer La Búsqueda Activa De Usuarios
- Articular El Proceso Con El Modelo “Más Bienestar”

Objetivos Específicos

- Verificar el estado de ejecución de las autorizaciones emitidas por la Secretaría Distrital de Salud, con el fin de identificar causas de no ejecución y garantizar su oportuna programación o cierre.
- Evaluar la ejecución financiera de los recursos asignados (Fondo Financiero Distrital de Salud y Ministerio de Salud y Protección Social), con el propósito de optimizar su uso y evitar la pérdida de recursos por vencimiento de plazos contractuales.
- Analizar la producción de valoraciones realizadas por las subredes, considerando su distribución por fuente de financiación y comportamiento mensual, para fortalecer la planeación operativa del servicio.
- Identificar inconsistencias en el cumplimiento de las obligaciones contractuales (5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11) y establecer acciones de mejora orientadas a garantizar la calidad y coherencia de los informes presentados.
- Fortalecer la calidad del dato en el registro de la información en el módulo RLCPD del SISPRO, mediante la validación de variables críticas como localidad, correo electrónico y coherencia clínica de la valoración.
- Implementar estrategias de capacitación y asistencia técnica dirigidas a los equipos multidisciplinarios, orientadas a mejorar el diligenciamiento de la información y la aplicación del instrumento de valoración.
- Optimizar el uso de la capacidad instalada de las subredes, mediante el análisis de la demanda del servicio y la implementación de estrategias como telemedicina, búsqueda activa y fortalecimiento de la captación de usuarios.
- Fortalecer la calidad de las historias clínicas como insumo fundamental del proceso de certificación, promoviendo la articulación con los profesionales de salud para garantizar diagnósticos claros, completos y con códigos CIE-10.
- Reducir los reprocesos asociados a devoluciones de solicitudes y segundas opiniones, mediante la mejora en la coherencia clínica y funcional de las valoraciones realizadas por los equipos multidisciplinarios.
- Promover la articulación entre las subredes y la Secretaría Distrital de Salud para consolidar estrategias conjuntas que permitan ampliar la cobertura, mejorar la calidad del servicio y garantizar el acceso de la población en condición de discapacidad.

SEGUIMIENTO – SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

En el marco del seguimiento al contrato de prestación de servicios para el procedimiento de certificación de discapacidad, y con base en la revisión del informe correspondiente al periodo comprendido entre el 13 de marzo y el 12 de abril de 2026, se identificaron los siguientes hallazgos asociados a la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente:

En primer lugar, se evidenció la existencia de autorizaciones pendientes por ejecución, correspondientes a un total de 51 casos, asociados principalmente a situaciones como inasistencias de los usuarios, hospitalizaciones, atenciones en modalidad domiciliaria, registros inefectivos, un caso de usuario fallecido y un número significativo de autorizaciones recientemente expedidas que se encuentran en proceso de agendamiento. Si bien estas causales explican parcialmente el rezago, se hace necesario fortalecer las estrategias de seguimiento y contacto efectivo con los usuarios para garantizar la oportunidad en la prestación del servicio.

En segundo lugar, en el análisis de la capacidad instalada, se identificó que la subred opera actualmente con una única unidad funcional, lo cual ha generado variaciones en el uso de la capacidad, evidenciando en algunos periodos subutilización y en otra sobrecarga del servicio. Adicionalmente, se determinó que, aun con la habilitación de una segunda unidad, no se alcanzaría el nivel óptimo de ocupación, situación que se encuentra directamente relacionada con la disminución de la demanda del servicio en el territorio.

En tercer lugar, en relación con la calidad del dato, se identificaron inconsistencias en el registro de la información en la plataforma SISPRO (RLCPD), principalmente asociadas a errores en la digitación de correos electrónicos, tales como dominios incompletos o mal escritos, así como inconsistencias que afectan la confiabilidad, trazabilidad y oportunidad de la información. Estas situaciones evidencian la necesidad de fortalecer los procesos de validación y verificación previa por parte del equipo multidisciplinario antes del cierre de cada registro.

Así mismo, se identificaron debilidades en la coherencia clínica y funcional de algunos registros, particularmente en un caso analizado donde, pese a la presencia de diagnósticos que afectan la movilidad (como discrepancia en la longitud de miembros inferiores y alteraciones osteomusculares), no se registraron adecuadamente las limitaciones en el dominio de movilidad dentro de la valoración funcional. Esta situación refleja inconsistencias en la aplicación del instrumento de valoración, lo cual puede impactar la precisión del resultado final del proceso de certificación.

Adicionalmente, se evidenció que las actividades de socialización y orientación, tanto a usuarios como al talento humano, no presentan el nivel de especificidad requerido en los soportes, dado que los registros de asistencia no detallan los temas abordados ni permiten verificar el alcance de las actividades realizadas. Esto limita la trazabilidad de las acciones de sensibilización y su impacto en el fortalecimiento del proceso.

Finalmente, se identificó la necesidad de mejorar la oportunidad en el reporte de novedades relacionadas con el proceso de certificación, en especial aquellas que afectan la ejecución de las valoraciones, con el fin de garantizar un seguimiento oportuno por parte de la supervisión del contrato.

En conclusión, si bien la Subred Centro Oriente ha avanzado en la ejecución del proceso de certificación de discapacidad, persisten oportunidades de mejora en aspectos relacionados con la gestión de autorizaciones, optimización de la capacidad instalada, calidad y coherencia del dato, así como en el fortalecimiento de las estrategias de socialización y seguimiento operativo, elementos clave para garantizar la eficiencia, calidad y confiabilidad del proceso.

Seguimiento – subred integrada de servicios de salud sur

En el marco del seguimiento al proceso de certificación de discapacidad y la revisión de los informes presentados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, se identificaron los siguientes hallazgos y aspectos relevantes:

En primer lugar, frente al estado de ejecución de las autorizaciones emitidas, se evidenció que, con corte al 14 de abril de 2026, se encuentran pendientes por realizar un total de 56 valoraciones, de las cuales 54 corresponden a recursos del Ministerio de Salud y Protección Social y 2 a recursos del Fondo Financiero Distrital de Salud. Esta situación evidencia la necesidad de fortalecer el seguimiento a la gestión de dichas autorizaciones, con el fin de garantizar su oportuna ejecución y evitar rezagos en el proceso.

Así mismo, se hace necesario que la subred refuerce las estrategias de contacto efectivo con los usuarios, teniendo en cuenta que parte de estas valoraciones pendientes pueden estar asociadas a dificultades en la localización, inasistencias o demoras en el agendamiento. En este sentido, se recomienda implementar acciones de seguimiento más rigurosas que permitan optimizar la programación y ejecución de las valoraciones.

Por otra parte, en el análisis de los informes contractuales, se identificaron oportunidades de mejora en el diligenciamiento y consistencia de la información reportada en los anexos correspondientes a las obligaciones contractuales, particularmente

en lo relacionado con la coherencia de los registros, el reporte completo de las variables y la correspondencia entre la información registrada y los soportes adjuntos. Estas inconsistencias, aunque en su mayoría corresponden a errores de digitación o de registro, afectan la calidad del dato y la confiabilidad de la información reportada.

Adicionalmente, se evidencian debilidades en la calidad del registro de la información en la plataforma SISPRO (módulo RLCPD), especialmente en variables sensibles como el correo electrónico, donde se presentan errores en la digitación, dominios incompletos o mal escritos, lo cual puede generar dificultades en la comunicación con los usuarios y afectar la trazabilidad del proceso.

De igual manera, se identifica la necesidad de fortalecer la validación previa de la información por parte del equipo multidisciplinario antes del cierre de cada registro, con el propósito de garantizar la coherencia entre las variables diligenciadas y evitar inconsistencias que posteriormente no puedan ser corregidas dentro de los tiempos establecidos por el sistema.

En cuanto a las actividades de socialización y orientación, se observa la importancia de mejorar la calidad de los soportes documentales, asegurando que estos incluyan información clara sobre los temas abordados, población objetivo y alcance de las actividades realizadas, lo cual permitirá una mejor trazabilidad y evaluación del impacto de estas acciones.

Finalmente, se resalta la necesidad de fortalecer los procesos de control interno y revisión de la información antes de la entrega de los informes a la Secretaría Distrital de Salud, con el fin de garantizar el cumplimiento de las obligaciones contractuales y la calidad de la información reportada.

En conclusión, aunque la Subred Sur ha avanzado en la ejecución del proceso de certificación de discapacidad, se identifican oportunidades de mejora en la gestión de autorizaciones, calidad del dato, coherencia de los registros y fortalecimiento de los procesos de seguimiento y control, aspectos fundamentales para garantizar la eficiencia, oportunidad y calidad del servicio prestado.

Seguimiento – subred integrada de servicios de salud norte

En el marco del seguimiento al proceso de certificación de discapacidad y la revisión del quinto informe contractual presentado por la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte, se realizó el análisis de la ejecución técnica, financiera y de calidad del dato, identificando los siguientes aspectos relevantes:

En relación con la ejecución de los recursos, se evidencia que la subred cuenta con dos fuentes de financiación: recursos propios del fondo financiero distrital de salud y recursos del ministerio de salud y protección social. Con corte al 16 de abril de 2026, se observa un avance en la ejecución; sin embargo, persiste un saldo significativo por ejecutar, especialmente en los recursos del ministerio, los cuales cuentan con un tiempo limitado de ejecución. Esta situación implica la necesidad de intensificar las acciones operativas y administrativas orientadas a garantizar el cumplimiento del 100% de la ejecución dentro de los plazos establecidos.

En cuanto a la gestión de autorizaciones, se identificó un total de 119 autorizaciones pendientes de ejecución, de las cuales 114 corresponden a recursos del ministerio y 5 a recursos del fondo financiero distrital. Se resalta la importancia de realizar un seguimiento detallado al estado de estas autorizaciones, especialmente aquellas correspondientes a meses anteriores, con el fin de establecer las causas de no ejecución y, de ser necesario, adelantar procesos de anulación conforme a la normatividad vigente.

Respecto a la producción de servicios, se evidencia que la subred ha realizado un total de 1.280 valoraciones entre el 20 de enero y el 16 de abril de 2026, distribuidas entre ambas fuentes de financiación. No obstante, se identifica la necesidad de mantener y fortalecer el ritmo de ejecución, considerando el volumen de recursos aún disponibles y el tiempo restante para su utilización.

En el análisis de los informes contractuales, particularmente del quinto informe correspondiente al periodo del 7 de marzo al 6 de abril de 2026, se identificaron inconsistencias en el cumplimiento de algunas obligaciones contractuales. En la obligación número 6, relacionada con la certificación de cumplimiento expedida por el revisor fiscal, se evidenció inicialmente que el documento aportado no correspondía al periodo evaluado; sin embargo, esta situación fue subsanada oportunamente mediante el envío de la certificación actualizada.

De igual forma, en los anexos correspondientes a las obligaciones 7 y 8, se identificaron registros incompletos, específicamente en variables como la fecha de agendamiento y la fecha de valoración. Estas inconsistencias fueron corregidas por la subred en los tiempos establecidos, evidenciando capacidad de respuesta frente a los requerimientos realizados por la Secretaría Distrital de Salud.

Así mismo, se evidenció que en la totalidad de los registros reportados inicialmente no se encontraba diligenciada la variable correspondiente al resultado de la valoración. Esta situación fue subsanada mediante el ajuste y completitud de la información en los 74 registros reportados, lo cual permitió dar cumplimiento a lo requerido.

