Marque con una X según corresponda

Acta de Subred ____ Acta de Unidad Prestadora de Servicios ____ Acta de Sede de una Unidad __CENTRO DE SALUD PORVENIR ___

Nombre de la Unidad Prestadora de Servicios (si aplica)
_____

Nombre de Sede de la Unidad (si aplica)_____

Tipo de acta COMITÉ ___ REUNIÓN x___ OTRO ___		NÚMERO DE ACTA: 1
FECHA: 12 DE FEBRERO DE 2026	LUGAR: CENTRO DE SALUD PORVENIR	HORA INICIO: 3:00 pm
RESPONSABLE: IBET JUSSEFF MORA MURCIA		HORA FINAL: 5:00 pm

OBJETIVO DE LA REUNION

Plan de trabajo del equipo primario del centro de salud Porvenir FEBRERO la Subred se Conecta

ORDEN DEL DÍA (TEMAS A TRATAR)	
1.	Saludo
2.	Socialización del Tema Corporativo
3.	Seguimiento a los compromisos
4.	Seguimiento a indicadores de la Sede
5	Seguimiento a la cultura de seguridad
6	Seguimiento a las oportunidades de mejora de la Sede
7	Seguimiento a los resultados de paciente trazador
8	Seguimiento a PQRS
9	Seguimiento a resultados de auditorías de Adherencia de las GPC
10	Varios

REVISION DE COMPROMISOS

No	**Compromiso**	**Responsable**	**Fecha de cumplimiento**	**Cumplimiento**		
				Si	**No**	**Observaciones**
1						
2						

Total compromisos	**Compromisos Resueltos**	**% Cumplimiento**

DESARROLLO

1.SALUDO

La líder de la unidad la jefa Ibet Mora realiza la apertura de la reunión de mesa de equipo primario de sedes integradas del día 12/10/2026 siendo las 3:00 pm en el centro de salud porvenir con los puntos de la agenda.

REGLAS DE ORO

Se recuerdan los brigadistas del centro de porvenir, que son, Ibet Mora, Leidy Buitrago, Edwar Infante, Enid Maldonado, Deysi Galeano, se recuerda el sistema de alarma que son los pitazos tenemos salidas de emergencia puerta principal o puerta de parqueadero nuestro punto de encuentro se ubica al frente de la entrada de usuarios para tener en cuenta en caso que se presente alguna emergencia durante la ejecución de la reunión.

Se recuerda el uso del celular durante la reunión por favor modo silencio para evitar distractores, estar presentes durante la reunión.

Los temas varios se trataron finalizando la reunión para que podamos estar atentos y poder resolver las dudas que se presenta durante la misma.

SE VERIFICA QUORUM DE LA REUNIÓN

AGENDA DEL DIA		
HORA	**TEMA**	**RESPONSABLE**
3:00	Saludo	Lider de la Unidad
3:10	Socialización del Tema Corporativo	Secretario de la mesa
3:20	Seguimiento a los compromisos	Lider de la Unidad
3:30	Seguimiento a indicadores de la Sede	Lider de la Unidad
3:40	Seguimiento a la cultura de seguridad	Secretario de la mesa
3:50	Seguimiento a las oportunidades de mejora de la Sede	Lider de la Unidad
4:00	Seguimiento a los resultados de paciente trazador	Lider de la Unidad
4:15	Seguimiento a PQRS	Lider de la Unidad
4:30	Seguimiento a resultados de auditorías de Adherencia de las GPC	Lider de la Unidad
4:35	Varios	Lider de la Unidad

2.Socializacion Tema Corporativo

Se realiza lectura del tema corporativo del mes de febrero en el centro de salud porvenir.

DESARROLLO

Direccionamiento estratégico con responsabilidad social





DESARROLLO

SEGUIMIENTO A COMPROMISOS.

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	ESTADO DE CUMPLIMIENTO
Compromiso para los profesionales que les realizan auditoria ver las auditorias que se envían por medio de correo y de manera personal	Profesionales	Cumplido
Compromiso para las auxiliares de programa cuando Fabiola González este en la semana de taller con los crónicos por favor apoyar en la unidad	Auxiliares de enfermeria	Cumplido
Compromiso para la auxiliar del programa de sivigila siempre asistir de manera mensual al cove de sivigila puesto para el mes de diciembre no asistió	Auxiliar de sivigila	Cumplido

Se da lectura al Orden del día y se procede al desarrollo del plan de trabajo de la sede en la reunión de la Subred se Conecta.

Introducción: Esta reunión se formaliza como una oportunidad de mejora de la visita del Icontec, en la que se formalizan los Equipos Primarios en cada Sede en la reunión la Subred se Conecta. Con el fin de implementar una metodología para mejorar la calidad de los datos institucionales y realizar el seguimiento sistemático desde la gerencia de la Red.

Por lo cual, se establece un plan de trabajo, para realizar un seguimiento y un balance de indicadores de calidad, cumplimiento de metas, medición e impacto de las atenciones, la precisión en los diagnósticos de morbilidad y mortalidad, así como la información precisa y oportuna sobre la gestión de cada sede.

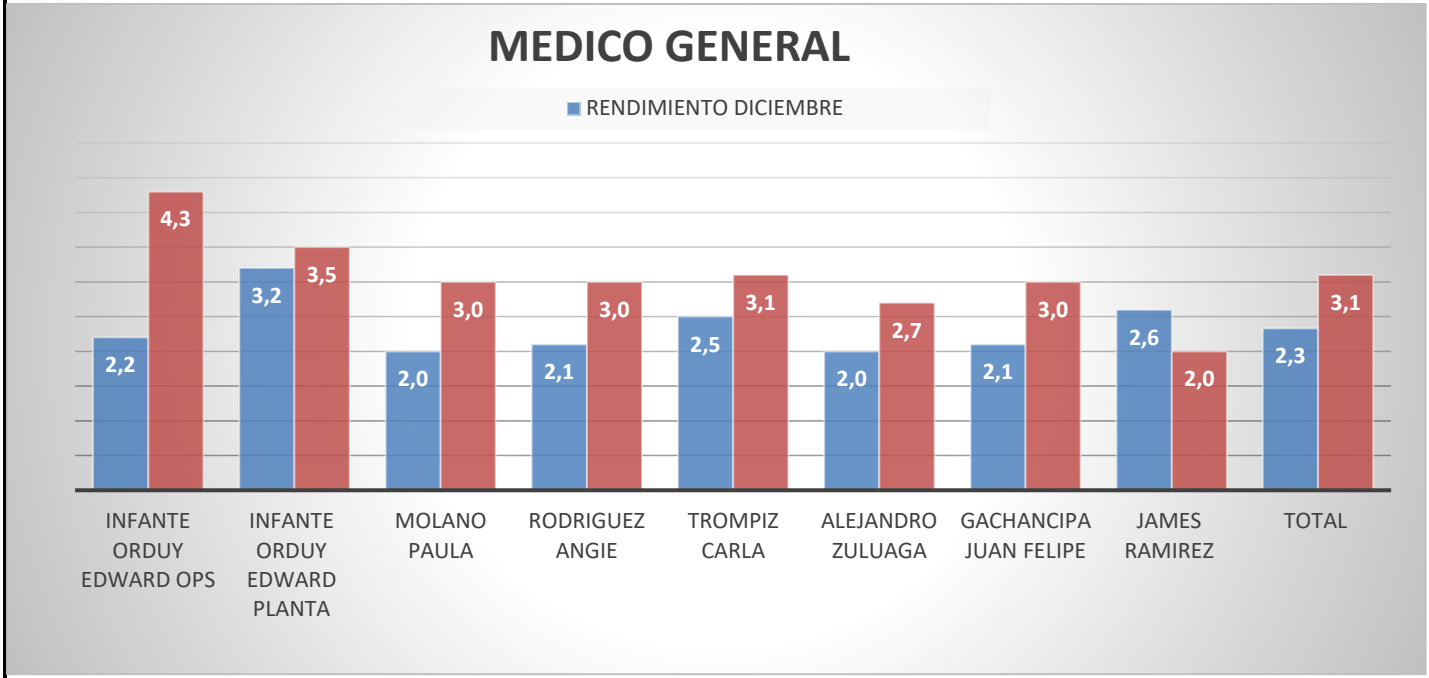
Se procede a desarrollar cada uno de los temas:

4.Seguimiento a los indicadores de la sede

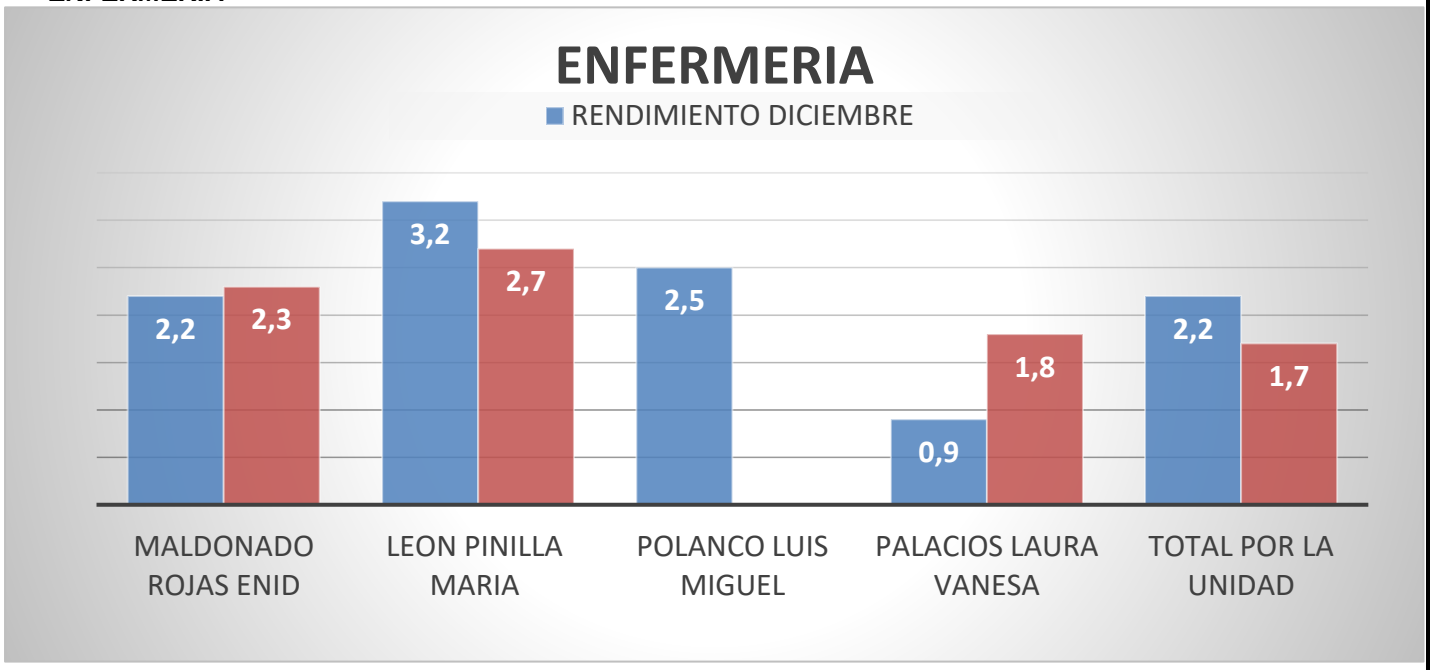
Se realiza la socialización de los indicadores de los profesionales en el centro de salud de porvenir referente al mes de diciembre y enero y corte de 11/02/2026 de productividad por cada profesional.

