
 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 y fortalecimiento de la atención a víctimas del conflicto armado en el sistema de salud, con énfasis en barreras de acceso y socialización de protocolos.

Dependencia (Dirección / Oficina)	Proceso
Dirección de Provisión de Servicios de Salud	Gestión social y territorial en Salud pública


Objetivo	Fecha: 11-05-2026			
Aclarar lineamientos normativos y operativos para la atención de víctimas del conflicto armado, identificando barreras, fortaleciendo la articulación entre aseguradores y prestadores, y estandarizando la socialización de rutas y protocolos.	Tipo de reunión	Asistencia Técnica:		
		Asesoría ()	Capacitación ()	
		Orientación ()	Acompañamiento ()	
		Otro () Seguimiento		
	Modalidad:	Presencial (X)	Virtual ()	Mixta ()
	Lugar: Sala de cristal, edificio Idcbis, Secretaría Distrital de Salud			
	Hora Inicio: _8:00am_____ Hora Fin: __10:20am_____			
	Notas por: Laura Blandón			
Próxima Reunión: N/A				
Quien cita: N/A				

TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS *

El encuentro se abrió con la decisión de iniciar puntualmente para optimizar el tiempo disponible y dar continuidad a compromisos pendientes, específicamente orientados a revisar la atención a las víctimas del conflicto armado en la articulación entre subredes y aseguradores. En ese contexto se recordó que el espacio respondía a inquietudes surgidas en una mesa previa —en la que participaron víctimas— y que habían dejado dudas que era necesario aclarar con precisión, desde la perspectiva de aseguramiento y de la operación cotidiana en la red.

Como punto de partida, Gloria Inés Goyes, en calidad de profesional especializada de la Subdirección de Administración de Aseguramiento e integrante del grupo de Gestión de la Afiliación, realizó una intervención orientadora que buscó dar marco a la conversación desde datos poblacionales y desde el enfoque de barreras. Presentó un panorama de afiliación dentro de “poblaciones especiales” con corte a abril, señalando que el grupo mayoritario lo constituyen las víctimas del conflicto armado: de un total de 501.521 personas en poblaciones especiales, 443.090 (88,34%) corresponden a víctimas, lo que evidencia el peso relativo de este grupo y la necesidad de que los actores del sistema refuercen su capacidad de respuesta. Añadió que, en la distribución por régimen, estas víctimas se encuentran en el contributivo (57%) y en el subsidiado (48%), subrayando como elemento de “tranquilidad” que una proporción importante esté en el contributivo, en tanto sugiere presencia de capacidad de pago por vínculo laboral o cotización como independientes.

A partir de ese marco, describió cinco clases de barreras de acceso —tanto para afiliación como para la prestación de servicios— y las detalló desde situaciones recurrentes observadas en la práctica. En las barreras administrativas ubicó, de manera central, los problemas con documentos de identificación: personas que llegan desplazadas sin documentación,



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	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					

documentos desactualizados (por ejemplo, quienes aún tienen tarjeta de identidad siendo ya adultos) o ausencia de declaración formal de su condición de víctimas ante instancias como Procuraduría, Personería o Defensoría, lo que limita su afiliación y su reconocimiento diferencial. En las barreras geográficas indicó la dificultad de acceso en zonas de dispersión o ruralidad, donde la EPS pueden no tener IPS cercanas, lo que se traduce en recorridos más largos, tiempos de espera y desistimientos. Al referirse a barreras institucionales, enfatizó la falta de oportunidad para asignación de citas —medicina general y odontología como básicas—, además de las limitaciones aún mayores en especializadas, entrega de medicamentos e imágenes diagnósticas, lo que termina afectando la confianza del usuario. En las socioculturales resaltó, por un lado, la desconfianza hacia el Estado y la duda de afiliarse o usar servicios; y por otro, la ausencia de fortalecimiento suficiente del enfoque diferencial para comunicarse de manera asertiva con personas que tienen dialectos, costumbres y culturas distintas.