En relación con la obligación número 11, asociada a las actividades de orientación e información a los usuarios, se identificó que los soportes inicialmente presentados no correspondían al periodo reportado y no incluían el acta respectiva. No obstante, la subred realizó el ajuste correspondiente, remitiendo el formato corregido y el soporte documental, dando cumplimiento a la obligación.

En cuanto a la calidad del dato en el sistema de información SISPRO – módulo RLCPD, se evidencian avances significativos en la mejora del registro de la variable localidad de residencia. En el periodo analizado, se identificó únicamente un error en 532 valoraciones revisadas, lo que corresponde a un nivel de cumplimiento del 99,81%, reflejando el impacto positivo de las acciones de capacitación y seguimiento implementadas.

No obstante, persisten oportunidades de mejora en el registro de la variable de correo electrónico, donde se identificaron inconsistencias relacionadas con errores de digitación, uso de caracteres no permitidos, dominios incompletos o incorrectos y presencia de espacios indebidos. Estas situaciones afectan la trazabilidad del proceso y la posibilidad de contacto efectivo con los usuarios, por lo que se recomienda fortalecer los procesos de validación de la información antes de su registro definitivo.

Adicionalmente, se resalta la importancia de implementar controles internos por parte de los equipos multidisciplinarios, orientados a la verificación de la coherencia y completitud de la información antes del cierre de cada registro en el sistema, teniendo en cuenta que los tiempos para realizar ajustes posteriores son limitados.

En conclusión, la Subred Norte presenta avances importantes en la ejecución del proceso de certificación de discapacidad y en la mejora de la calidad del dato; sin embargo, se identifican retos en la ejecución oportuna de los recursos, la gestión de autorizaciones pendientes y el fortalecimiento de los procesos de control y validación de la información, aspectos clave para garantizar la eficiencia, oportunidad y calidad del servicio prestado.

Seguimiento Técnico Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

En el marco de la reunión de IPS certificadoras de discapacidad, se presentó el seguimiento al contrato correspondiente a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, con el propósito de analizar la ejecución técnica, financiera y la calidad del dato en el proceso de certificación de discapacidad.

- **Ejecución contractual y recursos**

Se informó que el contrato cuenta con una fecha de inicio del 6 de noviembre de 2025 y una fecha de finalización del 5 de julio de 2026, para un total de ocho (8) meses de ejecución.

En cuanto a los recursos disponibles para la vigencia 2026, se identifican dos fuentes de financiación:

- **Fondo Financiero Distrital de Salud:** $273.388.269
- **Ministerio de Salud y Protección Social (Resolución 1752 de 2025):** $420.156.024

Se resalta que los recursos del Ministerio tienen como fecha límite de ejecución el **30 de junio de 2026**, sin posibilidad de prórroga, lo que implica la necesidad de optimizar su ejecución en el tiempo restante.

Capacidad instalada y ejecución del servicio

Para el mes de marzo, la Subred ofertó un total de **566 valoraciones**, de las cuales se ejecutaron **467 valoraciones**, distribuidas así:

- 204 con cargo al Fondo Financiero Distrital
- 263 con cargo a recursos del Ministerio

Lo anterior representa una utilización del 82,5% de la capacidad instalada.

Se evidenció una disminución en la demanda del servicio, lo cual ha generado disponibilidad en los equipos multidisciplinarios sin asignación de usuarios.

Valoraciones realizadas

Con corte al 16 de abril de 2026, se reporta un total de:

- 925 valoraciones con recursos del Ministerio (69%)
- 420 valoraciones con recursos del Fondo Financiero (31%)

Para un total de 1.345 valoraciones realizadas.

Autorizaciones emitidas y pendientes

Se han emitido 1.482 autorizaciones, distribuidas de la siguiente manera:

- 430 con cargo al Fondo Financiero Distrital
- 1.052 con cargo al Ministerio

Se identifican 137 autorizaciones pendientes por ejecutar, de las cuales:

- 10 corresponden al Fondo Financiero
- 127 al Ministerio

Se solicita a la Subred realizar seguimiento a estos casos, considerando que representan aproximadamente una semana de capacidad operativa.

Hallazgos en informe de febrero

En la revisión del informe correspondiente al periodo del 6 de febrero al 5 de marzo, se identificaron los siguientes hallazgos:

- Obligación No. 5:
  Se evidenció inconsistencia entre el número de autorizaciones reportadas (82) frente a las autorizaciones remitidas (200), lo cual fue posteriormente corregido.
- Obligación No. 7:
  Se identificaron errores en el diligenciamiento de variables, entre ellos:

- Incoherencia entre resultado de valoración y entrega de certificado.
- Campos sin diligenciar (segunda opinión).
- Fechas erróneas (año 2025 en lugar de 2026).
- Uso de caracteres no válidos.

- Obligación No. 9:
  Se adjuntó un soporte que no correspondía a la obligación. Se indicó reclasificarlo en la obligación No. 10 (actividades de sensibilización al talento humano).

Seguimiento informe de marzo

Para el periodo del 6 de marzo al 5 de abril de 2026, se identificaron dos observaciones principales:

- Obligación No. 5: diferencia de un registro en el número de autorizaciones reportadas.
- Obligación No. 6: no se evidenció el envío oportuno de la disponibilidad de agenda dentro de los tiempos establecidos.

Ambas observaciones fueron subsanadas oportunamente.

Se resalta una mejora significativa en el diligenciamiento de las obligaciones contractuales.

Calidad del dato en SISPRO (RLCPD)

Se realizó validación de calidad del dato para el periodo comprendido entre el 28 de febrero y el 31 de marzo de 2026, identificando:

Variable localidad:

- 1 inconsistencia en 427 registros (registro de dirección en lugar de localidad).

correo electrónico:

- 7 registros con inconsistencias (1,6%), relacionadas con:
  - Dominios incompletos
  - Espacios indebidos
  - Campos vacíos

Coherencia del registro:

- 2 inconsistencias (0,4%) relacionadas con:
  - Registro de discapacidad sin certificación
  - Incongruencia entre categorías y niveles de desempeño

Se destaca un caso relevante de posible subregistro de discapacidad (microtia congénita), que podría generar solicitud de segunda opinión.

Conclusiones técnicas

- Se evidencia avance en la calidad del dato y en el cumplimiento de obligaciones contractuales.
- Persisten oportunidades de mejora en el diligenciamiento de información y coherencia de registros.
- La disminución en la demanda impacta la utilización de la capacidad instalada.
- Es necesario fortalecer la revisión previa de la información antes del cargue en SISPRO.

◆ **Recomendaciones**

- Fortalecer la capacitación del talento humano en calidad del dato.
- Implementar mecanismos de validación previa antes del registro en plataforma.
- Ajustar formatos de socialización dirigidos al talento humano.
- Realizar seguimiento a autorizaciones pendientes.
- Promover estrategias para aumentar la demanda del servicio.

En el desarrollo de la reunión, la doctora Beatriz Helena Guerrero Africani inició con la verificación de asistencia de las subredes, confirmando la participación de los representantes de cada una de ellas, así como del equipo de la Secretaría Distrital de Salud. Posteriormente, dio apertura formal al espacio, destacando la importancia del seguimiento a los contratos de certificación de discapacidad y la necesidad de avanzar en la revisión de la ejecución técnica y financiera del proceso.

Durante su intervención, enfatizó que los informes presentados por las subredes deben ser ajustados de manera oportuna, reiterando que el objetivo es contar con documentos completos, consistentes y aprobados en un plazo no mayor a una semana, conforme a la dinámica de seguimiento establecida.

En relación con la Subred Norte, reconoció la mejora significativa en el proceso, especialmente en la calidad del dato, resaltando el esfuerzo del equipo y el impacto positivo de las acciones de fortalecimiento implementadas. No obstante, señaló la importancia de mantener el control en aspectos críticos como la verificación de la fuente de financiación, con el fin de evitar inconsistencias en el registro de la información en SISPRO.

Así mismo, hizo énfasis en la relevancia de la calidad del dato, indicando que los errores en los registros son difíciles de corregir una vez cargados en el sistema, debido a las limitaciones de tiempo establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual solo permite ajustes dentro de un periodo máximo de 48 horas. En este sentido, advirtió que inconsistencias en la información pueden afectar no solo la trazabilidad del proceso, sino también la calidad de los análisis estadísticos y la toma de decisiones institucionales.

De igual manera, destacó que la Subred Norte concentra la mayor demanda del servicio en la ciudad, lo cual implica una mayor responsabilidad en la gestión operativa y en el control de la información registrada. También mencionó que, si bien se presentó una disminución temporal en la demanda de certificación, esta ha comenzado a recuperarse, lo que se refleja en el aumento reciente en el número de autorizaciones enviadas.

Adicionalmente, indicó que actualmente las solicitudes de certificación están siendo direccionadas a la subred correspondiente según el lugar de residencia del usuario, y que las autorizaciones se están asignando prioritariamente con cargo a los recursos del Ministerio de Salud, dada la limitación en los tiempos de ejecución de estos recursos.

En otro momento de la reunión, al analizar los casos presentados por la Subred Sur Occidente, la doctora Guerrero fue enfática en señalar la gravedad de los errores identificados en la coherencia de la valoración, indicando que estos constituyen fallas significativas en el ejercicio del equipo multidisciplinario. Señaló que este tipo de inconsistencias pueden derivar en reprocesos, como la solicitud de segundas opiniones, generando costos adicionales para el sistema y afectando la confianza del usuario en el proceso.

Particularmente, resaltó un caso relacionado con diagnóstico de microtia, indicando que se trata de una condición congénita evidente que debió haber sido correctamente valorada y certificada. En este sentido, enfatizó la responsabilidad de los profesionales al momento de registrar y firmar la información, señalando que deben verificar cuidadosamente los datos consignados antes de su validación final.

Así mismo, indicó que estos errores no solo afectan la calidad del proceso, sino que también tienen implicaciones

económicas para el sistema de salud, al generar la necesidad de realizar nuevas valoraciones que podrían haberse evitado con un adecuado diligenciamiento inicial.

Durante la discusión con la Subred Centro Oriente, destacó la importancia de este tipo de espacios de retroalimentación, señalando que permiten identificar oportunidades de mejora tanto para las subredes como para la Secretaría Distrital de Salud. Reconoció la pertinencia de las observaciones realizadas por los profesionales de la subred, especialmente en lo relacionado con la subjetividad en la aplicación del instrumento de valoración y las dificultades asociadas a la calidad de las historias clínicas.

En este contexto, abordó una de las problemáticas más críticas del proceso, relacionada con la calidad de las historias clínicas, indicando que aproximadamente el 30% de las solicitudes deben ser devueltas, y que, de estas, cerca del 95% presentan inconsistencias en la historia clínica. Señaló que estas deficiencias incluyen diagnósticos incompletos, ausencia de códigos CIE-10, falta de descripción clínica adecuada y documentos que no reflejan de manera clara la condición del usuario.

Ejemplificó situaciones frecuentes en las que las historias clínicas no contienen información suficiente para soportar el proceso de certificación, como en casos de hipoacusia sin descripción del uso de ayudas auditivas, o pacientes con síndrome de Down sin registro explícito del diagnóstico en la historia clínica. Estas situaciones generan reprocesos, retrasos y barreras en el acceso al procedimiento.