DESARROLLO

MEDICINA GENERAL

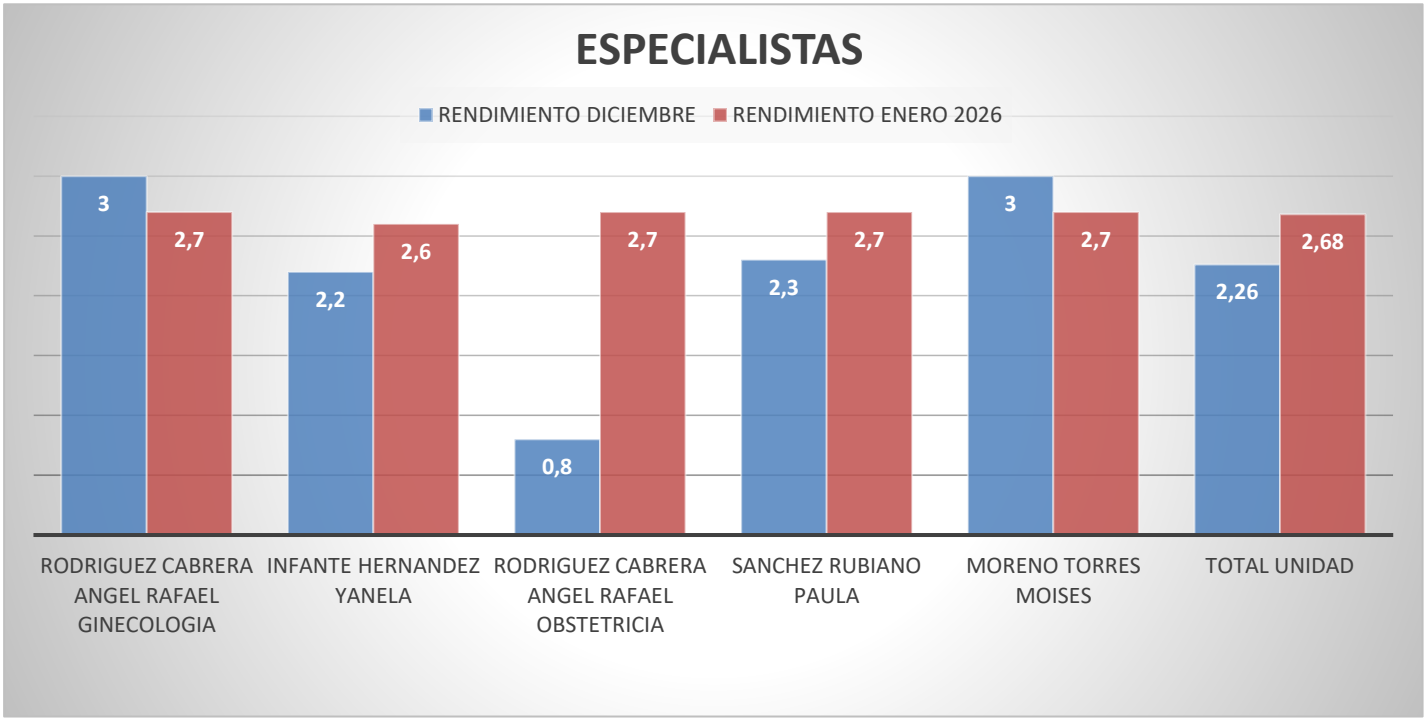


ENFERMERIA

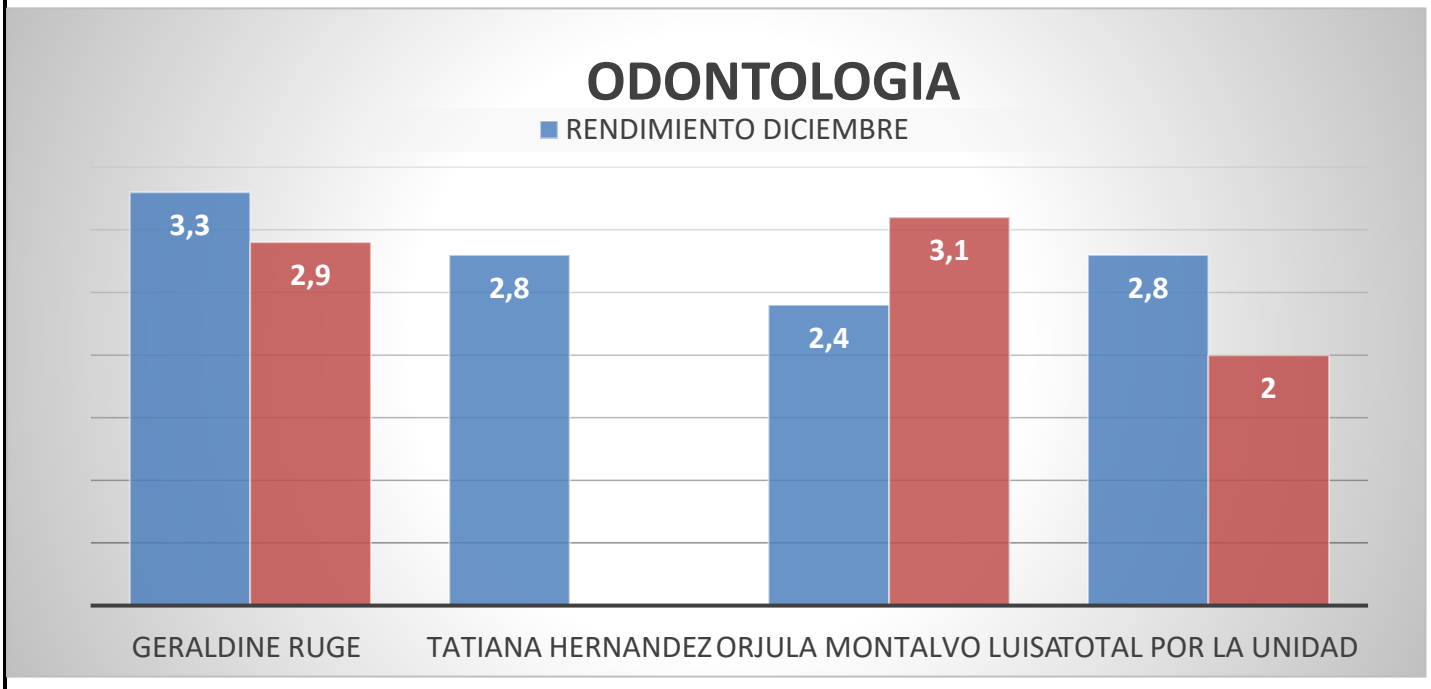


DESARROLLO

ESPECIALISTAS

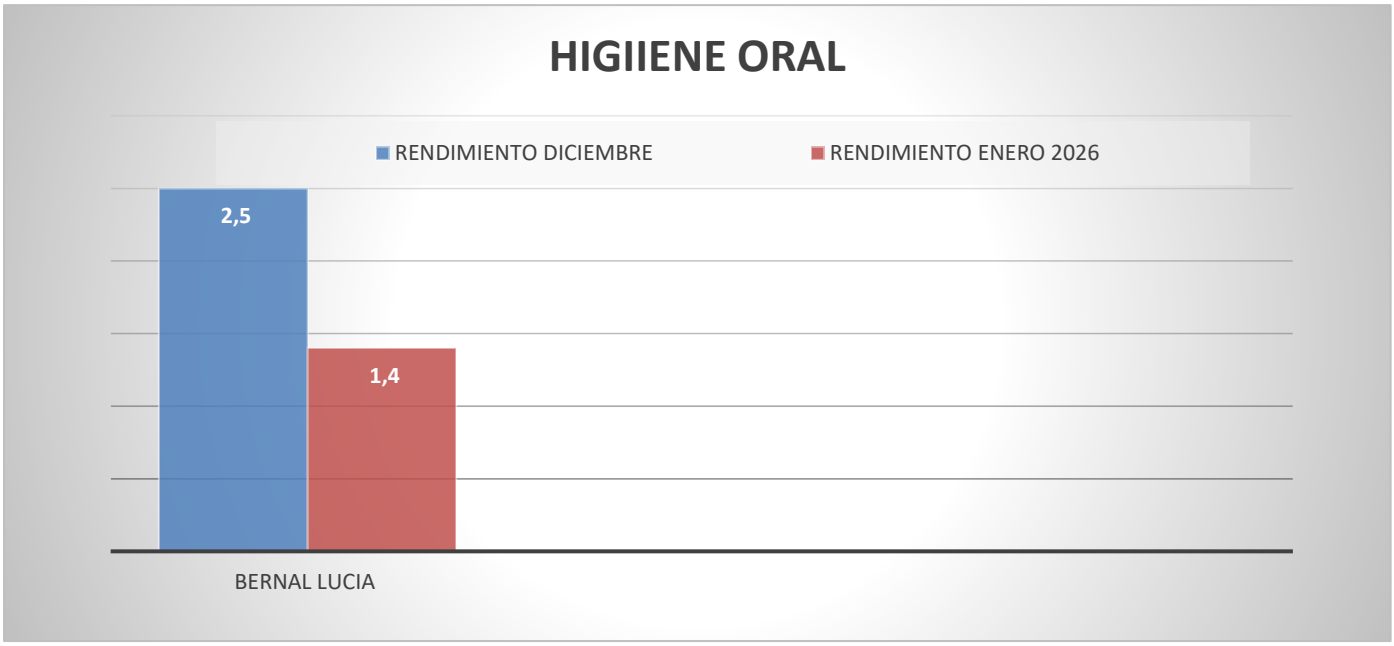


ODONTOLOGIA

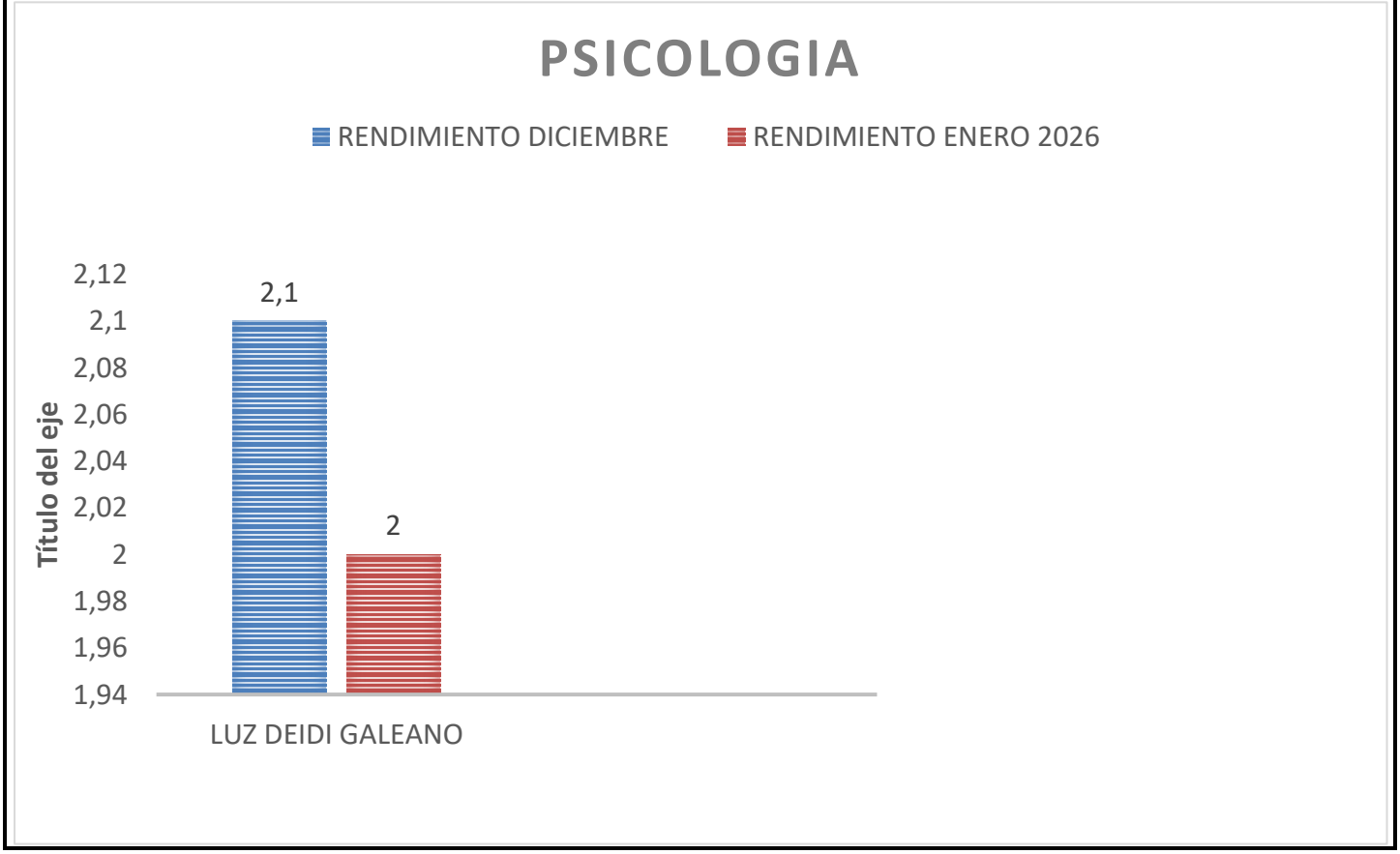


DESARROLLO

HIGIENE ORAL



PSICOLOGIA



DESARROLLO

SOCIALIZACION DE INDICADORES HASTA EL 11/02/2026

INDICADORES DE RENDIMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

SEDE	PROFESIONAL	PERFIL	febrero 2026						
			HORAS CONTRATADAS MES	HORAS LABORADAS EN CONSULTA	CONSULTAS REALIZADAS	RENDIMIENTO	PRODUCTIVIDAD	CONSULTAS ESPERADAS	CONSULTAS PENDI
PORVENIR	EDWARD ANDRES INFANTE ORDUY	MEDICO GENERAL	224	96	209	2,18	0,93	259,2	50
	JUAN FELIPE GACHANCIPA	MEDICO GENERAL	106	66	162	2,45	0,97	170,2	16
	PAULA MOLANO	MEDICO GENERAL	106	66	163	2,47	0,98	170,2	15
	ALEJANDRO ZULUAGA POVEDA	MEDICO GENERAL	106	66	178	2,70	0,96	170,2	0
	ANGIE PAOLA RODRIGUEZ	MEDICO GENERAL	93	33	77	2,33	0,83	88,1	12
	CARLA TROMPIZ	MEDICO GENERAL	106	72	202	2,81	1,09	194,4	-8
	JAMEZ RAMIREZ	MEDICO GENERAL	158	59	142	2,41	0,90	159,3	17

INDICADORES DE RENDIMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

SEDE	PROFESIONAL	PERFIL	febrero 2026						