En esa misma línea, se subrayó un punto transversal que atravesó toda la reunión: la atención en salud mental. Se planteó que el acceso a servicios de salud mental es limitado, que la demanda se ha incrementado en general, pero que para víctimas el requerimiento es mayor y requiere estrategias específicas para llegar a ellas y garantizar una atención integral, considerando su historia de afectaciones y necesidades de recuperación. Este énfasis fue retomado posteriormente como recomendación prioritaria para todos los aseguradores, dado que las mesas de víctimas reiteran barreras en ese componente.

Tras el planteamiento de barreras, la conversación se orientó a clarificar rutas y reglas operativas de afiliación y acceso. Se explicó el trabajo de promoción de afiliación que realiza la Secretaría: presencia en centros de encuentro, atención diaria en horarios extendidos, revisión de casos y apoyo en diligenciamiento de formatos para afiliación a EPS elegida. En ese punto se abordó el rol del SISBEN: se reiteró que la encuesta SISBEN no es un requisito obligatorio para afiliarse (para víctimas y, en general, para ninguna persona), pero se insiste en la orientación para realizarla dentro de meses posteriores, porque determina condiciones de copago y permite exoneraciones cuando aplique, además de habilitar otros beneficios estatales en ámbitos como vivienda, educación o créditos. En términos operativos, se insistió en que el sistema requiere información clara para que EPS e IPS puedan identificar clasificación y aplicar exenciones, por lo que la orientación al usuario no puede quedarse en un “sí o no” sino en explicar el porqué y el para qué.

Un segundo bloque de la reunión se centró en la movilidad entre regímenes cuando finaliza una vinculación laboral o cuando una persona independiente pierde capacidad de aportar al contributivo. Se explicó que el afiliado debe reportar la novedad para que se haga movilidad del régimen contributivo al subsidiado y se citaron artículos del Decreto 780 (mencionados en la reunión como 2.1.7.7 y 2.1.7.8) como soporte para construir rutas internas de orientación y para evitar que las personas queden suspendidas por mora sin retiro formal. Asimismo, se detalló que, además del deber del empleador de reportar retiro laboral, el afiliado tiene la obligación de gestionar la novedad; se recordó el periodo de protección laboral (se mencionó un máximo de 30 días si ha cotizado con la misma EPS por 12 meses, y la posibilidad de prórrogas si ha cotizado cinco años o más), y se resaltó la importancia de que la EPS, si el usuario no hace el trámite, reporte e informe al afiliado y al ente territorial para evitar “suspensiones por mora” indefinidas que terminan perjudicando a todos: usuario, asegurador y calidad de la información del Ministerio. Este componente fue presentado como una herramienta práctica de prevención de barreras: si la movilidad se gestiona a tiempo, se protege continuidad de tratamientos, citas y entrega de medicamentos, reduciendo quejas que luego escalan a mesas distritales.



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

El tercer bloque abordó de manera detallada los pagos compartidos: copagos, cuotas moderadoras y cuotas de recuperación, incluyendo el momento del cobro y la forma en que deben aplicarse sin convertirlos en barrera. Se precisó que la cuota moderadora aplica al contributivo, mientras los copagos aplican tanto a subsidiado como a beneficiarios del contributivo, con variación según clasificación, topes y condiciones. Se hizo énfasis en que, para víctimas del conflicto armado, existen reglas de exención asociadas a su clasificación y a reconocimientos específicos, y que el problema recurrente no es solo la norma sino la aplicación consistente en los puntos de atención. En la conversación se insistió en la “marcación” en bases de datos y en que los prestadores consulten comprobadores de derechos y bases actualizadas para evitar cobros indebidos; incluso se planteó como meta aspiracional llegar a “cero quejas” por cobro asociado a mala marcación o a desconocimiento.