Finalmente, hizo un llamado a fortalecer la articulación entre las subredes y la Secretaría Distrital de Salud, especialmente en lo relacionado con la sensibilización de los profesionales de salud responsables de la elaboración de las historias clínicas, con el fin de mejorar la calidad de la información desde el origen y facilitar el proceso de certificación.

Concluyó resaltando la importancia de trabajar de manera conjunta en la mejora continua del proceso, reconociendo las dificultades existentes, pero también la disposición de todos los actores para construir soluciones que beneficien a la población en condición de discapacidad.

COMPROMISOS GENERADOS DURANTE LA REUNIÓN

En el marco del seguimiento al proceso de certificación de discapacidad, se establecen los siguientes compromisos por parte de las subredes y la Secretaría Distrital de Salud:

- Verificar el estado de las autorizaciones pendientes de ejecución, identificando las causas de no realización y gestionar su programación o anulación conforme a la normatividad vigente.
- Realizar seguimiento continuo a las autorizaciones emitidas, con el fin de garantizar su ejecución oportuna dentro de los tiempos establecidos.
- Fortalecer los procesos de validación de la información antes de su registro en la plataforma SISPRO, con el propósito de evitar inconsistencias en las variables diligenciadas.
- Corregir de manera oportuna las inconsistencias identificadas en los informes contractuales y en los anexos correspondientes a las obligaciones 5, 6, 7, 8 y 11.
- Diligenciar de forma completa y coherente todas las variables requeridas en las matrices de seguimiento, incluyendo fechas de agendamiento, valoración y resultado del proceso.
- Validar la calidad del dato registrado en el módulo RLCPD, especialmente en variables críticas como localidad de residencia y correo electrónico.
- Utilizar herramientas tecnológicas de georreferenciación para verificar la correcta asignación de la localidad de residencia de los usuarios.

- Capacitar al talento humano de los equipos multidisciplinarios en el adecuado registro de la información y en la aplicación del instrumento de valoración.
- Implementar controles internos para revisar la coherencia de la información antes del cierre de cada registro en el sistema.
- Evitar errores en el diligenciamiento de correos electrónicos, garantizar su correcta estructura y validar dominios antes del registro.
- Revisar los casos identificados con inconsistencias en la certificación, especialmente aquellos que pueden derivar en segundas opiniones, y definir acciones correctivas con los equipos responsables.
- Diseñar e implementar planes de mejora dirigidos a los equipos multidisciplinarios, con el fin de reducir errores en la valoración y en el registro de la información.
- Socializar los hallazgos identificados con los equipos de trabajo, con el propósito de prevenir la recurrencia de errores.
- Mejorar la calidad de las historias clínicas, solicitar diagnósticos claros con códigos CIE-10 y garantizar que la información clínica soporte adecuadamente el proceso de certificación.
- Fortalecer las estrategias de captación de usuarios y aumentar la demanda del servicio mediante actividades de socialización y búsqueda activa.
- Reportar oportunamente a la Secretaría Distrital de Salud las novedades relacionadas con el proceso de certificación.
- Optimizar el uso de la capacidad instalada, ajustar la oferta de servicios y garantizar la eficiencia operativa de los equipos.
- Articular acciones entre las subredes y la Secretaría Distrital de Salud para mejorar la calidad del proceso y garantizar el acceso oportuno de la población al procedimiento de certificación.

COMPROMISOS*

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA

REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO	TELÉFONO	DIRECCIÓN/ OFICINA/ ENTIDAD	FIRMA
1	[redacted]				

2	
8	

ASISTENTES

Anexo listado de asistencia SDS-PYC-FT-002.

Nota: Cuando la asistencia es igual o superior a 10 personas, se debe hacer uso del formato Listado de asistencia a reuniones SDS-PYC-FT-002, según lineamiento SDS-PYC-LN-011

Evaluación y cierre de la reunión

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

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

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

1. Resumen						
Título de la reunión	Reunión IPS Certificadoras de Discapacidad 17 abril 20					
Participantes que asistieron	22					
Hora de inicio	4/17/26, 8:56:00 AM					
Hora de finalización	4/17/26, 12:21:46 PM					
Duración de la reunión	3 h 25 min 46s					
Tiempo medio de asistencia	2 h 14 min 14s					
2. Participantes						
Nombre	Primera entr	Última salid	Duración			
[redacted]	/17/26, 8:56	4/17/26, 12:1	3 h 18 min			
	/17/26, 8:56	4/17/26, 12:0	3 h 11 min			
	/17/26, 8:58	4/17/26, 12:0	3 h 5 min			
	/17/26, 8:59	4/17/26, 12:2	3 h 15 min			
	/17/26, 9:00	4/17/26, 10:0	1 h 1 min			
	/17/26, 9:02	4/17/26, 12:0	3 h 5 min			
	/17/26, 9:02	4/17/26, 11:4	2 h 37 min			
	/17/26, 9:03	4/17/26, 12:0	3 h 4 min			
	/17/26, 9:04	4/17/26, 11:3	2 h 28 min			
	/17/26, 9:04	4/17/26, 12:1	3 h 10 min			
	/17/26, 9:05	4/17/26, 12:1	3 h 7 min			
	/17/26, 9:06	4/17/26, 11:3	2 h 31 min			
	/17/26, 9:07	4/17/26, 12:1	3 h 3 min			
	/17/26, 9:08	4/17/26, 12:0	2 h 59 min			
	/17/26, 9:08	4/17/26, 12:0	2 h 57 min			
	/17/26, 9:09	4/17/26, 9:51	41 min 41s			
	/17/26, 9:14	4/17/26, 9:25	10 min 21s			
	/17/26, 9:17	4/17/26, 11:2	2 h 12 min			
	/17/26, 9:52	4/17/26, 9:56	4 min 18s			
	/17/26, 9:57	4/17/26, 12:1	2 h 18 min			
	/17/26, 9:59	4/17/26, 10:3	33 min 11s			
	/17/26, 12:0	4/17/26, 12:1	14 min 45s			
	lora de entr	Hora de sali	Duración			
	/17/26, 8:56	4/17/26, 12:1	3 h 18 min			
	/17/26, 8:56	4/17/26, 12:0	3 h 11 min			
	/17/26, 8:58	4/17/26, 10:2	1 h 24 min			
	/17/26, 10:2	4/17/26, 10:3	3 min 53s			
	/17/26, 10:3	4/17/26, 12:0	1 h 36 min			
	/17/26, 8:59	4/17/26, 9:10	10 min 55s			
	/17/26, 9:17	4/17/26, 12:2	3 h 4 min			
	/17/26, 9:00	4/17/26, 10:0	1 h 1 min			
	/17/26, 9:02	4/17/26, 12:0	3 h 5 min			
	/17/26, 9:02	4/17/26, 11:4	2 h 37 min			
	/17/26, 9:03	4/17/26, 12:0	3 h 4 min			
	/17/26, 9:04	4/17/26, 11:3	2 h 28 min			
	/17/26, 9:04	4/17/26, 12:1	3 h 10 min			
	/17/26, 9:05	4/17/26, 9:30	25 min 2s			
	/17/26, 9:32	4/17/26, 12:1	2 h 42 min			
	/17/26, 9:06	4/17/26, 11:3	2 h 31 min			
	/17/26, 9:07	4/17/26, 9:08	1 min			
	/17/26, 9:12	4/17/26, 12:1	3 h 2 min			
	/17/26, 9:08	4/17/26, 12:0	2 h 59 min			
	/17/26, 9:08	4/17/26, 11:5	2 h 41 min			
	/17/26, 11:5	4/17/26, 12:0	15 min 46s			
	/17/26, 9:09	4/17/26, 9:51	41 min 41s			
	/17/26, 9:14	4/17/26, 9:25	10 min 21s			
[redacted]	4/17/26, 9:17	4/17/26, 11:2	2 h 12 min 15s	Moderador		

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

Tema: SEGUIMIENTO OPERATIVO SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE AUTORIZADA PARA REALIZAR VALORACIONES DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD -UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CHAPINERO

Dependencia (Dirección / Oficina)	**Proceso**
Dirección de Provisión de Servicios de Salud	Gestión de tramites a la Ciudadanía

Objetivo	Fecha: 18 de abril de 2026		
Realizar seguimiento integral al procedimiento de certificación de discapacidad en las IPS certificadoras habilitadas por la Secretaría Distrital de Salud en las Subredes de Servicios de Salud, con el propósito de verificar la disponibilidad de recursos, las condiciones de acceso, la oportunidad en la prestación, la calidad del servicio y la satisfacción de los usuarios, así como identificar posibles barreras en la atención y generar insumos que contribuyan al mejoramiento continuo del proceso, conforme a lo establecido en la Resolución 1197 de 2024.	Tipo de reunión	Asistencia Técnica: Asesoría ( ) Capacitación ( ) Orientación ( ) Acompañamiento ( )	
		Otro (X) Visita técnica	
	Modalidad:	Presencial (X)	Virtual ( ) Mixta ( )
	Lugar: Unidad de Servicios de Salud Verbenal		
	Hora Inicio: 7:05 am Hora Fin: 8:35 am		
	Notas por: Gloria Lida Gómez		
	Próxima Reunión: A concretar		
	Quien cita: Gloria Lida Gómez, Equipo Certificación de Discapacidad SDS		

TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS *

La profesional Gloria Lida Gómez, del Equipo de Discapacidad de la Secretaría Distrital de Salud, realiza visita técnica a la sub Red Norte, Unidad de Servicios de Salud Chapinero, previamente notificada y confirmada.

La visita técnica es atendida inicialmente por la profesional Líder referente del proceso de certificación de discapacidad en la Subred Norte Hilary Pinto y la líder de la unidad Sonia García. Seguidamente, se expone el objetivo de la visita y se procede a la aplicación del formato de seguimiento operativo a la implementación del procedimiento de Certificación de Discapacidad, con el fin de verificar el cumplimiento de los siguientes criterios:

A. ACCESIBILIDAD
B. OPORTUNIDAD
C. PROCEDIMIENTO EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
D. PERCEPCIÓN SATISFACCIÓN DEL USUARIO

A. ACCESIBILIDAD

Se realiza un recorrido por las instalaciones con el fin de verificar las condiciones de accesibilidad de la Unidad de Servicios de Salud Chapinero. Durante la visita, se evidencia que la unidad cuenta con condiciones adecuadas para el acceso de personas con discapacidad física, dado que el ingreso se encuentra a nivel de la vía, lo cual facilita el acceso de usuarios con movilidad reducida.
La visita se realizó el día sábado, con ingreso por la entrada de urgencias. Se observa la presencia de un guarda de seguridad que recibió instrucciones sobre cómo orientar a los usuarios, una vez recibió el turno, constituyéndose en el primer punto de contacto desde su llegada. Esto facilita la ubicación inicial dentro de la unidad y actúa como un primer filtro de orientación para las personas que asisten a la cita de valoración en el proceso de certificación de discapacidad.
.

Adicionalmente, la IPS cuenta con 13 servicios habilitados y dispone de 8 consultorios. Para el día de la visita, se asigna uno de los consultorios disponibles, ubicado en el segundo piso. No obstante, se informa que las valoraciones multidisciplinarias se realizan un sábado al mes, en horario de 7:00 a.m. a 12:00 p.m., conforme a la organización del servicio.