			HORAS CONTRATADAS MES	HORAS LABORADAS EN CONSULTA	CONSULTAS REALIZADAS	RENDIMIENTO	PRODUCTIVIDAD	CONSULTAS ESPERADAS	CONSULTAS PENDI
PORVENIR	ENID MALDONADO	ENFERMERIA	158	64	137	2,14	0,82	160	23
	PALACIOS LAURA VANESSA	ENFERMERIA	106	72	125	1,74	0,67	180	55
	LEON PINILLA MARIA	ENFERMERIA	106	72	170	2,36	0,91	180	10

INDICADORES DE RENDIMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

SEDE	PROFESIONAL	PERFIL	febrero 2026						
			HORAS CONTRATADAS MES	HORAS LABORADAS EN CONSULTA	CONSULTAS REALIZADAS	RENDIMIENTO	PRODUCTIVIDAD	CONSULTAS ESPERADAS	CONSULTAS PENDI
PORVENIR	YANELA MIRANTE HERNANDEZ	MEDICO FAMILIAR	71	32	68	2,13	0,96	98	12
	ANGEL RAFFEL RODRIGUEZ	GINECOBSTETRA	32	8	14	1,75	0,44	20	6
	MOISES MORENO	MEDICO INTERNISTA	37	19	45	2,37	1,22	47,5	3
	PAULA SANCHEZ	PEDIATRIA	78	29	64	2,21	0,82	72,5	5
	LIZ DEBY GALEANO	PSICOLOGA	166	75	152	2,03	0,92	150	-2

INDICADORES DE RENDIMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

SEDE	PROFESIONAL	PERFIL	febrero 2026						
			HORAS CONTRATADAS MES	HORAS LABORADAS EN CONSULTA	CONSULTAS REALIZADAS	RENDIMIENTO	PRODUCTIVIDAD	CONSULTAS ESPERADAS	CONSULTAS PENDI
PORVENIR	GERALDINE RUGE	ODONTOLOGIA	168	56	81	1,45	0,48	168	87
	LUCIA BERNAL	HIGIENE ORAL	168	62	245	3,95	1,32	186	-59