Aquí apareció uno de los énfasis más fuertes de observaciones frente a la presentación: se reconoció que, aunque la normatividad y los sistemas permiten verificar exenciones, las quejas se siguen generando por fallas de información y de socialización tanto a usuarios como al talento humano y a la red prestadora. Se propuso, como sugerencia concreta, que las EPS incorporen de forma explícita un ítem sobre copagos/pagos compartidos en los plegables o materiales que entregan sobre deberes y derechos, para que la explicación sea estándar y no dependa del criterio individual de quien atiende. Se explicitó que, en víctimas, la comunicación es difícil por la naturaleza flotante de la población y por la falta de datos de contacto fiables, pero que precisamente por eso se requieren herramientas para “llegar a ellos” con información clara, evitando que reclamos por supuestas barreras terminen escalando a mesas distritales por simples malentendidos.

En relación con el momento del cobro en hospitalización, se aclaró que al egreso la IPS debe verificar régimen, clasificación SISBEN, si pertenece a población especial y si el evento excede topes; con base en ello determina copago o exención total. Al mismo tiempo se estableció un principio operativo contundente: la IPS no puede negar el ingreso ni el acceso a servicios por no pago de copago, por lo que las validaciones deben ser administrativas y oportunas, sin convertirlas en “filtro de entrada”.

Después de este marco técnico, la reunión giró hacia el punto más operativo: la presentación de rutas por parte de aseguradores y las observaciones institucionales sobre implementación real. En este tramo, Sandra Beltrán reforzó el enfoque de barreras desde inspección, vigilancia y seguimiento, indicando que, en visitas a EAPB, se suele verificar si existen protocolos o manuales para poblaciones especiales, priorizadas y vulnerables, y que la mayoría refiere que sí los tiene; sin embargo, la pregunta crítica es si esos manuales se socializan de verdad con la red prestadora y si existe un responsable claro de socialización. La intervención fue especialmente concreta al señalar que las barreras se producen desde la primera línea: mencionó ejemplos como el personal de vigilancia que impide el acceso por no portar documento físico, pese a que basta con el número para verificación, y planteó que el “don de evaluar” no reemplaza el deber institucional de garantizar acceso y enfoque diferencial. Además, introdujo un tema específico de alta sensibilidad: dificultades con población LGBTI por el “nombre identitario”, donde se reportan quejas porque en admisiones se insiste en tratar al usuario por el nombre de la cédula sin reconocer el nombre identitario, evidenciando brechas en capacitación en enfoque diferencial que atraviesan a todas las poblaciones especiales. Su conclusión fue directa: socializar realmente protocolos y rutas debería disminuir de manera notable PQR, quejas y conflictos en la atención, aunque se reconoció la complejidad de “empoderar” usuarios y la tensión operativa que ello genera.



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

Con estas observaciones, se abrió la ronda donde cada asegurador disponía de alrededor de cinco minutos para explicar su ruta. En el caso de Gina Paola Díaz (**EPS Salud Total**), se presentó un protocolo de atención integral para víctimas que incorpora población PAPSIVI y beneficiarios de sentencias de la Corte Interamericana. La presentación organizó la implementación en componentes (coordinación, socialización, caracterización, formación y atención), enfatizando en la identificación y marcación por cruce de bases mensuales y el acceso interno a una plataforma (mencionada como Vivanto) para revisar bases y sostener marcación. Se describieron mecanismos de divulgación mediante intranet, asistencias técnicas y un proceso de capacitación nacional a través de una plataforma (mencionada como Unitotal), con exigencia de curso para personal administrativo y asistencial, incluyendo personal nuevo que ingresa a la institución. En caracterización se resaltó el uso de software de “programas especiales” para marcación interna, generación de alertas en aplicativos, seguimiento administrativo, demanda inducida y consolidación de cohortes con datos de contacto y ubicación; sin embargo, se reconoció una dificultad repetida: teléfonos errados, sin respuesta o fuera de servicio, lo que limita gestión activa. La presentación abordó, además, sugerencias de seguimiento con periodicidades diferenciadas para menores y mayores de 18 años y el rol de Gestión del Riesgo en la operación de esos seguimientos.