Los usuarios deben permanecer en la sala de espera hasta ser llamados por el equipo multidisciplinario responsable del proceso. En este espacio, un integrante del equipo se acerca para confirmar los datos del usuario, solicitar la historia clínica para su revisión por parte del equipo y entregar el consentimiento informado para su firma.

De acuerdo a lo anterior, se evidencia que el ítem: "A.1. ***La IPS cuenta con protocolos de servicio para la atención y orientación al ciudadano, mediante los cuales se brinda información sobre el ingreso y el punto de atención para el proceso de valoración multidisciplinaria al momento de su llegada a la institución";*** se cumple totalmente, en razón a que los usuarios y/o pacientes reciben orientación adecuada para llegar a los consultorios donde se realiza la valoración multidisciplinaria.

Igualmente, se evidencia *Cumplimiento total del ítem: A.2 "**La IPS cuenta con lineamientos para la atención de ciudadanos con discapacidad, brindando orientaciones y apoyos que facilitan el desplazamiento al sitio de valoración y la comunicación durante el proceso de valoración multidisciplinaria"**, en razón a que el personal de la unidad tiene claridad sobre la atención que brindan a los usuarios para acceder a la valoración, así mismo,* se verifica la disponibilidad de una silla de ruedas ubicada en el primer piso, específicamente al lado de la oficina de atención al usuario, lo cual permite apoyar la movilidad interna de los pacientes que lo requieran, dejando como garantía su cédula de ciudadanía.
La optómetra del equipo presenta el procedimiento transcrito en sistema Braille, disponible en el consultorio como apoyo para personas con discapacidad visual cuando se requiere. Durante la visita, se verifica la disponibilidad de este recurso, evidenciando el cumplimiento de este criterio.

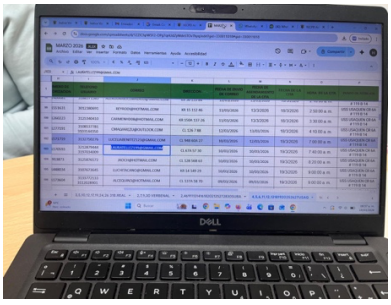
Se identifica cumplimiento parcial del ítem: A.3 "***La IPS implementa acciones para prevenir barreras de acceso, mediante señalización institucional, apoyo a ciudadanos con discapacidad y mecanismos que faciliten el direccionamiento de los usuarios que asisten al proceso de valoración multidisciplinaria":*** Lo anterior, debido a la ausencia de señalización institucional que facilite la ubicación del servicio de certificación y de los consultorios desde el ingreso. Así mismo, no se evidencian apoyos visuales o auditivos en las salas de espera que orienten a los usuarios. Para el día de la visita, solo se encontraba en funcionamiento un consultorio, debido a la baja demanda de usuarios, la cual no permitió completar la agenda para habilitar ambos consultorios

De igual manera, no se evidencian señales podotáctiles, carteleras en Braille ni mensajes sonoros en el primer y segundo piso que faciliten la orientación de personas con discapacidad visual que asisten sin acompañante y que deben permanecer en la sala de espera hasta ser llamadas para la valoración en los consultorios correspondientes. Esta situación se pone en conocimiento de la profesional referente, Hilary Pinto, quien toma atenta nota e informa que trasladará la observación a la jefe de la Unidad Sonia García, para su revisión y gestión correspondiente.

Finalmente, se verifica el ítem ***A.5 "La IPS dispone de un número telefónico o enlace electrónico que permite al ciudadano reprogramar la cita una vez haya sido agendada.*** Cumple Totalmente***.*** La profesional Hilary refiere que la Unidad cuenta con la plataforma interna "Dinamic", donde se registran los usuarios autorizados para el proceso de certificación. Adicionalmente, disponen de la línea telefónica 3138881325, la cual funciona tanto para llamadas como a través de WhatsApp. Mediante este canal se realiza el contacto con los usuarios para la asignación de citas y también se atienden solicitudes relacionadas con dificultades para asistir, brindando la posibilidad de reprogramar o, en algunos casos, acudir a la Unidad según disponibilidad, previa validación con el equipo multidisciplinario.
Se informa además que la gestión de esta línea y la organización de las agendas está a cargo de un ingeniero de la Unidad de Servicios de Salud Fray Bartolomé, quien realiza el contacto con los usuarios, valida disponibilidad de agendas y puntos de atención según cada caso, identifica posibles ajustes razonables y registra la información en una base de datos en OneDrive, donde se consolidan los datos personales y de contacto.
Cuando no es posible establecer comunicación, los casos son marcados en el correo electrónico donde se reciben las autorizaciones, con el fin de realizar nuevos intentos en días posteriores. Durante la visita, se realizó una llamada telefónica para verificar el funcionamiento del número, confirmando que la línea se encuentra activa y en operación, conforme a lo indicado por la referente.

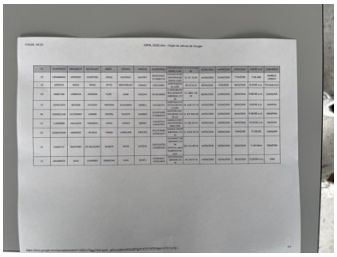
B. OPORTUNIDAD

En relación con el criterio de oportunidad, se verifica que el ítem ***B.1*** "***La IPS realiza la asignación de citas para la valoración multidisciplinaria dentro de un plazo no mayor a diez (10) días hábiles posteriores a la comunicación de la orden, conforme a la normatividad vigente".*** Cumple totalmente. Al respecto, la profesional Hilary Pinto informa que actualmente cuentan con disponibilidad de agenda hasta por dos semanas. Así mismo, señala que la baja demanda que presentan las unidades permite que la agenda no se encuentre completamente ocupada, lo cual facilita la asignación de citas incluso para el día siguiente, de acuerdo con la disponibilidad del usuario y garantizando la oportunidad en la atención.
Para este ítem, se realiza la verificación del agendamiento de citas a través de la base de datos en One Drive que realiza el ingeniero encargado, donde se evidencia que una vez se recibe la orden de la valoración por la SDS proceden a más tardar el día siguiente a programar la cita médica al paciente, sin alcanzar el límite de los diez días establecidos. Así mismo, se indica que actualmente se presenta una disminución en la demanda del servicio, por lo que se mantienen algunos espacios disponibles en la agenda. Cuando estos no son ocupados, el tiempo se destina a que los profesionales desarrollen actividades de educación y charlas informativas dirigidas a los usuarios de la Unidad sobre el procedimiento de certificación de discapacidad.



Frente al ítem, **B.2** "L***a IPS realiza la valoración multidisciplinaria en la fecha programada por el equipo de profesionales definido para el proceso de certificación de discapacidad, con una duración aproximada de cuarenta (40) minutos para el desarrollo de la valoración".*** Cumple totalmente La referente Hilary informa que se realizan 14 valoraciones al día las cuales se desarrollan de manera adecuada por parte del equipo multidisciplinario, sin presentarse dificultades en la atención. Señala, además que la mayoría de los usuarios

asisten cumplidamente a las citas programadas. En relación con la duración de la valoración, indica que el tiempo promedio es de cuarenta (40) minutos por paciente. No obstante, este puede ser menor cuando la condición de salud del usuario permite un desarrollo más ágil del proceso y una adecuada comprensión de la información requerida.



Respecto al ítem ***B.3 "*****La IPS realiza el registro y cargue de la información del proceso de certificación de discapacidad en el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), garantizando la trazabilidad y el reporte oportuno de la información"** se evidencia cumplimiento total. Durante la visita, el equipo multidisciplinario informa que el registro se realiza en tiempo real en SISPRO cada vez que se valora a un usuario. El diligenciamiento de la información en la plataforma está a cargo de la profesional de la Medica. En este punto, se deja recomendación orientada a reforzar el registro completo, claro y coherente de los datos reportados por el usuario, teniendo en cuenta que se han identificado inconsistencias en algunas variables.

Adicionalmente, el equipo refiere que al inicio de la atención se consulta al usuario, o a su acompañante cuando aplica, sobre su autorreconocimiento como persona con discapacidad. Cuando la respuesta es afirmativa, se continúa con el proceso de valoración. En caso contrario, no se da continuidad y se realiza el respectivo registro en la base de datos como "no discapacidad".

En cuanto al ítem: **B.4"La IPS cuenta con un plan de contingencia en caso de presentarse fallas en el cargue de información al Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), mediante el registro temporal de la información en sistemas institucionales y su cargue posterior una vez se restablezca el servicio"** Cumple totalmente**.** El equipo multidisciplinario indica que, cuando se presentan fallas en la plataforma, se recurre al uso de formatos físicos denominados "instrumento para la valoración de limitaciones en las actividades y restricciones en la participación", los cuales se aplican según el ciclo vital del usuario (0 a 2 años, 3 a 5 años y 6 a 17 años y 18+). Estos formatos permiten continuar con la atención sin interrupciones. Una vez se restablece el sistema, la información recolectada es registrada en SISPRO y se continúa con el trámite correspondiente para la expedición del certificado de discapacidad.
Adicionalmente, se informa que el certificado es entregado dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la valoración multidisciplinaria. La IPS brinda la opción de enviarlo por correo electrónico o de ser reclamado de manera presencial en la sede donde se realizó la atención, en horario de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 17:00 p. m.

C. PROCEDIMIENTO EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

Se procede a verificar el ítem ***C.1. El equipo multidisciplinario implementa algún protocolo para la revisión de historia clínica antes de la valoración para el certificado de discapacidad.*** Cumple totalmente

Con el fin de conocer cómo se desarrolla el procedimiento de valoración para la certificación de discapacidad, se solicita al equipo multidisciplinario un espacio previo al inicio de la atención. Durante este encuentro, los profesionales se presentan e informan que el equipo está conformado por un médico general con un año y medio de experiencia, una fisioterapeuta con cuatro años de experiencia y una fonoaudióloga con ocho meses de experiencia, quienes ha participado en la realización de valoraciones para la certificación de discapacidad.

En cuanto a la revisión de la historia clínica, el médico general describe que el proceso se realiza en tres momentos. En un primer momento, se solicita la historia clínica del usuario y se adiciona la información disponible en la plataforma SISPRO, actividad que toma aproximadamente diez (10) minutos antes del ingreso al consultorio. En caso de que el usuario no presente la documentación completa al momento de la cita, se solicita apoyo a la referente Hilary Pinto para verificar la información en la historia clínica adjunta a la orden de valoración emitida por la SDS, facilitando el desarrollo adecuado del proceso. Posteriormente, durante la atención, se aplica el instrumento WHODAS 2.0 de acuerdo con la edad del usuario, indagando sobre las dificultades presentadas en el último mes. Esto permite al equipo contar con información previa para orientar de manera más precisa la valoración. Finalmente, con base en los hallazgos, se realiza la emisión del certificado correspondiente.

Con respecto al ítem: **C.2** ***"El equipo multidisciplinario aplica algún protocolo para la atención de los pacientes y/o familiares antes de iniciar la valoración para el certificado de discapacidad".*** Cumple totalmente. El equipo inicia la atención con el saludo y la presentación al paciente y su acompañante, seguido de una explicación clara y comprensible sobre el procedimiento a realizar. Se hace énfasis en que la información suministrada y los resultados obtenidos serán registrados en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad.
De igual manera, se indaga si el usuario requiere apoyos o ajustes razonables, con el fin de implementarlos oportunamente, ya sea con los recursos disponibles o teniendo en cuenta los solicitados por el mismo. Asimismo, se hace entrega del consentimiento informado para su diligenciamiento y firma por parte del usuario, acompañante o representante.
El día de la visita se observó a un usuario con discapacidad auditiva y del habla, quien se encontraba acompañado por una persona que le brindaba apoyo en su proceso de comunicación mediante lengua de señas.