DESARROLLO

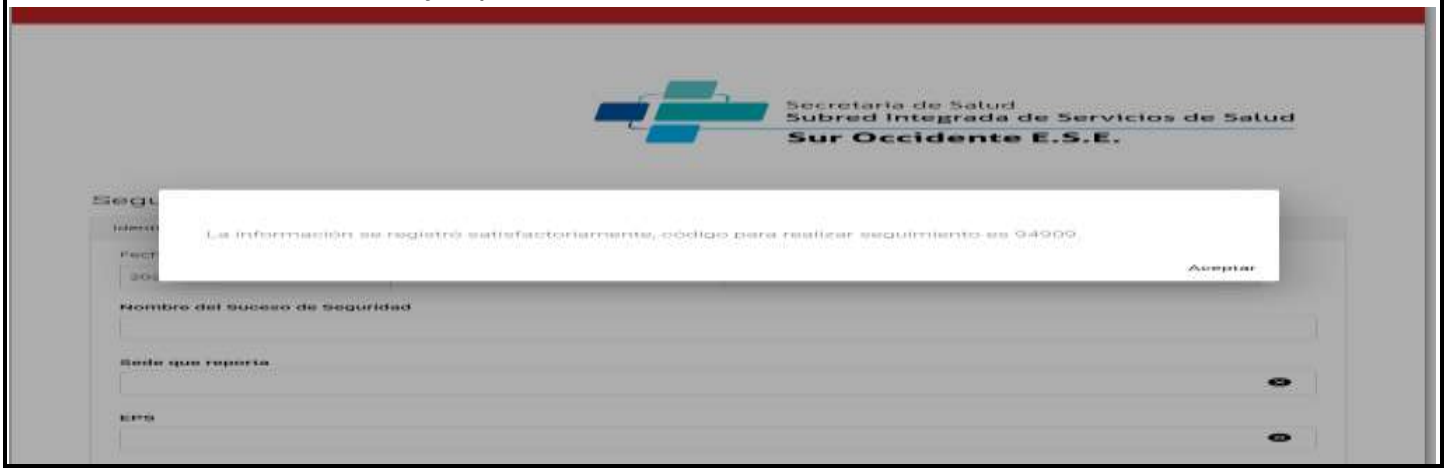
Seguimiento indicador de almera

Indicador	Mini gráfico	Medición previa	Último valor	Meta
sede_porvenir_1. Oportunidad en asignación de citas de primera vez Medicina General USS Porvenir		2,0D	3,9D	3,0D
sede_porvenir_2. Oportunidad en asignación de citas de primera vez Enfermería USS Porvenir		1,6D	2,1D	3,0D
sede_porvenir_3. Oportunidad en asignación de citas de primera vez Odontología USS Porvenir		2,0D	4,7D	3,0D
sede_porvenir_4. Porcentaje de Inasistencia Medicina General USS Porvenir		2,1%	5,7%	10,0%
sede_porvenir_5. Porcentaje de Inasistencia Enfermería USS Porvenir		0,0%	3,0%	10,0%
sede_porvenir_6. Porcentaje de Inasistencia Odontología USS Porvenir		11,5%	11,3%	10,0%
sede_porvenir_7. Porcentaje satisfacción general USS Porvenir		98,2%	98,3%	90,0%
SP sede_porvenir_8. Reporte Sucesos de Seguridad Centro de Salud Porvenir		20	30	
HA sede_porvenir_9. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Familiar en la USS Porvenir		1,6D	2,2D	15,0D
sede_porvenir_11. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de primera vez de Ginecobtetricia USS Porvenir		1,0D	1,0D	5,0D
HA sede_porvenir_10. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna en la USS Porvenir		1,5D	2,8D	15,0D
HA sede_porvenir_12. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría en la USS Porvenir		6,1D	4,7D	5,0D
SP sede_porvenir_13. Porcentaje de Suficiencia del talento Humano USS Porvenir		95,7%	96,3%	95,0%
sede_porvenir_14. Porcentaje de Inatención USS Porvenir		0,0%	3,5%	3,0%
SP SPAC41. Adherencia a la técnica de Higiene de manos Sedes baja complejidad		74,7%	70,3%	85,0%
SP SPAC40. Adherencia a la oportunidad de higiene de manos Sedes baja complejidad		84,8%	72,3%	85,0%
SP SPAC21. Adherencia a Buenas Prácticas de Seguridad de Paciente Servicios Ambulatorios		78,3%	84,3%	80,0%

5. Seguimiento a la cultura de seguridad

Se pregunta a los funcionarios de la unidad de porvenir si durante el mes de diciembre y enero se presentaron hallazgos de impacto de riesgo que afecten la prestación del servicio.

En el momento se manifiesta los escases de insumos que se presenta en la unidad se realiza el pedido de manera quincenal y llega incompleto, como por ejemplo no llega kit de espéculos para toma de citología en si totalidad, se evidencio ausencia de bata manga larga para el profesional y bata manga corta para paciente porque no llego en 3 pedido que se hicieron solicitando préstamo en otras unidades, como también la falta de otoscopio puesto se ha solicitado y no llega y esto afecta a los médicos generales poder realizar un examen completo se ha realizado de reporte de suceso de seguridad por no contar con el insumo y la líder manifiesta que la gerente ya tiene conocimiento de los sucedió ya que a la fecha no somos la única unidad.



DESARROLLO

6. Seguimiento a las oportunidades de mejora de la sede.

Se realiza seguimiento a las oportunidades de mejoras presentadas anteriormente en la unidad de porvenir 93092 - 1 Revisar la dotación de la UBA Móvil del Centro de salud Porvenir y establecer la población de atención en este espacio.

Se realiza verificación de la uba móvil y se establece que se atenderá población que no presente ninguna condición de discapacidad, que sea adulto mayor, no gestante, no menores de 5 años, no personas con obesidad, para evitar el ascenso al uba móvil y puedan generar una caída, como también se estableció que se llevara a cabo agenda manual para garantizar la correcta asignación del paciente.

7. Seguimiento a paciente trazador

Se realiza socialización de la auditoría realizada de paciente trazador en el centro de salud porvenir del IV trimestre 2025 con los respectivos hallazgos.

Se presenta resultado favorable para la sede con **94 %**

ID 1880055

LISTA DE CHEQUEO CICLO DE SERVICIO

1. DERECHOS DEL PACIENTE

- La sede cuenta con piezas comunicativas en sala de espera y en los consultorios para la socialización de deberes y derechos, además, se realizan charlas en sala de espera por cuenta de las auxiliares de servicio al ciudadano.
- Se cuenta con mecanismos de divulgación de derechos y deberes para personas discapacitadas como la cartilla en Braille.
- Los colaboradores conocen adecuadamente los deberes y derechos de la organización y estos se socializan a los pacientes en el proceso de atención, reforzar.
- Los usuarios entrevistados tienen poca recordación de los derechos y deberes socializados. (entre otros - 1012481343 - 1030646244 - 1028410967).
- Se tiene poca recordación por los colaboradores del código de integridad de la institución.
- Se brinda la oportunidad de sacar cita con el profesional de la preferencia del usuario como uno de sus derechos, se ofrecen la opción de otros profesionales cuando no se tiene esta posibilidad.
- Generalmente se brinda información adecuada del derecho a una segunda opinión calificada de su condición médica.

2. **SEGURIDAD DE USUARIO**

- Los colaboradores tienen conocimiento adecuado de la política de Seguridad del Paciente, se conoce su ubicación en Almera, se tiene conocimiento del programa de seguridad.
- Se tiene regular conocimiento de la taxonomía de seguridad, reforzar la definición de los sucesos de seguridad en colaboradores.
- Los colaboradores conocen la forma de hacer reportes de seguridad, sin embargo, se realiza poco reporte en el aplicativo.

DESARROLLO

- Se tiene adecuado concepto de tecnovigilancia, Hemovigilancia, reactivo vigilancia y fármaco vigilancia. Reforzar en colaboradores nuevos.
- Inicialmente la identificación de alergias es realizada por el facturador, no se realiza a todos los usuarios requirentes.
- Se realiza adecuadamente la estrategia de comunicación redundante.
- Se conoce y aplica la buena práctica de medicamentos seguros.
- Se realiza reconciliación medicamentosa en el momento de la atención y queda registrada en la historia clínica.
- Al momento de la auditoría se cumple adecuadamente con los momentos del lavado de manos, reforzar tiempos y técnica.
- Se cumplen con las normas de bioseguridad y se realiza desinfección rutinaria y terminal en los procesos de atención auditados, (se presenta escasez de batas para usuarios y profesionales) Las carpetas de limpieza y desinfección de servicios generales, servicios y de los consultorios se encuentran actualizadas.
- Se tiene conocimiento adecuado de los eventos de seguridad del servicio.
- Se tiene conocimiento de la guía de reacción inmediata y sus lineamientos, reforzar el objetivo de la guía.
- Se tiene cumplimiento adecuado con las medidas preventivas de Covid 19 y de posible transmisión de infecciones en sala de espera, poco distanciamiento social en la mañana.
- Se conocen los mecanismos para identificar el riesgo del usuario con respecto a la infección por covid-19, poco distanciamiento en sala de espera y fila en atención al usuario.
- Se realiza identificación de (Dolor, Alergias Caídas y Sintomático Respiratorio) no se coloca sticker a todos los requirentes.

3. ACCESO

- Se tiene adecuado conocimiento del portafolio actualizado de servicios en facturación y primer contacto y su ubicación en Almera.
- Para la estrategia de las manillas de identificación al ingreso, no se cuenta con manillas, se realiza plan de contingencia, no a todos los requirentes.
- se tiene adecuado conocimiento del ciclo o ruta de atención desde la llegada del usuario hasta el egreso.
- Se hace adecuada identificación de riesgos de caídas y se aplican de igual forma las estrategias de stickers institucionales.
- Se tiene conocimiento adecuado de las barreras de acceso en la sede, se realiza registro en el aplicativo “Si cuentanos Bogotá.”
- El usuario es informado sobre los trámites administrativos, copagos y/o documentación adicional que se requiera.
- Se realiza manejo humanizado del dolor en primer contacto, se tiene registro actualizado de la priorización.
- Se tiene conocimiento de los tiempos de espera administrativos y para la consulta. Se tiene claridad en tiempos de inasistencia.
- Se tiene adecuado cumplimiento del tiempo administrativo, se presenta demora por lentitud en sistema Dinámica, alta demanda y llegada tarde de unos usuarios
- Los usuarios tienen poca recordación del nombre del profesional que lo atendió.
- Reforzar el portafolio de servicios institucional actualizado, más con colaboradores nuevos.

4. REGISTRO E INGRESO

- Los colaboradores regularmente se presentan con el paciente y se aplican los cuatro inequívocos de identificación.

DESARROLLO

- Los profesionales generalmente realizan comunicación redundante durante la atención para verificar que la información y educación brindada sea entendida.
- Los colaboradores saben ingresar al aplicativo Almera para consultar guías manuales protocolos y documentos de referencia de su labor, no todos los colaboradores tienen activa la clave - usuario para aplicativo Almera.

5. EVALUACIÓN DE NECESIDADES AL INGRESO

- Se hace identificación de las necesidades del usuario y se gestionan por el colaborador desde su pertinencia.
- Se dan recomendaciones para la preparación de la realización de las intervenciones programadas.
- En primer contacto se realiza poca demanda inducida, reforzar.
- Se informa al usuario el lugar y el tiempo para el llamado de su atención.

6. PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN

- Se conoce como consultar las Guías de práctica clínica adoptadas por la institución, no todos los colaboradores pueden ingresar al aplicativo Almera.
- Se ha tenido capacitación, inducción y reinducción a los colaboradores.
- Se recomienda fortalecer demanda inducida a los diferentes programas de P y D.
- Los colaboradores conocen mecanismos para involucrar al usuario y su familia en el cuidado de la salud.
- Se tiene conocimiento del protocolo de los resultados críticos (imágenes y/o laboratorio clínico).
- Se cuenta con pocos elementos de humanización en el ambiente físico de la atención (comodidades, señalización, información, Condiciones de silencio, Condiciones locativas y tecnológicas que promuevan atención oportuna, reducción de esperas y filas).
- Se conoce y aplica la política de humanización enmarcada en el respeto hacia el usuario, su privacidad y su dignidad, reforzar las estrategias para el colaborador, el usuario y su familia.

7. EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO

- Se realiza comunicación redundante verificando el entendimiento de los usuarios frente a la información y educación suministrada.
- Se conoce la ruta de activación de víctimas de violencia intrafamiliar y maltrato infantil.
- Se realiza identificación del registro enfermedad mental y riesgo de suicidio en consulta, se registra en la historia clínica.

8. EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN

- Se ha recibido retroalimentación de los resultados de auditorías realizadas.
- Se tiene poco conocimiento de los criterios del consultador crónico. Se refuerza.
- Se hace poca promoción del buzón de sugerencias por parte de los colaboradores, el buzón cuenta con papelería actualizada.
- Los colaboradores conocen adecuadamente el portafolio actualizado de servicios de la institución.

9. SALIDA Y SEGUIMIENTO

- En el momento de la auditoría se realiza cierre de ciclo de servicio, para direccionamiento, información y resolver dudas por parte de primer contacto auxiliar de servicio al ciudadano.
- Los profesionales tratantes suministran información básica al usuario y su familia sobre resultados de su estado de salud y dan las recomendaciones y signos de alarma pertinentes.

10. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

DESARROLLO

- Se conoce el procedimiento de referencia y contrarreferencia y se da información al usuario sobre dónde y en qué horarios se suministran los medicamentos y la información para solicitar la nueva cita y para realizar los trámites administrativos requeridos.
- El profesional indica la preparación para la toma de exámenes.
- Se informa al usuario sobre cómo solicitar la cita y los trámites administrativos que debe realizar.

. SEDES INTEGRADAS EN RED

- Se hace adecuada demanda inducida, remisión a programas de promoción y prevención, se registra en la historia clínica.
- Se informa al usuario el lugar de la prestación del servicio especializado o en otras sedes
- Se conoce el portafolio de su área. Reforzar la conformación de la red de servicios institucional actualizada.

12. DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA

- Se tiene adecuado conocimiento de la plataforma estratégica actual de la institución, reforzar.

13. TALENTO HUMANO

- Se evidencia conocimiento adecuado y participación en las estrategias institucionales de humanización, atención humanizada con respeto y dignidad.
- Los colaboradores manifiestan que les realizaron inducción y entrenamiento en puesto de trabajo.

14. GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO

- Se cuenta con indicadores de calidad para el proceso de esterilización.
- No se cuenta con suficientes altavoces para el llamado de los pacientes (dañados 2 de 3 en facturación).
- Se tiene conocimiento parcial del plan de emergencias institucional y del específico para la sede.
- Se tiene conocimiento de los pasos a seguir en caso de fuga de pacientes.
- Se presenta adecuada adherencia al plan de gestión integral de residuos.

15. GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA

- Se tiene adherencia al cronograma de mantenimiento de equipos.
- Se cuenta con las hojas de vida centralizadas sistematizadas.
- Se cuenta con algunas guías rápidas de manejo.

16. MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

- Se conocen de forma adecuada los planes de mejoramiento de la sede.
- Se tiene conocimiento de los planes de mejoramiento individual según los resultados de auditorías.
- Se tiene adecuado conocimiento de las Oportunidades de Mejora de la sede y de la institución.

17. SATISFACCIÓN

- Los usuarios están satisfechos con la calidez de la persona que lo atendió.
- Se tiene adecuada satisfacción, existe dificultad en el logro de las citas, principalmente para algunas especialidades.

OTROS HALLAZGOS

- El dispensador en facturación no tiene bolsa de Supragel.
- Daño en dos de tres micrófonos en facturación.
- Se presenta falta de insumos y elementos de consumo como guantes con tallas adecuadas para enfermería (solo se cuenta con talla L),
- Se observa escasez de insumos para odontología, hoy no se cuenta con cepillos para profilaxis, ni anestesia sin vasoconstrictor, pocos indicadores clase V para esterilización.

DESARROLLO

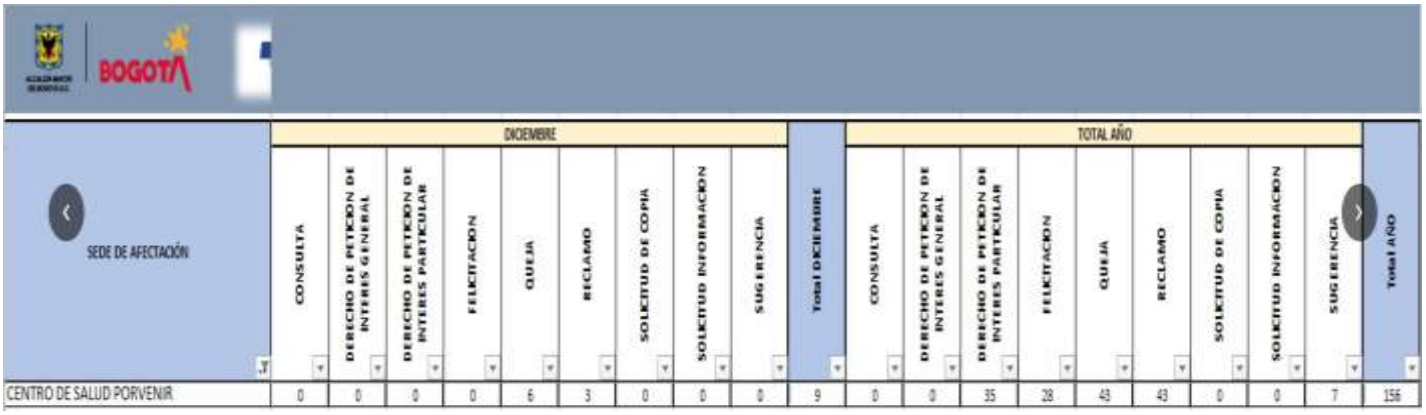
Se hace reconocimiento a la buena actitud de los colaboradores a la auditoría, la inmediata gestión para la mejora y atención al usuario con compromiso y vocación de servicio.

Se hace reconocimiento a la buena actitud de los colaboradores a la auditoría, la inmediata gestión para la mejora y atención al usuario con compromiso y vocación de servicio.

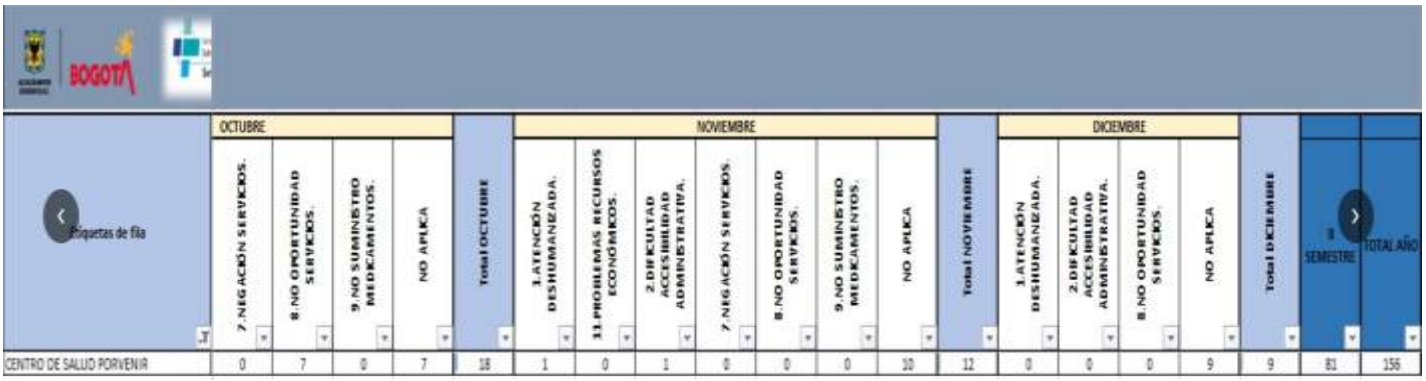
8. Seguimientos a PQR

Se realiza socialización de los PQR que se han presentado del IV trimestre 2025 en la unidad de porvenir.

Recordando que debemos de prestar un trato humanizado, brindando la mejor información hacia el usuario.



SEDE DE AFECTACIÓN	DICIEMBRE										TOTAL AÑO									
	CONSULTA	DERECHO DE PETICION DE INTERES GENERAL	DERECHO DE PETICION DE INTERES PARTICULAR	FELICITACION	QUEJA	RECLAMO	SOLICITUD DE COPIA	SOLICITUD INFORMACION	SUGERENCIA	Total DICIEMBRE	CONSULTA	DERECHO DE PETICION DE INTERES GENERAL	DERECHO DE PETICION DE INTERES PARTICULAR	FELICITACION	QUEJA	RECLAMO	SOLICITUD DE COPIA	SOLICITUD INFORMACION	SUGERENCIA	Total AÑO
CENTRO DE SALUD PORVENIR	0	0	0	0	6	3	0	0	0	9	0	0	35	28	43	43	0	0	7	156



Etiquetas de fila	OCTUBRE				Total OCTUBRE	NOVIEMBRE							Total NOVIEMBRE	DICIEMBRE				Total DICIEMBRE	II SEMESTRE	TOTAL AÑO
	7.NEGACIÓN SERVICIOS.	8.NO OPORTUNIDAD SERVICIOS.	9.NO SUMINISTRO MEDICAMENTOS.	NO APLICA		1.ATENCIÓN DESHUMANIZADA.	11.PROBLEMAS RECURSOS ECONÓMICOS.	2.DIFICULTAD ACCESIBILIDAD ADMINISTRATIVA.	7.NEGACIÓN SERVICIOS.	8.NO OPORTUNIDAD SERVICIOS.	9.NO SUMINISTRO MEDICAMENTOS.	NO APLICA		1.ATENCIÓN DESHUMANIZADA.	2.DIFICULTAD ACCESIBILIDAD ADMINISTRATIVA.	8.NO OPORTUNIDAD SERVICIOS.	NO APLICA			
CENTRO DE SALUD PORVENIR	0	7	0	7	18	1	0	1	0	0	0	10	12	0	0	0	9	9	81	156