Las observaciones posteriores a la presentación de Salud Total se focalizaron en la articulación contractual y operativa con subredes: se preguntó expresamente por contratación con las cuatro subredes y por la socialización de la ruta hacia las subredes, para que sepan cómo accede la población víctima a servicios, si requiere autorizaciones y qué servicios están contratados. Se señaló una dificultad particular con la Subred Sur Oriente por demoras en respuestas y documentación, y se planteó como compromiso revisar el tipo de contratación (por evento o por población asignada), socializar la ruta y evitar que el usuario sea “trasladado” entre puntos sin claridad, lo cual termina llegando como queja a las instancias distritales.

Luego, Johan Peña (**Famisanar**) describió su manejo, indicando que la EPS cuenta con una población significativa de víctimas afiliadas y que existe concentración en IPS primarias como Colsubsidio y CAFAM, además de presencia en subredes (Sur Occidente, Norte y Centro Oriente). Explicó que la operación inicia con identificación y caracterización a partir de listados censales, adopción del protocolo con enfoque psicosocial y disponibilidad de manuales en un sistema interno (mencionado como Almera) para socialización. Señaló que se realiza socialización por lo menos trimestral a toda la corporación, reconociendo estigmas históricos con población víctima y la necesidad de trabajar culturalmente al interior de la organización. Para canalización de solicitudes, expuso el uso de correo, WhatsApp, PQR y un aplicativo, con tiempos de respuesta aproximados (mencionó hasta cinco días hábiles para contestación e inclusión en ruta en su red primaria) y direccionamiento a IPS para ingreso a ruta con equipos multidisciplinarios. También resaltó el fortalecimiento de red prestadora y la articulación con ruta de salud mental, aunque reconoció que muchas víctimas no aceptan o no adhieren a servicios de salud mental por diferentes razones, situación que requiere estrategias de abordaje diferenciadas. En su explicación se describió además el concepto de “marcación” interna y el valor operativo de que esa marcación sea visible en IPS primarias.

En el intercambio posterior surgió una solicitud concreta desde subredes: se explicó que Capital recibe base de asignación con marcación, pero que Sanitas habría entregado una base específica de población víctima que permitió cruces; se pidió establecer un compromiso para que esa base específica llegue de manera consistente, pues no se cuenta con acceso completo a la base total como “material” para caracterización e implementación de acciones. Se reconoció que el tema se había hablado en febrero y se acordó revisar la remisión de la base, reforzando la importancia de la información para no trabajar a ciegas ni depender de envíos ocasionales.



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

A continuación, se presentó **Compensar**, con un énfasis marcadamente operativo en integración de fuentes y marcación interna. Se explicó que consolidan bases de focalización del Ministerio y cruces de Unidad de Víctimas en una sola base y generan marcación en dos niveles: una marcación “macro” para la línea de frente (víctima del conflicto armado) y una desagregación para gestión del riesgo que permite seguimiento más puntual, separando víctimas con exoneración y sin exoneración, quienes tienen SISBEN y quienes no, además de identificar otros grupos referidos en la exposición (por ejemplo, víctimas de sentencias y algunos casos por ruteo). Señalaron que esa marcación permea distintos sistemas internos (se mencionaron herramientas como Geos, Portal RIS, SAP, SICU) para que autorizaciones, auditoría hospitalaria y puntos de atención tengan alertas y puedan evidenciar atenciones. También se describió la evolución de un esquema manual (cartas y bases) hacia el uso de un SharePoint donde se carga información mensualmente para IPS, y estrategias alternas cuando hay limitaciones tecnológicas (por ejemplo, IPS sin correos oficiales con acceso a SharePoint). Se explicó además un esquema de seguimiento semestral tipo lista de chequeo —similar a la verificación de Secretaría— y encuentros bimensuales para asistencia técnica por temas específicos, acompañado de formación mediante “Universidad Corporativa”. Al final, se planteó como parte de discusión la necesidad de que el usuario conozca canales de atención para evitar barreras por uso de un solo canal, enfatizando que muchas dificultades se originan en desinformación sobre el cómo gestionar solicitudes.