En el ítem **C.3 "El equipo multidisciplinario comunica el resultado de la valoración a los usuarios no certificados, garantizando información clara, resolución de inquietudes y orientación sobre los mecanismos disponibles, conforme a los lineamientos establecidos.".** Cumple totalmente. Una vez emitida la decisión, cuando el usuario no cumple con los criterios para la certificación, el equipo procede a comunicar el resultado de manera clara y oportuna al usuario o a su persona de apoyo. Durante este proceso, se explican las razones clínicas y funcionales que sustentan la decisión, en coherencia con la valoración realizada. Igualmente, se resuelven inquietudes y se verifica que la información haya sido comprendida.

Finalmente se verifica el ítem **C.4** ***"El equipo multidisciplinario cuenta con alguna observación, recomendación para mejorar la implementación del procedimiento de certificación de discapacidad"*** Cumple totalmente***.*** El equipo multidisciplinario resalta la importancia de fortalecer la sensibilización dirigida tanto a los usuarios como a sus acompañantes, enfatizando que la certificación de discapacidad debe partir del reconocimiento y la voluntad de la persona. Asimismo, señalan que en varios casos la historia clínica no se encuentra disponible en el sistema de la IPS o está incompleta, lo que dificulta realizar una valoración integral.

Adicionalmente, indican que en algunas órdenes se sigue la modalidad de atención definida en la autorización, lo que ha ocasionado que usuarios con limitaciones de movilidad sean citados para atención intramural. Frente a estas situaciones, el equipo ha comenzado a llevar un registro interno de los casos en los que faltan soportes, dejando constancia mediante nota de junta.

Se recomienda que el usuario asista al menos 10 a 15 minutos antes de la cita. de manera que, en caso de faltar soportes de la historia clínica, estos puedan ser enviados oportunamente por un familiar que tenga acceso a ellos desde el domicilio, a través de WhatsApp.

Asimismo, se refiere que, en algunas ocasiones, el usuario recibe orientaciones provenientes de otras sedes, cuya información sobre el trámite puede ser errada. Por lo anterior, se resalta la importancia de fortalecer el trabajo en equipo y de reforzar la orientación al usuario, familiar o acompañante, para que organice y porte una historia clínica completa junto con los soportes requeridos.

D.PERCEPCION SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Con respecto a este criterio, se indaga con la Profesional el Ítem **D.1** ***Manejo de principales motivos de PQRS presentadas por los usuarios durante la atención brindada para la valoración de discapacidad. Se implementan estrategias para reducir los motivos de inconformidad presentada por los usuarios.*** Cumple totalmente. La referente informa que, hasta el momento no se han presentado PQRS relacionadas con el procedimiento de certificación de discapacidad. No obstante, se continúan brindando charlas informativas a los usuarios en sala de espera con el fin de lograr una mayor comprensión sobre el proceso de acceso a la valoración de discapacidad, así como para resolver dudas e inquietudes que se generen al respecto.

Para la verificación del ítem ***D.2 "Se realizan preguntas a los usuarios para conocer la percepción durante la valoración de discapacidad realizada.***
1. ¿Cómo se sintió durante la valoración realizada por el equipo multidisciplinario?
2. ¿Le explicaron adecuadamente los resultados de la valoración y el paso a seguir?
3. ¿Debió esperar más tiempo del previsto para ser atendido?
4. ¿En el momento de agendarle la cita para la valoración le brindaron varias opciones disponibles?
5. ¿Contó con apoyo del personal administrativo si lo necesitó para su movilidad o acompañamiento? "

De esta manera, se logra abordar dos usuarios mayores de edad, antes y después de su salida del consultorio, quienes brindan información respecto a la percepción de la valoración realizada. Para ello, se les solicita asignar una calificación a cada pregunta, utilizando las categorías de Muy Buena, Buena o Regular, según corresponda.

Evidenciando que las siguientes respuestas:
1.Consideran que se sintieron muy bien atendidos por parte del equipo multidisciplinario, trato cálido. ***Regular, Uno de los usuarios con discapacidad de sordomudez manifestó que se sintió apenada en el consultorio, dado que se encontraban tres personas en el mismo, y que no se le había informado previamente sobre la presencia de estas.***
2. Informan que fueron certificadas con discapacidad y les brindaron información clara sobre los resultados de la valoración y la importancia de conservar el certificado, y en caso de pérdida pueden solicitar una copia ante la SDS. ***Muy bueno.***
3. Informan que la cita la tenían agendada a las 9:00 am y 9:40 am y atendidos a tiempo. ***Bueno.***
4. Manifiesta que cuando fueron contactados para la programación de la consulta les brindaron varias opciones de fechas de acuerdo con sus necesidades y manejo de tiempos. ***Muy bueno.***
5. Indica no requirieron apoyo del personal administrativo para la orientación y desplazamiento del proceso de valoración, ya que fueron orientados por el guarda de seguridad del primer piso cuando ingresaron a la USS. ***Muy bueno.***

De acuerdo a los criterios verificados, se presenta el resultado de la visita, donde se evidencia que la USS Usaquén cumple en un 98% con los criterios de accesibilidad, oportunidad, procedimiento equipo multidisciplinario y percepción satisfacción del usuario, siendo un porcentaje satisfactorio.

RESULTADO DE LA VISITA					
ÍTEM	CRITERIO	NUMERO DE PREGUNTAS	INCIDENCIA POR CRITERIO	RESULTADO PROMEDIO POR CRITERIO	PORCENTAJE PONDERADO DE CUMPLIMIENTO
A	ACCESIBILIDAD	5	31,25%	4,6	92%
B	OPORTUNIDAD	4	25,00%	5	100%
C	PROCEDIMIENTO EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO	5	31,25%	5	100%
D	SATISFACCION DEL USUARIO	2	12,50%	5	100%
TOTAL		16	100,00%	4,88	98%

SATISFACTORIO SUPERIOR AL 90%	SE CUMPLE CON LO ESPERADO DEL PROCESO
ACEPTABLE ENTRE EL 61% AL 89%	SE CUMPLE PARCIALMENTE Y REQUIERE SEGUIMIENTO EN LOS ÍTEM QUE NO CUMPLEN
INSATISFACTORIO INFERIOR AL 60%	NO CUMPLE Y REQUIERE SEGUIMIENTO PRIORIZADO

De esta manera, siendo las 10:35 pm se da por terminado el seguimiento integral al procedimiento de certificación de discapacidad en la Unidad de Servicios de Salud Usaquén. Se dejan las recomendaciones a la profesional Hilary Pinto, Líder del proceso de certificación de discapacidad, con el fin que sean socializadas al interior de la

USS y se implementen las acciones de mejora correspondientes para ser validadas en el segundo semestre 2026.

Se agradece a la profesional por el espacio dispuesto para la verificación del seguimiento en la implementación del procedimiento de certificación de discapacidad que contribuyen al mejoramiento continuo del proceso, conforme a lo establecido en la normatividad vigente.

COMPROMISOS*

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA
Implementar señalización institucional visible desde el ingreso que permita identificar el servicio de certificación y ubicación de consultorios.	Subred Norte	Segundo semestre 2026
Incorporar elementos de accesibilidad para personas con discapacidad sensorial.	Subred Norte	Segundo semestre 2026
Fortalecer el diligenciamiento de la información registrada en SISPRO.	Subred Norte	Segundo semestre 2026
Garantizar la privacidad y el consentimiento informado del usuario, informando previamente sobre la presencia de personal adicional en el consultorio y solicitando su autorización antes de la atención.	Subred Norte	Segundo semestre 2026

REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO	TELÉFONO	DIRECCIÓN/ OFICINA/ ENTIDAD	FIRMA
1	[redacted]				
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

9					

ASISTENTES

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

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

Evaluación y cierre de la reunión

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

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

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

Tema: **Seguimiento ejecución contratos SISS**

Dependencia (Dirección / Oficina)	**Proceso**
DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA

Objetivo	Fecha: 30 abril de 2026			
Realizar el seguimiento en la ejecución financiera a los contratos firmados entre el FFDS y las SISS para el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad.	Tipo de reunión	Asistencia Técnica: Asesoría ( ) Capacitación ( ) Orientación ( ) Acompañamiento ( )		
		Otro (X) Seguimiento ejecución		
	Modalidad:	Presencial ( )	Virtual (X)	Mixta ( )
	Lugar: Reunión virtual			
	Hora Inicio: 8:00 Hora Fin: 10:30			
	Notas por: Jaime Campos Bernal			
	Próxima Reunión: A convenir			
	Quien cita: Secretaria Distrital de Salud			

TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS *

Se realiza reunión de seguimiento en la ejecución de los contratos suscritos entre el FFDS y las SISS para el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad.

Se realiza la presentación por parte de la Dra. Beatriz de la profesional Nathalie Ramírez quien llega al grupo funcional de certificación de discapacidad para el componente financiero.

La Dra. Beatriz Guerrero inicia la presentación indicando los recursos que se han ejecutado por cada una de las SISS de los contratos suscritos. Se muestra el porcentaje de ejecución de cada una de las subredes. Norte 38%, Centro Oriente 49%, Sur 43% y Suroccidente 50%.

Se muestra el saldo por ejecutar de cada contrato con corte al 16 de abril de 2026.

A cada una de las subredes se le pregunta por las autorizaciones pendientes de valoración con cargo a los recursos de los contratos con el FFDS. Se indica adicionalmente que esta información se debe validar con el referente de cada Subred. Estas autorizaciones se les dará prioridad para el tramite de agendamiento de citas y valoraciones. Las subredes indican que algunos son pacientes hospitalizados o fallecidos. La Dra. Beatriz indica que se deben solicitar la anulación de los códigos de los ciudadanos fallecidos para liberar el recurso y de los pacientes hospitalizados o que no se les ha podido contactar para realizar el agendamiento, se deberá anular el código de autorizaciones y expedir uno nuevo con cargo a los recursos del Ministerio de Salud.

Gestión Financiera Certificación de discapacidad y Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad a 16/04/2026

RECURSOS FFDS contratos 2025

SISS	Contrato No	Fecha de inicio	Fecha terminación	Valor total	Total ejecución contrato a 16/04/2026	% de ejecución	Saldo contrato a 16/04/2026
Norte	8504467-2025	7/11/2026	06/072026	$ 454.000.000	$ 172.969.690	38%	$ 281.030.310
Centro Oriente	8506910-2025	13/11/2025	12/07/2026	$ 271.000.000	$ 133.739.311	49%	$ 137.260.689
Sur	8519913-2025	7/11/2025	6/07/2026	$ 560.000.000	$ 240.286.935	43%	$ 319.713.065
SurOccidente	8500961-2025	6/11/2025	5/07/2026	$ 415.000.000	$ 208.672.150	50%	$ 206.327.850
TOTAL				$ 1.700.000.000	$ 755.668.086	44%	$ 944.331.914

RECURSOS MINSALUD Resolución 1018/1752 2025

SISS	Fecha de inicio	Fecha terminación	Valor total	Total ejecución a 16/04/2026	% de ejecución	Saldo a 16/04/2026
Norte	21/01/2026	30/06/2026	$ 400.060.137	$ 164.904.489	41%	$ 235.155.648
Centro Oriente			$ 350.000.000	$ 97.845.018	28%	$ 252.154.982
Sur			$ 400.000.000	$ 136.483.164	34%	$ 263.516.836
SurOccidente			$ 420.156.024	$ 176.075.442	42%	$ 244.080.582
TOTAL			$ 1.570.216.161	$ 575.308.113	37%	$ 994.908.048

RECURSOS MINSALUD Resolución 105/2026

SISS	Fecha de inicio proyectada	Fecha terminación	Valor total
Norte	1/07/2026	31/12/2026	$ 450.000.000
Centro Oriente			$ 400.000.000
Sur			$ 450.000.000
SurOccidente			$ 450.000.000
TOTAL			$ 1.750.000.000

Adicionalmente se indica la ejecución de recursos del Ministerio de salud y protección social de la resolución 1018/1752 de 2025. En total de las 4 subredes queda un saldo de $994.905.048, con porcentajes de ejecución así:

- Norte 41%
- Centro Oriente 28%
- Sur 34%
- Suroccidente 42%

Se aclara que la fecha de terminación para ejecución de estos recursos de la resolución 1018/1752 de 2025 es el próximo 30 de junio de 2026.