DESARROLLO

SEDE DE AFECTACIÓN	DICIEMBRE						TOTAL AÑO							
	BUZON	EMAIL	ESCRITO	REDES SOCIALES	SDQPC	Total DICIEMBRE	BUZON	EMAIL	ESCRITO	PRESENCIAL	REDES SOCIALES	RENDICION DE CUENTAS	SDQPC	TOTAL AÑO
CENTRO DE SALUD PORVENIR	7	0	1	0	1	9	126	15	8	0	0	0	8	157

9. Seguimientos a resultados de la auditoria de adherencia de las GPC

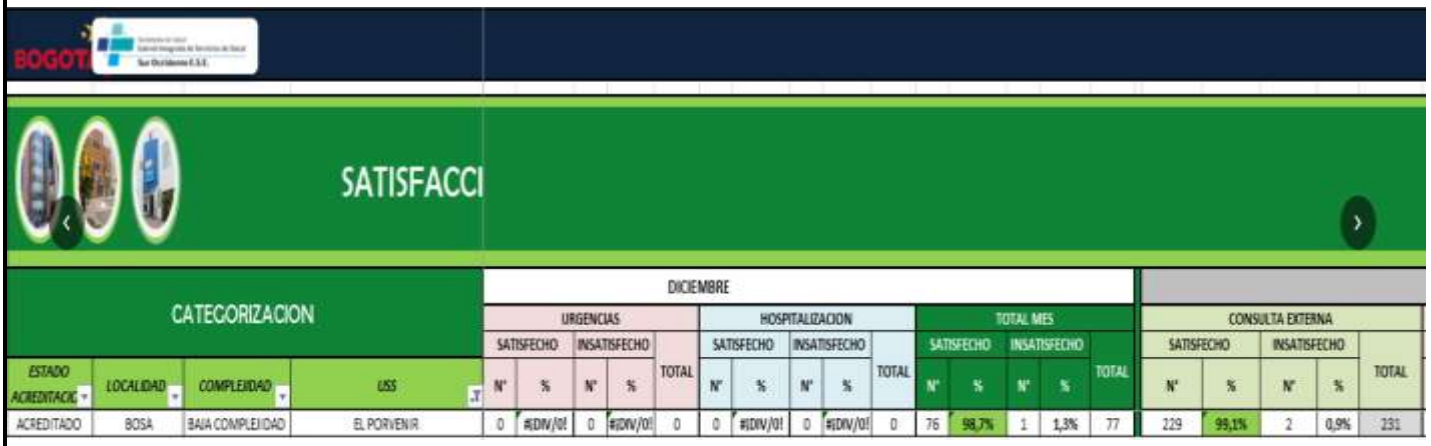
Se informa a los profesionales que se les indicara las auditorias socializadas durante el III y IV trimestre del 2025 en la unidad de porvenir con su respectivo porcentaje por unidad y profesional

SEGUIMIENTO RESULTADOS DE AUDITORIA USS PORVENIR					
NOMBRE DE AUDITORIA	PERIODO DE AUDITORIA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	CUMPLIMIENTO SUB RED	CUMPLIMIENTO SEDE
Auditoría de adherencia a la guía de manejo control prenatal IV Trimestres 2025 92 %	IV TRIMESTRE 2025	ENID ESMEDI MALDONADO	95%	86%	85%
		INFANTE ORDUY EDWARD ANDRES	90%		
		TROMPIZ HENRIQUEZ CARLA	100%		
		RODRIGUEZ CABRERA ANGEL RAFAEL	70%		
Adherencia a guía de manejo especifica para Infección de Vías Urinarias (IVU) en gestantes IV trimestre 2025	IV TRIMESTRE 2025	INFANTE ORDUY EDWARD ANDRES	92%	92%	95%
		TROMPIZ HENRIQUEZ CARLA	96%		
Auditoria de adherencia a los lineamientos para cuidado preconcepcional IV TRIMESTRE 2025 83 %	IV TRIMESTRE 2025	PALACIOS LOPEZ LAURA	100%	87%	88%
		ENID ESMEDI MALDONADO	77%		
		LEON PINILLA MARIA	100%		
Auditoria de adherencia a la guía de Hipertensión arterial IV trimestre del 2025	IV TRIMESTRE 2025	INFANTE HERNANDEZ YANELA	96%	85%	85%
		GACHANCIPA ORTIZ JUAN FELIPE	88%		
		INFANTE ORDUY EDWARD ANDRES	81%		
		MOLANO OSORIO PAULA KATHERINE	92%		
		RODRIGUEZ MEDINA ANGIE APOLA	94%		
		RAMIREZ GUERRERO JAMES	67%		
		TROMPIZ HENRIQUEZ CARLA	91%		
		ZULUAGA POVEDA ALEJANDRO	86%		

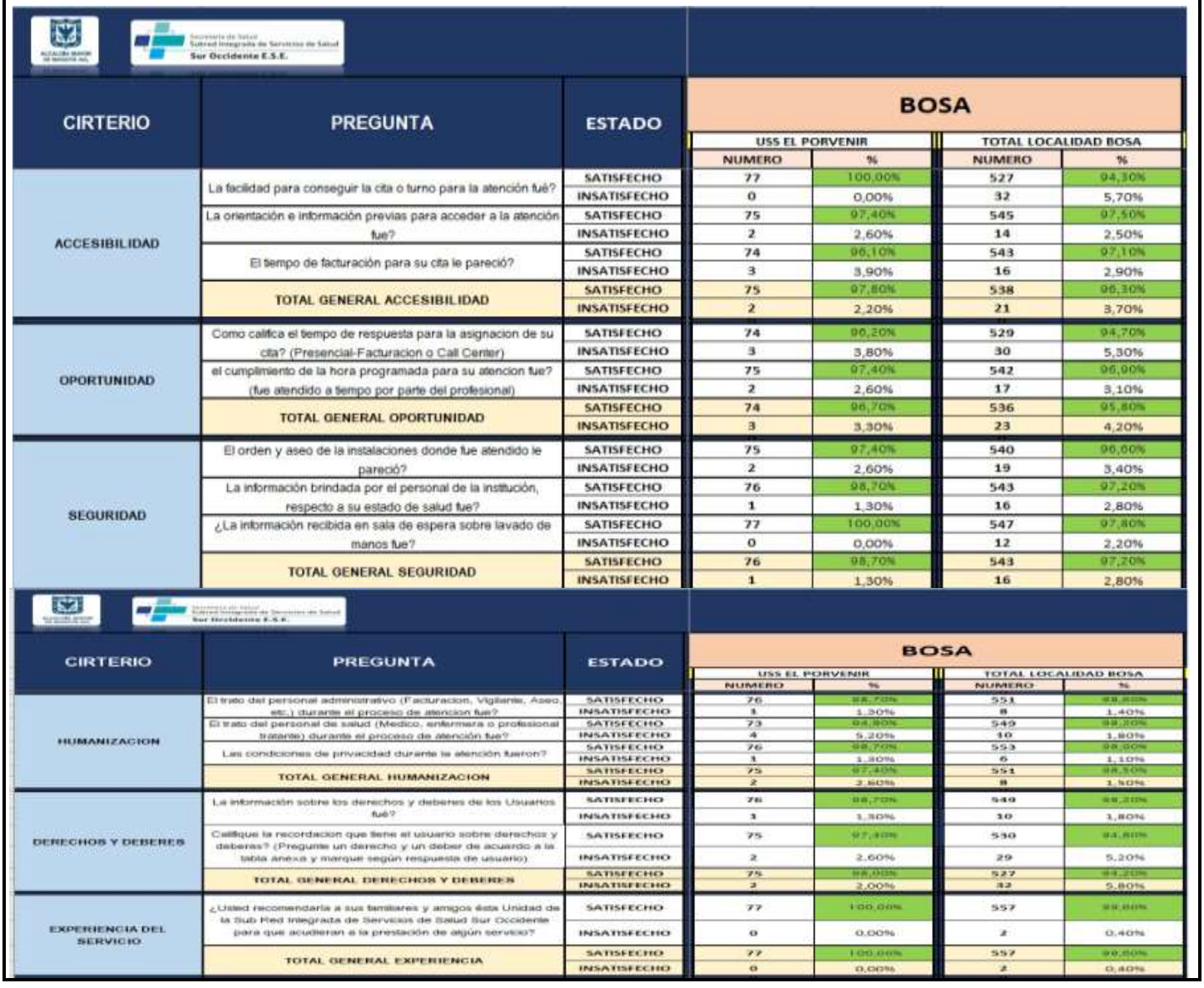
SEGUIMIENTO RESULTADOS DE AUDITORIA USS PORVENIR					
NOMBRE DE AUDITORIA	PERIODO DE AUDITORIA	NOMBRE DEL PROFESIONAL	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	CUMPLIMIENTO SUB RED	CUMPLIMIENTO SEDE
Auditoría de adherencia a la guía de manejo control prenatal IV Trimestres 2025 92 %	IV TRIMESTRE 2025	ENID ESMEDI MALDONADO	95%	86%	85%
		INFANTE ORDUY EDWARD ANDRES	90%		
		TROMPIZ HENRIQUEZ CARLA	100%		
		RODRIGUEZ CABRERA ANGEL RAFAEL	70%		
Adherencia a guía de manejo especifica para Infección de Vías Urinarias (IVU) en gestantes IV trimestre 2025	IV TRIMESTRE 2025	INFANTE ORDUY EDWARD ANDRES	92%	92%	95%
		TROMPIZ HENRIQUEZ CARLA	96%		
Auditoria de adherencia a los lineamientos para cuidado preconcepcional IV TRIMESTRE 2025 83 %	IV TRIMESTRE 2025	PALACIOS LOPEZ LAURA	100%	87%	88%
		ENID ESMEDI MALDONADO	77%		
		LEON PINILLA MARIA	100%		
Auditoria de adherencia a la guía de Hipertensión arterial IV trimestre del 2025	IV TRIMESTRE 2025	INFANTE HERNANDEZ YANELA	96%	85%	85%
		GACHANCIPA ORTIZ JUAN FELIPE	88%		
		INFANTE ORDUY EDWARD ANDRES	81%		
		MOLANO OSORIO PAULA KATHERINE	92%		
		RODRIGUEZ MEDINA ANGIE APOLA	94%		
		RAMIREZ GUERRERO JAMES	67%		
		TROMPIZ HENRIQUEZ CARLA	91%		
		ZULUAGA POVEDA ALEJANDRO	86%		