En el caso de Sandra Tamayo (**Nueva EPS**), se presentó un enfoque nacional con lineamientos desde dirección nacional y referentes territoriales. Se describió la captura y caracterización de víctimas a través de plataformas y descarga de población que se consolida en una herramienta interna (mencionada como SIGIRES), con acceso restringido para IPS con población asignada, permitiendo validar población por periodo. Se aportaron cifras nacionales de poblaciones especiales y víctimas (con predominancia en régimen subsidiado y con predominio femenino y ciclos de vida de adultez y vejez, según lo expuesto), y se explicó una complejidad operativa relevante: Bogotá recepciona población de todo el país y se observan casos de usuarios que residen en Bogotá, pero mantienen su IPS primaria en otros departamentos, a veces sin realizar portabilidad, lo que plantea retos de continuidad en atención y seguimiento. En cuanto a operación, se indicó que se realiza demanda inducida para atenciones por psicología, medicina general y enfermería, con requerimientos más amplios para menores (trabajo social, equipo extramural en otras zonales) y se reconoció que en Bogotá no cuentan con extramuralidad, estando en proceso de mejor articulación con subredes. Se insistió en la dificultad de salud mental, por negación, baja adherencia o falta de datos de contacto, lo que limita captación y seguimiento.

Uno de los puntos críticos derivados de esta presentación fue el anuncio de cambios y transición de profesionales y la preocupación de los asistentes por el impacto de rotación en la continuidad del trabajo con víctimas y salud mental. Ante ello se dejó como compromiso que, antes de un cambio de responsable, se realice articulación y entrega del proceso, incluyendo presentación del nuevo referente y mecanismos de apoyo para gestionar un volumen de solicitudes que se reconoció como alto.

Posteriormente, Sandra Sánchez (**Capital Salud**), líder de participación social y referente de víctimas para Bogotá, expuso cifras con corte a marzo: 141.161 víctimas de conflicto armado distribuidas entre Meta, Bogotá y Soacha, y la presencia de beneficiarios de 9 sentencias de Corte Interamericana, además de nuevos beneficiarios de Unión Patriótica a partir del mes mencionado. Describió la implementación del protocolo de atención con enfoque diferencial y el trabajo de 2026 para integrar víctimas dentro de componentes de población diferencial, con construcción de ruta que se desplegaría a prestadores. Relató un paso que se valoró como estratégico: una articulación con el área de operaciones (con acceso a Vivanto) para cruce de

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

bases, marcación y socialización específica sobre copagos con referentes de facturación y autorizaciones de subredes; se reconoció que, en la práctica, el facturador o el punto operativo no revisa bases extensas cuando el usuario llega, y por ello la marcación y las alertas en sistemas de información son determinantes.

En cuanto a socialización, Capital Salud indicó contar con cronograma semestral de capacitaciones desde Dirección de Atención al Usuario para socializar el protocolo al talento humano, especialmente primera línea. En caracterización, reconocieron que actualmente la marcación es general (“víctima del conflicto armado”) y que están trabajando con áreas TI para diferenciar 9 sentencias y Unión Patriótica, porque se identificó que los prestadores no distinguen subgrupos al momento de facturación o aplicación de exenciones, aun cuando la base mensual sí incluya información. También se mencionó un mecanismo de seguimiento a barreras: un auxiliar hace seguimiento a reportes de ente territorial, Ministerio u otros; se señaló que 9 sentencias se revisan bimensualmente, y que existe un “grave preventivo” articulado con directores de ambulatorio para gestionar citas urgentes y mitigar barreras asociadas a PQR.