Se indica por parte de la Dra. Beatriz que se realizo la transferencia de recursos por parte del Ministerio de Salud y protección social de la resolución 105/2026 por un valor de:

- Norte $450.000.000
- Centro Oriente $400.000.000
- Sur $450.000.000
- Suroccidente $450.000.000

Estos recursos tienen como fecha límite para su ejecución el 31 de diciembre de 2026.

Indica la Dra. Beatriz que acorde a la última transferencia de recursos del ministerio según la resolución 105/2026 y con el resultado de un análisis financiero se determinó socializar a los referentes de certificación de discapacidad de las subredes para que pueda ser comunicado a las gerencias y directivos que no será posible ejecutar la totalidad de recursos que se encuentran disponibles en el contrato y las dos resoluciones del ministerio antes de finalizar el tiempo de ejecución

determinado en cada uno de los recursos.

La profesional Nathalie Ramírez presenta la proyección de los recursos del Ministerio de salud y protección social y el total de valoraciones que cada subred deberá realizar para lograr un alto porcentaje de ejecución financiera antes del vencimiento de cada una de las resoluciones.

Proyección Financiera Certificación de discapacidad y Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad 16/04/2026

RECURSOS MINSALUD

MINSALUD RESOLUCION 1018-1572					
SISS	SALDO A 16 ABRIL 2026	PROMEDIO AUTORIZACIONES POR MES	VALOR PROMEDIO MES AUTORIZACIONES MSPS (TARIFA 2025)	VALOR EJECUTAR A MSPS A JUNIO 2026	VALOR SIN EJECUTAR A JUN 2026 AL MSPS (DEVOLVER)
Norte	$235.155.648	397	66.970.207	167.425.517	67.730.131
Centro Oriente	$252.154.982	240	40.529.520	101.323.800	150.831.182
Sur	$263.516.836	366	61.807.518	154.518.795	108.998.041
SurOccidente	$244.080.582	419	70.781.912	176.954.779	67.125.803
	$994.908.048	1.422	240.089.157	600.222.891	394.685.157

EJECUCION RESOLUCION MINSALUD 105 DE 2026						
FECHA DE INICIO	SISS	Valor resolución MINSALUD	autorizaciones promedio por mes	valor autorizaciones promedio por mes TARIFAS 2026	Proyección recursos a 31 de diciembre de 2026	Valor sin ejecutar a 31 de diciembre de 2026
1/07/2026	Norte	$450.000.000	397	$ 70.385.877	$ 422.315.259	$ 27.684.741
1/07/2026	Centro Oriente	$400.000.000	240	$ 42.596.640	$ 255.579.840	$ 144.420.160
1/07/2026	Sur	$450.000.000	366	$ 64.959.876	$ 389.759.256	$ 60.240.744
1/07/2026	Sur Occidente	$450.000.000	419	$ 74.391.989	$ 446.351.935	$ 3.648.065
		$1.750.000.000	1.422	**$252.334.382**	**$1.514.006.290**	**$235.993.710**

Según los estimados en la proyección de la ejecución de los recursos de la resolución 1018/1572 de 2025 el valor sin ejecutar a fecha de 30 de junio de 2026 es de $394.685.157. Este valor lo deberán reintegrar las subredes integradas de servicios de salud al Ministerio de Salud y protección social con los respectivos rendimientos financieros. Y para la resolución 105 de 2026 con fecha límite de ejecución el 31 de diciembre de 2026 el valor sin ejecutar sería de $235.993.710.

Estas proyecciones como lo indica la Dra. Beatriz están sujetas a la demanda ciudadana en lo que queda de la presente vigencia.

Finalmente, se indica que se debe realizar la socialización a las gerencias y grupo directivos para que se puedo tomar la mejor decisión con los recursos de los contratos que se encuentran vigentes actualmente entre el FFDS y la SISS.

Siendo las 10:30 se dan por terminadas las reuniones con cada una de las Subredes integradas de servicios de salud.

COMPROMISOS*

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA
Socialización de las proyecciones y propuesta la gerencia y directivas	Subredes Integradas de Servicios de Salud	30/04/2026

REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO	TELÉFONO	DIRECCIÓN/	FIRMA
1	[redacted]				
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

ASISTENTES

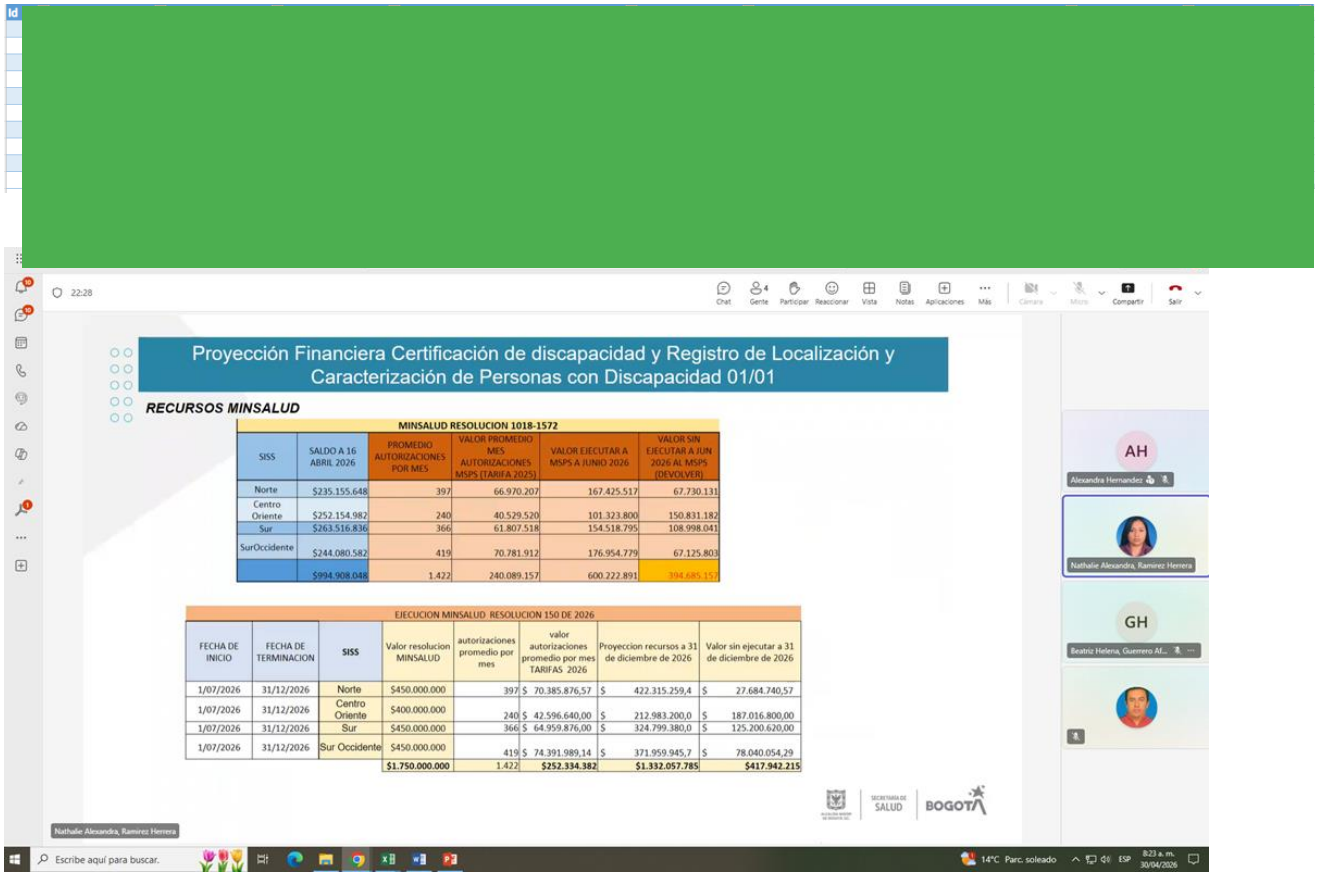
Anexo listado de asistencia SDS-PYC-FT-002.

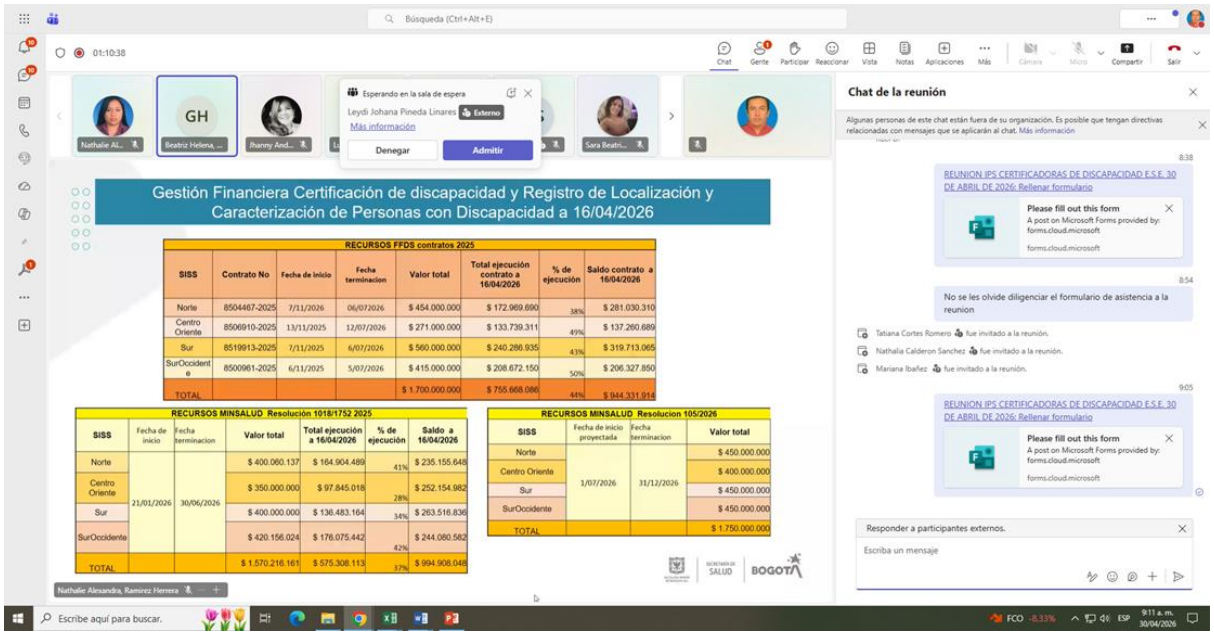
Nota: Cuando la asistencia es igual o superior a 10 personas, se debe hacer uso del formato Listado de asistencia a reuniones SDS-PYC-FT-002, según lineamiento SDS-PYC-LN-011