DESARROLLO

SATISFACCION GLOBAL



CATEGORIZACION				DICIEMBRE																			
				URGENCIAS					HOSPITALIZACION					TOTAL MES					CONSULTA EXTERNA				
				SATISFECHO		INSATISFECHO		TOTAL	SATISFECHO		INSATISFECHO		TOTAL	SATISFECHO		INSATISFECHO		TOTAL	SATISFECHO		INSATISFECHO		TOTAL
ESTADO ACREDITACIÓ	LOCALIDAD	COMPLEJIDAD	USS	N°	%	N°	%		N°	%	N°	%		N°	%	N°	%		N°	%	N°	%	
ACREDITADO	BOSA	BAJA COMPLEJIDAD	EL PORVENIR	0	#¡DIV/0!	0	#¡DIV/0!	0	0	#¡DIV/0!	0	#¡DIV/0!	0	76	98,7%	1	1,3%	77	229	99,1%	2	0,9%	231



CIRTERIO	PREGUNTA	ESTADO	BOSA			
			USS EL PORVENIR		TOTAL LOCALIDAD BOSA	
			NUMERO	%	NUMERO	%
ACCESIBILIDAD	La facilidad para conseguir la cita o turno para la atención fué?	SATISFECHO	77	100,00%	527	94,30%
		INSATISFECHO	0	0,00%	32	5,70%
	La orientación e información previas para acceder a la atención fue?	SATISFECHO	75	97,40%	545	97,50%
		INSATISFECHO	2	2,60%	14	2,50%
	El tiempo de facturación para su cita le pareció?	SATISFECHO	74	96,10%	543	97,10%
		INSATISFECHO	3	3,90%	16	2,90%
	TOTAL GENERAL ACCESIBILIDAD	SATISFECHO	75	97,80%	538	96,30%
		INSATISFECHO	2	2,20%	21	3,70%
OPORTUNIDAD	Como califica el tiempo de respuesta para la asignacion de su cita? (Presencial-Facturacion o Call Center)	SATISFECHO	74	96,20%	529	94,70%
		INSATISFECHO	3	3,80%	30	5,30%
	el cumplimiento de la hora programada para su atencion fue? (fue atendido a tiempo por parte del profesional)	SATISFECHO	75	97,40%	542	96,90%
		INSATISFECHO	2	2,60%	17	3,10%
	TOTAL GENERAL OPORTUNIDAD	SATISFECHO	74	96,70%	536	95,80%
		INSATISFECHO	3	3,30%	23	4,20%
SEGURIDAD	El orden y aseo de la instalaciones donde fue atendido le pareció?	SATISFECHO	75	97,40%	540	96,60%
		INSATISFECHO	2	2,60%	19	3,40%
	La información brindada por el personal de la institución, respecto a su estado de salud fue?	SATISFECHO	76	98,70%	543	97,20%
		INSATISFECHO	1	1,30%	16	2,80%
	¿La información recibida en sala de espera sobre lavado de manos fue?	SATISFECHO	77	100,00%	547	97,80%
		INSATISFECHO	0	0,00%	12	2,20%
	TOTAL GENERAL SEGURIDAD	SATISFECHO	76	98,70%	543	97,20%
		INSATISFECHO	1	1,30%	16	2,80%

CIRTERIO	PREGUNTA	ESTADO	BOSA			
			USS EL PORVENIR		TOTAL LOCALIDAD BOSA	
			NUMERO	%	NUMERO	%
HUMANIZACION	El trato del personal administrativo (Facturacion, Vigilante, Aseo, etc.) durante el proceso de atencion fue?	SATISFECHO	76	98,70%	551	98,60%
		INSATISFECHO	1	1,30%	8	1,40%
	El trato del personal de salud (Medico, enfermera o profesional tratante) durante el proceso de atención fue?	SATISFECHO	73	94,80%	549	98,20%
		INSATISFECHO	4	5,20%	10	1,80%
	Las condiciones de privacidad durante la atención fueron?	SATISFECHO	76	98,70%	553	98,90%
		INSATISFECHO	1	1,30%	6	1,10%
	TOTAL GENERAL HUMANIZACION	SATISFECHO	75	97,40%	551	98,50%
		INSATISFECHO	2	2,60%	8	1,50%
DERECHOS Y DEBERES	La información sobre los derechos y deberes de los Usuarios fué?	SATISFECHO	76	98,70%	549	98,20%
		INSATISFECHO	1	1,30%	10	1,80%
	Califique la recordacion que tiene el usuario sobre derechos y deberes? (Pregunte un derecho y un deber de acuerdo a la tabla anexa y marque según respuesta de usuario)	SATISFECHO	75	97,40%	550	94,80%
		INSATISFECHO	2	2,60%	29	5,20%
	TOTAL GENERAL DERECHOS Y DEBERES	SATISFECHO	75	98,00%	527	94,20%
		INSATISFECHO	2	2,00%	32	5,80%
EXPERIENCIA DEL SERVICIO	¿Usted recomendaría a sus familiares y amigos ésta Unidad de la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente para que acudieran a la prestación de algún servicio?	SATISFECHO	77	100,00%	557	99,60%
		INSATISFECHO	0	0,00%	2	0,40%
	TOTAL GENERAL EXPERIENCIA	SATISFECHO	77	100,00%	557	99,60%
		INSATISFECHO	0	0,00%	2	0,40%

DESARROLLO

CIRTERIO	PREGUNTA	ESTADO	BOSA			
			USS EL PORVENIR		TOTAL LOCALIDAD BOSA	
			NUMERO	%	NUMERO	%
SATISFACCION GLOBAL	Cómo calificaría su experiencia con relación a los servicios de salud que ha recibido a través de los centros de atención de la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente?	SATISFECHO	76	98,80%	550	98,40%
		INSATISFECHO	1	1,20%	9	1,60%
	TOTAL GENERAL SATISFACCION GLOBAL	SATISFECHO	76	98,80%	550	98,40%
		INSATISFECHO	1	1,20%	9	1,60%
RESULTADO GENERAL DE ENCUESTA		SATISFECHO	76	98,20%	543	97,14%
		INSATISFECHO	1	1,80%	16	2,86%

- **SE PERMITE INTERVENCION PARA SOCIALIZACION DE ASEGURATE**

Se permite el espacio a la profesional Yolima Barragán para realizar socialización de asegúrate

Se permite espacio de 5 minutos para realizar pre tes

https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiI3Mzg1NzM3YjJkOWUyYTRmZmEzNmUyNmY0NWEzYjcyNzgyYWJhZWU1NmE0NDEwMGM0NDI4YjY4YzY5MjIzYzM5IiwiY29ubmVjdGlvbiI6InNnaXNyc28iLCJlbmRwb2ludCI6Imh0dHBzJTNBJTJGJTJGc2dpLmFsbWVyYWltLmNvbSUyRnNnaSUyRmFwaSUyRnYyJTJGIiwiY29kZSI6IkFTRUdVUkFURS1FTkUyMDI2In0=



DESARROLLO

Cultura del Reporte



REPORTAR TAMBIÉN ES CUIDAR ...

¿ POR QUE REPORTAR ?

- Identificamos riesgos
- Aprendemos de los eventos
- Prevenimos daños futuros
- Protegemos a los pacientes
- No buscar culpables
- Es mejorar la atención

Cultura del Reporte

LLAMADO A LA ACCIÓN

- Si algo no es seguro, repórtalo
- Aunque no haya causado daño, tu reporte importa
- Los sucesos de seguridad se analizan, no se castigan
- Juntos construimos un entorno más seguro



Ambiente no punitivo

Se crea un entorno donde **los profesionales se sienten seguros** para reportar sin temor a represalias, promoviendo la transparencia y el aprendizaje.

Confidencialidad

Proteger la identidad de quienes reportan es esencial para enfocar la atención en el proceso, incentivando la comunicación abierta y el análisis

Aprendizaje organizacional

Un enfoque en el análisis de incidentes permite **desarrollar acciones correctivas**, mejorando los procedimientos y fomentando un entorno de mejora continua dentro de la organización.

Cultura del Reporte

La cultura del reporte fomenta la **reducción de eventos adversos**, mejora los procesos clínicos, aumenta la confianza entre personal y pacientes, y fortalece el trabajo en equipo y la **comunicación** en el equipo interdisciplinario.



REPORTAR TAMBIÉN ES CUIDAR ...