Una parte particularmente significativa de la discusión —y que funcionó como observación crítica frente a las presentaciones— se centró en la aparición de nuevas obligaciones o protocolos específicos para poblaciones nuevas (Unión Patriótica) y el riesgo de confusión y duplicación. Se evidenció que la información llega por carpetas a operaciones y no necesariamente por correo a todos, y que se estaban solicitando matrices y reportes con plazos próximos, lo que incrementa carga operativa. Se cuestionó además que normativamente no exista una marcación específica por cada subgrupo, y se insistió en que la proliferación de procedimientos similares puede generar mayor confusión, más solicitudes de información y más riesgo de errores en campo.

Al cierre, se solicitó a los asistentes apoyar dos acciones logísticas: escanear un QR para actualizar directorio y diligenciar una encuesta de percepción del ejercicio del día, destacándose el valor de mantener comunicación y trazabilidad para próximos seguimientos. Esta parte, aunque operativa, se conectó con el espíritu del encuentro: sostener un directorio actualizado es un habilitante para la articulación, en especial cuando uno de los problemas reiterados fue la dificultad de identificar referentes, rotaciones de personal y demoras por ausencia de puntos de contacto claros.

En síntesis, la reunión funcionó como un espacio de ajuste donde se cruzaron la norma, la operación real y las barreras que llegan a las mesas de víctimas. Se reiteró que la calidad de la marcación y la socialización efectiva de protocolos a la red prestadora (y a la primera línea) son el punto más sensible, porque allí se juega la reducción de quejas por cobros indebidos, por negación de acceso, por trato inadecuado o por desorientación sobre rutas. También se reforzó que el componente psicosocial y la atención en salud mental requieren continuidad, estrategias de contacto y capacidad de respuesta articulada con subredes y prestadores, en tanto son una de las barreras más reiteradas por las mesas.

Finalmente, se visibilizó que el sistema enfrenta una tensión creciente: se amplían poblaciones y requerimientos de reporte, pero la operación depende de información unificada, canales claros y formación constante; de lo contrario, el usuario no es atendido de manera efectiva y oportuna, el prestador se blindo administrativamente y el ente territorial recibe escalamiento de casos por fallas que son evitables con mejor articulación.

En cuanto a compromisos, quedó acordado que Gina Paola Diaz (Salud Total) revisará y aclarará la articulación con subredes (incluyendo si la contratación es por evento o con población asignada) y, sobre todo, que se socialice la ruta con los prestadores para evitar desorientación del usuario y escalamiento de quejas. Se estableció igualmente que Sandra Tamayo

 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					

(Nueva EPS) retroalimentará y organizará el proceso frente a los cambios de responsables, asegurando entrega y continuidad antes de la transición, dada la preocupación expresada por el impacto de rotación en el seguimiento a víctimas y salud mental. Para Famisanar, a través de Johan Peña, se dejó el compromiso de fortalecer la articulación con subredes, especialmente en la entrega oportuna de bases dentro de los tiempos y en la disponibilidad de información para caracterización, atendiendo la solicitud explícita de contar con bases completas y no solo casos sueltos. Para Capital Salud, con Sandra Sánchez, se acordó que, una vez finalice la construcción de la ruta integrada dentro de poblaciones especiales/enfoque diferencial, se socialice para seguimiento posterior, reforzando el trabajo de marcación diferenciada (9 sentencias, Unión Patriótica) para que el prestador no dependa de revisar bases manuales al momento de la atención. De manera adicional, se recordó el compromiso de generar un espacio de trabajo específico entre referentes de subredes y el equipo relacionado con enfermería y PAPSIVI, con la recomendación de formalizar convocatoria por correo para asegurar asistencia y trazabilidad del acuerdo.



COMPROMISOS*

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA
Verificación de articulación con Subredes, entrega y actualización de información para el desarrollo adecuado de acciones de atención para víctimas del conflicto armado.	Referentes de cada EAPB	Según se requiera durante el año

REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO	TELÉFONO	DIRECCIÓN/ OFICINA/	FIRMA
1	Marcela Vargas Martínez	M2Vargas@saludcapital.gov.co	3204399754	Dirección de Provisión de Servicios de Salud	
2	Patricia Camargo Flórez	riasviolencias@subrednorte.gov.co	-----	Subred Integrada de Servicios de Salud Norte	
3	Gloria Ines Goyes Hidalgo	GIGoyes@saludcapital.gov.co	3002030739	Subdirección de Administración del Aseguramiento	
4	Laura Valentina Blandón Parra	LVBlandon@saludcapital.gov.co	3197874986	Dirección de Provisión de Servicios de Salud	

ASISTENTES

 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

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 anexan listados de asistencia.