Evaluación y cierre de la reunión

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

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


Proyección Financiera Certificación de discapacidad y Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad 01/01
RECURSOS MINSALUD
MINSALUD RESOLUCION 1018-1572
SISS | SALDO A 16 ABRIL 2026 | PROMEDIO AUTORIZACIONES POR MES | VALOR PROMEDIO MES AUTORIZACIONES MSPS (TARIFA 2025) | VALOR EJECUTAR A MSPS A JUNIO 2026 | VALOR SIN EJECUTAR A JUN 2026 AL MSPS (DEVOLVER)
Norte | $235.155.648 | 397 | 66.970.207 | 167.425.517 | 67.730.131
Centro Oriente | $252.154.982 | 240 | 40.529.520 | 101.323.800 | 150.831.182
Sur | $263.516.836 | 366 | 61.807.518 | 154.518.795 | 108.998.041
SurOccidente | $244.080.582 | 419 | 70.781.912 | 176.954.779 | 67.125.803
$994.908.048 | 1.422 | 240.089.157 | 600.222.891 | 394.685.157
EJECUCION MINSALUD RESOLUCION 150 DE 2026
FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION | SISS | Valor resolucion MINSALUD | autorizaciones promedio por mes | valor autorizaciones promedio por mes TARIFAS 2026 | Proyeccion recursos a 31 de diciembre de 2026 | Valor sin ejecutar a 31 de diciembre de 2026
1/07/2026 | 31/12/2026 | Norte | $450.000.000 | 397 | $ 70.385.876,57 | $ 422.315.259,4 | $ 27.684.740,57
1/07/2026 | 31/12/2026 | Centro Oriente | $400.000.000 | 240 | $ 42.596.640,00 | $ 212.983.200,0 | $ 187.016.800,00
1/07/2026 | 31/12/2026 | Sur | $450.000.000 | 366 | $ 64.959.876,00 | $ 324.799.380,0 | $ 125.200.620,00
1/07/2026 | 31/12/2026 | Sur Occidente | $450.000.000 | 419 | $ 74.391.989,14 | $ 371.959.945,7 | $ 78.040.054,29
$1.750.000.000 | 1.422 | $252.334.382 | $1.332.057.785 | $417.942.215
AH
Alexandra Hernandez
Nathalie Alexandra, Ramirez Herrera
GH
Beatriz Helena, Guerrero Af...
Nathalie Alexandra, Ramirez Herrera


Esperando en la sala de espera
Leydi Johana Pineda Linares Externo
Más información
Denegar
Admitir
Chat de la reunión
Algunas personas de este chat están fuera de su organización. Es posible que tengan directivas relacionadas con mensajes que se aplicarán al chat. Más información
REUNION IPS CERTIFICADORAS DE DISCAPACIDAD E.S.E. 30 DE ABRIL DE 2026: Rellenar formulario
Please fill out this form
A post on Microsoft Forms provided by: forms.cloud.microsoft
No se les olvide diligenciar el formulario de asistencia a la reunion
Tatiana Cortes Romero fue invitado a la reunión.
Nathalia Calderon Sanchez fue invitado a la reunión.
Mariana Ibañez fue invitado a la reunión.
Responder a participantes externos.
Escriba un mensaje
Gestión Financiera Certificación de discapacidad y Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad a 16/04/2026
RECURSOS FFDS contratos 2025
SISS | Contrato No | Fecha de inicio | Fecha terminacion | Valor total | Total ejecución contrato a 16/04/2026 | % de ejecución | Saldo contrato a 16/04/2026
Norte | 8504467-2025 | 7/11/2026 | 06/07/2026 | $ 454.000.000 | $ 172.969.690 | 38% | $ 281.030.310
Centro Oriente | 8506910-2025 | 13/11/2025 | 12/07/2026 | $ 271.000.000 | $ 133.739.311 | 49% | $ 137.260.689
Sur | 8519913-2025 | 7/11/2025 | 6/07/2026 | $ 560.000.000 | $ 240.286.935 | 43% | $ 319.713.065
SurOccidente | 8500961-2025 | 6/11/2025 | 5/07/2026 | $ 415.000.000 | $ 208.672.150 | 50% | $ 206.327.850
TOTAL | | | | $ 1.700.000.000 | $ 755.668.086 | 44% | $ 944.331.914
RECURSOS MINSALUD Resolución 1018/1752 2025
SISS | Fecha de inicio | Fecha terminacion | Valor total | Total ejecución a 16/04/2026 | % de ejecución | Saldo a 16/04/2026
Norte | 21/01/2026 | 30/06/2026 | $ 400.060.137 | $ 164.904.489 | 41% | $ 235.155.648
Centro Oriente | | | $ 350.000.000 | $ 97.845.018 | 28% | $ 252.154.982
Sur | | | $ 400.000.000 | $ 136.483.164 | 34% | $ 263.516.836
SurOccidente | | | $ 420.156.024 | $ 176.075.442 | 42% | $ 244.080.582
TOTAL | | | $ 1.570.216.161 | $ 575.308.113 | 37% | $ 994.908.048
RECURSOS MINSALUD Resolucion 105/2026
SISS | Fecha de inicio proyectada | Fecha terminacion | Valor total
Norte | 1/07/2026 | 31/12/2026 | $ 450.000.000
Centro Oriente | | | $ 400.000.000
Sur | | | $ 450.000.000
SurOccidente | | | $ 450.000.000
TOTAL | | | $ 1.750.000.000

INFORME DE EJECUCION CONTRATO No 8504467 DE 2025

Objeto del Contrato: Prestar los servicios para la certificación de discapacidad y Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad- RLCPD en el marco de la Resolución 1197 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social.

OBJETIVO

Realizar el seguimiento en la ejecución financiera a los contratos firmados entre el FFDS y las SISS para el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad.

Se llevó a cabo una reunión de seguimiento al proceso de ejecución de los contratos suscritos entre el FFDS y las SISS para el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad de manera presencial en la Secretaria de Salud.

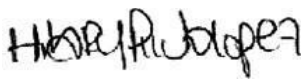
La Dra. Beatriz Guerrero realiza la exposicion del estado de ejecución de los recursos asignados a cada una de las subredes, evidenciando los siguientes porcentajes de avance: Subred Norte 38 %, Centro Oriente 49 %, Sur 43 % y Suroccidente 50 %. Asimismo, se socializó el saldo pendiente por ejecutar de cada contrato todo esto con corte al 16 de abril de 2026.

La Dra. Beatriz señaló que, en los casos de ciudadanos fallecidos, se debe solicitar la anulación de los códigos para liberar los recursos del fondo financiero; mientras que, para pacientes hospitalizados o aquellos con quienes no ha sido posible establecer contacto, se deberá anular el código de autorización vigente y generar uno nuevo con cargo a los recursos del Ministerio de Salud.

De acuerdo a el presupuesto recibido por parte del Ministerio de Salud a las subredes, se esta dando prioridad para la ejecucion de dichos recursos de la resolucion 1018/2025 ya que la fecha de finalizacion es el 30 de junio del 2026 y asi continuar con la incorporacion de los nuevos recuros de la resolucion 505 del 2026 por $450.000.000 inicio el 1 de Julio finalizacion 30 de Diciembre del 2026.

Por tal razon desde la Secretaria de Salud, solicita liquidacion anticipada del contrato **No 8504467 DE 2025** susctita entre el FFDS y las subredes, para asi dar continuidad al proceso de ejecucion de recuros del ministerio de salud.

Elaborado Por:



Nombre _Hilary Pinto Lopez_____

Cargo _Referente De Discapacidad_____

AP-GI-F-07-06

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

Tema: Seguimiento financiero estrategias Casas Más Bienestar y Certificación de Discapacidad – RLCPD

Dependencia (Dirección / Oficina)	**Proceso**
Dirección de provisión de servicios de salud	Gestión social y territorial en salud pública

Objetivo	Fecha: 4 de mayo 2026		
Realizar seguimiento a la ejecución financiera y operativa de los contratos suscritos con las Subredes Integradas de Servicios de Salud para la implementación de las estrategias Casas Más Bienestar y Certificación de Discapacidad y Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD), así como revisar proyecciones de ejecución, necesidades de ajuste presupuestal y posibles liberaciones de recursos.	Tipo de reunión	Asistencia Técnica: Asesoría ( ) Capacitación ( ) Orientación ( ) Acompañamiento ( )	
		Otro (X) _____	
	Modalidad:	Presencial ( )	Virtual ( ) Mixta ( )
	Lugar: Sala de juntas 5 piso edificio administrativo		
	Hora Inicio: 8:00 Hora Fin: 9:30		
	Notas por: Verónica Bracho		
	Próxima Reunión: Por definir		
	Quien cita: Dirección de provisión de servicios de salud		

TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS *

Desarrollo de la reunión

1. Seguimiento financiero estrategia Casas Más Bienestar

La Dirección de Provisión de Servicios de Salud presentó el análisis de ejecución financiera de los contratos suscritos con las Subredes Integradas de Servicios de Salud para la operación de la estrategia Casas Más Bienestar.

Se expusieron los indicadores de ocupación, número de usuarios atendidos y número de noches ejecutadas entre noviembre de 2025 y marzo de 2026, evidenciando comportamientos diferenciales entre las subredes.

Durante la revisión se informó que:

- La Subred Centro Oriente presenta el mayor porcentaje de ejecución financiera y ocupación, alcanzando niveles cercanos al 98 % de ocupación.
- La Subred Sur registra la menor ejecución financiera y bajos niveles de ocupación.
- Las Subredes Norte y Sur Occidente presentan comportamientos intermedios, aunque con saldos significativos pendientes por ejecutar.

Asimismo, se socializó que la ejecución consolidada de las Subredes corresponde aproximadamente al 6,97 % del total de los recursos asignados para la estrategia.

Posteriormente, se revisaron las proyecciones financieras elaboradas con base en el comportamiento operativo observado durante marzo de 2026, contemplando escenarios de continuidad y prórroga contractual para enero y febrero de 2027.

En este análisis se identificó que:

- Persistirían recursos sin ejecutar por un valor significativo.
- Las Subredes Sur y Sur Occidente concentrarían el mayor volumen de recursos susceptibles de liberación.
- La Subred Centro Oriente presenta capacidad de ejecución superior respecto a las demás subredes.

Adicionalmente, se revisaron escenarios de ajuste de capacidad instalada, incluyendo:

- incremento de camas para Centro Oriente;
- reducción de camas en Sur Occidente;
- y proyecciones de ocupación ajustadas según comportamiento operativo.

La Dirección de Provisión indicó la necesidad de adelantar ajustes presupuestales y administrativos conforme a las proyecciones revisadas.

2. Seguimiento financiero Certificación de Discapacidad y RLCPD

Posteriormente se presentó el seguimiento financiero relacionado con los contratos de certificación de discapacidad y Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad – RLCPD.