 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-004	Versión:	1	

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



Tema: Seguimiento de Atención a población víctima del conflicto armado Fecha: Mayo 11 de 2020
 Hora Inicio: 8:00am Hora Fin: 10:00am Lugar: SAS - Sala de Control, Edificio Remedios

No	NOMBRE	ENTIDAD O DEPENDENCIA	CARGO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Lorena Polanco Sarmiento	SDS-DPSGT	Contratista	3163463094	cpolanco@saludcapital.gov.co	Lorena Polanco
2	Luz Helena Benaude	SDS-DPSGT	Contratista	3203524149	lhbenaudes@saludcapital.gov.co	Luz Helena Benaude
3	Fredy D. Beltrán B	SDS/SAA	Procurador Epi	317232054	sdbeltran@saludcapital.gov.co	Fredy B
4	Gino Pacho	EPS Salud Total	Gerente de Operación	32139321	gino.pacho@saludtotal.com.co	Gino Pacho
5	Gonzalo Suley Sanchez	Capital Salud	Lider P3	3154078551	liderp3@capital.salud.gov.co	Gonzalo Sanchez
6	Sandra Tere	Nueva EPS	PDPS-RUM	317503023	Sandra.terere@nuevaps.gov.co	Sandra Tere
7	Andrea Reyes Ochoa	Secretaría de Salud	Rel. Rob. Dif. en	3188150824	robaciondiferencia@secretariasalud.gov.co	Andrea Reyes
8	Johan Aldo Perdomo	Famisanor	Ref. Pol. Ciudad	3103433001	jperdomo@famisanor.com.co	Johan Aldo
9	Johana Andrea Alvarado	Compercor	Ent. Pol. Ciudad	3143231054	jperdomo@compercor.com	Johana Andrea
10	María del Pilar	SDS-DPSGT	Ref. Pol. Ciudad	324399359	maria.pilar@saludcapital.gov.co	María del Pilar
11	Andrea Polanco	Secretaría de Salud	Ref. Pol. Ciudad	3257241012	andrea.polanco@secretariasalud.gov.co	Andrea Polanco
12	Patricia Camargo	Secretaría de Salud	Ref. Pol. Ciudad	3106259820	patricia.camargo@secretariasalud.gov.co	Patricia Camargo
13	Juan Fernando Escobar	SDS-DPSGT	Contratista	3184375771	jfernandez@saludcapital.gov.co	Juan Fernando
14	Gloria I. Goyes H	SDS-SAA	Procurador Epi	3002030734	gigoyes@saludcapital.gov.co	Gloria I. Goyes
15	Fanny Dávalos	SDS-DPSGT	Contratista	3123444023	fanny.davalos@saludcapital.gov.co	Fanny Dávalos
16	Ana Sofía	SDS-DPSGT	Contratista	3128944444	anasofia@saludcapital.gov.co	Ana Sofía
17	Hector H. Sotelo L	Secretaría de Salud	Contratista	3182169824	hsotelo@secretariasalud.gov.co	Hector H. Sotelo

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

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

Tema: Seguimiento de atención a población víctima del conflicto armado Fecha: Mayo 11 de 2026
 Hora Inicio: 8:00 a.m. Hora Fin: 10:00 a.m. Lugar: SDS - Sala de Capital, edificio hemocentro

No	NOMBRE	ENTIDAD O DEPENDENCIA	CARGO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Laura V. Blandón P.	SDS-DESI	Proh. univ. y iton	314 787 4986	LVBlandona.lik@capitalgor.co	Laura V. Blandón P.
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						

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