Durante la sesión se recordó el marco normativo aplicable, especialmente lo relacionado con la destinación específica de los recursos transferidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para financiar las valoraciones multidisciplinarias requeridas en el procedimiento de certificación.

Se revisó el estado de ejecución de los contratos financiados con recursos FFDS; recursos asignados mediante Resoluciones 1018 y 1752 de 2025; y recursos proyectados mediante Resolución 105 de 2026.

En el análisis financiero se evidenció:

- niveles de ejecución variables entre subredes;
- saldos pendientes de ejecución que podrían requerir devolución o ajuste;
- y diferencias en la capacidad operativa según el promedio mensual de autorizaciones gestionadas por

cada Subred.

Se socializaron además las proyecciones financieras a junio y diciembre de 2026, estimando posibles recursos sin ejecutar en algunas Subredes, particularmente en Centro Oriente.

La Dirección de Provisión señaló la necesidad de realizar ajustes financieros y administrativos oportunos con el fin de optimizar la utilización de los recursos asignados y evitar saldos sin ejecución al cierre de vigencia.

Observaciones finales

Se reiteró la importancia de remitir oportunamente la información requerida para permitir la gestión administrativa y presupuestal correspondiente desde la Secretaría Distrital de Salud, teniendo en cuenta las proyecciones de ejecución y la necesidad de optimizar el uso de los recursos asignados.

No siendo otro el objeto de la reunión se dio por finalizada la sesión a las 9:30.

COMPROMISOS*

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA
Remitir oficio institucional con análisis financiero de ejecución y solicitud de ajuste presupuestal y liberación de recursos para las estrategias Casas Más Bienestar y Certificación de Discapacidad – RLCPD.	Subredes Norte, Sur, Sur Occidente y Centro Oriente	12 de mayo de 2026
Revisar y consolidar desde la Secretaría Distrital de Salud las acciones administrativas requeridas para la liberación y redistribución de recursos.	Dirección de Provisión de Servicios de Salud	Posterior a recepción de oficios
Continuar seguimiento a la ejecución operativa y financiera de las estrategias.	Dirección de Provisión y Subredes	Permanente

REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO	TELÉFONO	DIRECCIÓN/ OFICINA/ ENTIDAD	FIRMA
1	Se adjunta listado de asistencia.				
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

ASISTENTES

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

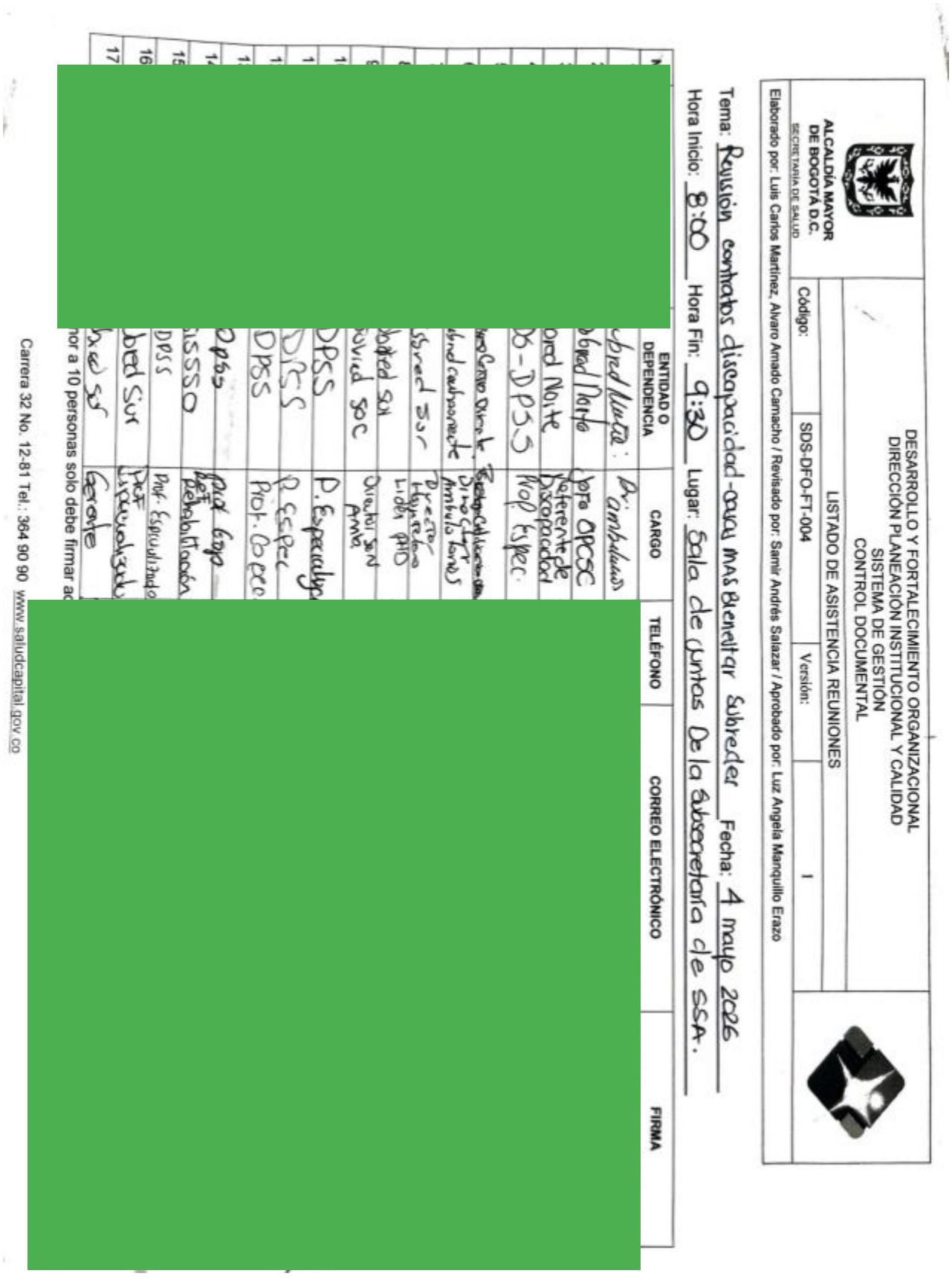
Nota: Cuando la asistencia es igual o superior a 10 personas, se debe hacer uso del formato Listado de asistencia a reuniones SDS-DFO-FT-004, según lo establecido en el lineamiento de Actas de Reunión.

Evaluación y cierre de la reunión

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

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

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



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

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

LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES

Código: SDS-DFO-FT-004 Versión: 1

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

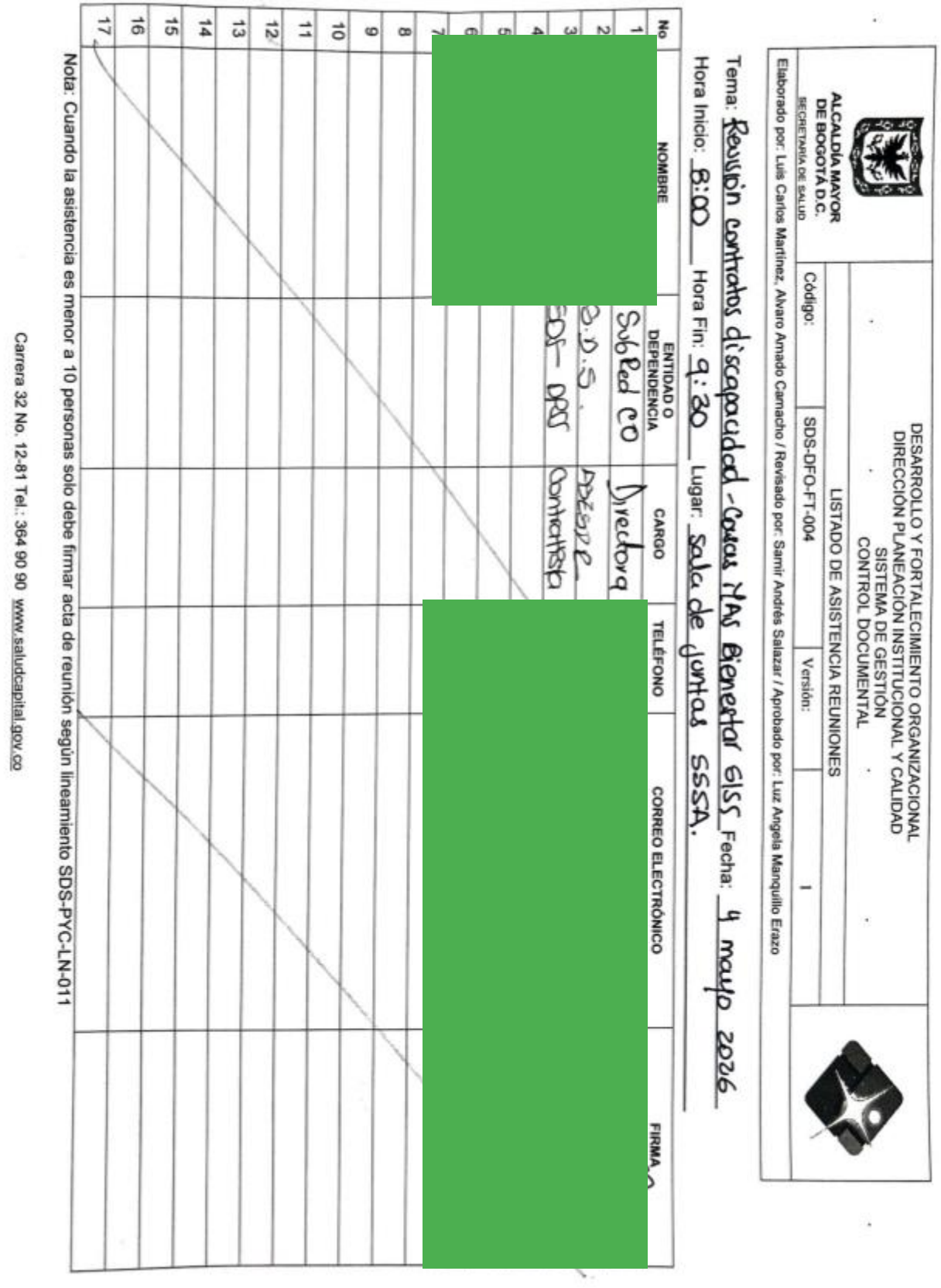
Tema: Revision contratos discapacidad-cuy mas Bienestar Subredes Fecha: 4 mayo 2026

Hora Inicio: 8:00 Hora Fin: 9:30 Lugar: Sala de juntas De la Subsecretaria de SSA.

	ENTIDAD O DEPENDENCIA	CARGO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	[redacted]				
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

Carrera 32 No. 12-81 Tel.: 364 90 90 www.saludcapital.gov.co

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



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

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

LISTADO DE ASISTENCIA REUNIONES

Código: SDS-DFO-FT-004 Versión: 1

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

Tema: Revisión contratos discapacidad - Casas Más Bienestar SISS Fecha: 4 mayo 2026

Hora Inicio: 8:00 Hora Fin: 9:30 Lugar: Sala de juntas SSSA.

No	NOMBRE	ENTIDAD O DEPENDENCIA	CARGO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	[redacted]	Subred CO	Director			
2		S.D.S.	Apoyo			
3		SDS- DPSS	Contratista			
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						

Nota: Cuando la asistencia es menor a 10 personas solo debe firmar acta de reunión según lineamiento SDS-PYC-LN-011