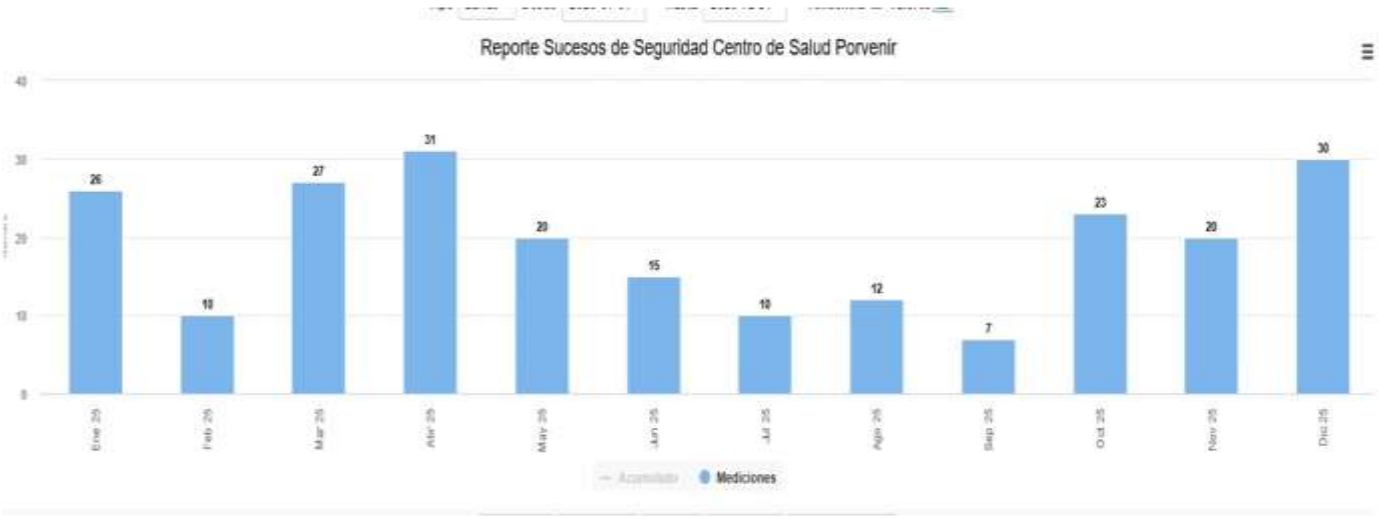


DESARROLLO

EVENTOS ADVERSOS PREVENIBLES CENTRO DE SALUD PORVENIR 2025

ID	Nombre del Suceso de Seguridad	Descripción	Servicio donde ocurrió el suceso
87756	Fuga de paciente: ideación suicida estructurada	PACIENTE QUIEN SE FUGA DE CONSULTA EXTERNA ESTABA EN ESPERA DE AMBULANCIA POR IDEACION SUICIDA SE ACTIVA PLAN CANDADO	SERVICIOS AMBULATORIOS – sala de espera.
93092	C - Contusión en hombro derecho post caida durante apoyo con silla	Paciente sube a uba movil con gran limitacion por no tener una escalera funcional , se ingresa al consultorio , se inicia la consulta, en el momento de subir a la paciente a la camilla, no se cuenta con escalera, la cual en otras ocasionales se ha solicitado, lo unico que comentan es que no hay disponibilidad y teniendo en cuenta el espacio reducido del consultorio para colocar una escalera no se tendria el espacio para la movilizacion del personal de salud. Por consiguiente, al no contar con escalera, la paciente se apoyo sobre una silla para poder subirse a la camilla , sin embargo la silla se rompio generando caida de la paciente, un factor importante a tener en cuenta es que la paciente cuenta con imc de obesidad morbida lo que limita que alcanzara a subirse a la camilla por sus propios medios. Teniendo en cuenta lo anterior, considero que la uba movil no es un lugar adecuado para la realizacion de consulta en paciente con comorbilidades, adultos mayores los cuales presentan alto riesgo de caida. Adicionalmente el espacio es muy estrecho para el personal de salud, aumentando el estres laboral y cervicalgia y lumbago cronicos.	SERVICIOS AMBULATORIOS – consulta de medicina general.
93322	C - Contusión de rodilla derecha en escalera de UBA móvil	PACIENTE PRESENTA CAIDA AL SUBIR A LA UBA MOVIL POR NO FUNCIONAMIENTO DE LA ESCALERA ELECTRICA , Y TAMBIEN PRESENTA CAIDA AL BAJAR POR LA MISMA RAZON, LA PROFESIONAL DE MEDICINA INTENTA TANTO AYUDAR A SUBIR Y BAJAR AL PACIENTE SIN EMBARGO LOS ESCALONES TIENEN UNA GRAN ALTURA POR LO QUE AUMENTA EL RIESGO DE CAIDA DE CUALQUIER PERSONA, POR LO ANTEIOR SE CONSIDERA QUE LA UBA MOVIL NO ES UN LUGAR ADECUADO PARA REALIZAR CONSULTA.	SERVICIOS AMBULATORIOS – consulta de medicina general.
87440	Parálisis facial de Bell post anestesia y exodoncia del diente 34	El día 29 de mayo de 2025 se realizó una exodoncia en la paciente Ana Rosa Ascencio, quien se encontraba nerviosa ante el procedimiento. Se aplicó anestesia infiltrativa, ya que se trataba de un resto radicular del órgano dental 34. La intervención se llevó a cabo sin complicaciones, y la paciente egresó en buenas condiciones generales. El día 06 de junio de 2025, la paciente acudió a su cita de control odontológico para la realización de una resina. Durante la evaluación, se evidenció una parálisis facial parcial de la hemicara izquierda. La paciente refirió que no había notado dicha condición hasta su cita médica del 03 de junio de 2025, cuando acudió para realizarse una mamografía. En esa consulta, el médico observó ptosis palpebral (párpado caído) y le preguntó si había tenido algún procedimiento reciente. La paciente relató haber sido sometida a una exodoncia, lo que llevó al médico a asociar clínicamente la parálisis facial con dicho procedimiento.	SERVICIOS AMBULATORIOS – odontología.

CULTURA DEL REPORTE CENTRO DE SALUD PORVENIR 2025



Total reportes: 231

DESARROLLO

Se permite el espacio para realizar pos tes.

https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiI3Mzg1NzM3YjJkOWUyYTRmZmEzNmUyNmY0NWEzYjcyNzgyYWJhZWU1NmE0NDEwMGM0NDI4YjY4YzY5MjIzYzM5IiwiY29ubmVjdGlvbiI6InNnaXNyc28iLCJlbmRwb2ludCI6Imh0dHBzJTNBJTJGJTJGc2dpLmFsbWVyYWltLmNvbSUyRnNnaSUyRmFwaSUyRnYyJTJGIiwiY29kZSI2IkFTRUdVUkFURS1FTkUyMDI2In0=

SE PERMITE ESPACIO PARA INTERVENCION DE ESTRATEGIA IAMII

Se permite el espacio a la profesional Yhomaira Urrea para realizar socialización de estrategia IAMII

En el marco del fortalecimiento de la Estrategia IAMII, la enfermera **Yhomaira Urrea**, líder del proceso, se presenta oficialmente como nueva encargada a partir del 1 de febrero de 2026.

Como actividad inicial, realiza un censo diagnóstico con el objetivo de identificar los conocimientos previos del equipo frente a la Estrategia IAMII. Como resultado, se evidencia que únicamente una persona desconoce la estrategia, lo que refleja un adecuado nivel general de apropiación del tema por parte del equipo.

Con el fin de reforzar y afianzar los conocimientos, se desarrolla la actividad lúdica denominada **"¿Quién quiere ser millonario? – 10 pasos de IAMII"**, orientada a fortalecer los conceptos clave relacionados con los 10 pasos para una lactancia materna exitosa, promoviendo la participación activa y el aprendizaje significativo.

Posteriormente, se realiza la socialización del comparativo del porcentaje de cumplimiento por criterios entre el III y IV trimestre de 2025 de la Subred Sur Occidente E.S.E. En dicho análisis se identifica que el cumplimiento promedio del año 2025 fue del 56%, evidenciándose una disminución de 19 puntos porcentuales en el IV trimestre en comparación al tercer trimestre del año 2025. Esta variación se relaciona con la actualización de los 10 pasos para una lactancia materna exitosa, lo cual impactó la medición de los criterios y generó ajustes en los estándares de evaluación, desde PAMEC informan en el acta de evaluación lo siguiente:

- NO todo el personal asistencial de enfermería Conocen los diez pasos para una lactancia materna feliz, se evidencia alta rotación de personal en todas las sedes. Hospital de Kennedy, Hospital Bosa y Hospital Tintal. (sala de partos, pediatría, maternidad y hospitalización)
- Se evidencia que la sede de hospital de Bosa no cuenta con espacios adecuados y elementos necesarios para conservar la leche materna

Por consiguiente, desde el comité de IAMII realizado el 10 de febrero de 2026 se dejó como compromiso realizar nuevamente la socialización de la Estrategia IAMII (Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia Integral) en la dirección ambulatoria, hospitalaria, urgencias, gestión de riesgo y complementarios.

Se inicia con la primera diapositiva del juego, para reconocer cuanto se conoce de la Estrategia IAMII:

DESARROLLO





1. La primera pregunta es la definición de la Estrategia IAMII (Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia Integral).
2. Se realiza la pregunta del objetivo de IAMII, el cual, busca Reducir la morbilidad y mortalidad en las maternas e infantil.









Paso 1. Política de la estrategia establecida por la subred, la cual apunta a Contribuir al mejoramiento de la población materna e infantil y su entorno familiar a través de la implementación de la estrategia “Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia con enfoque Integral”, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, para contribuir a la disminución de morbimortalidad de esta población en cumplimiento de la gestión anual.
Se realiza la pregunta: Cuantas sedes hay certificadas con la estrategia IAMII, siendo las siguientes





Paso 2. Formación a todo el talento humano de la subred. Todos deben conocer la política y aplicarla.

Se define que es SAFL: Salas Amigas de la Familia Lactante

DESARROLLO





Paso 3. Educación, información y atención en salud y nutrición a las gestantes, mujeres en periodo de lactancia y a sus familias.
Se hace la pregunta de Cuantas Salas Amigas de la Familia Lactante hay en la Subred Sur Occidente





Paso 4. Trabajo de parto con calidad y con calidez.
Paso 5. Educación y atención con calidad y calidez en el puerperio al binomio madre e hijo.
Paso 6. Apoyo efectivo en la práctica de lactancia materna.

Se presentan los grupos de apoyo de la lactancia materna:
Se hace hincapié en la importancia de auto reconocerse cada uno como grupo de apoyo a la población materno infantil.
Banco de leche humana – Hospital Occidente de Kennedy
Programa madre canguro – Hospital de Kennedy
Salas amigas de la familia lactante
Unidades con atención de hospitalización, cirugía y urgencias, para atención de población materno infantil. En las unidades de atención de partos, se cuenta con registradurías.
Equipos de salud pública.

Paso 7. Favorecer el alojamiento conjunto.
Cuales es la población objeto de la estrategia IAMII:





DESARROLLO

Paso 8. Atención integral en salud y nutrición a los niños y niñas para su adecuado crecimiento y desarrollo.

Paso 9. Entornos protectores y espacios amigables.

Paso 10. Disponer de mecanismos y estrategias de apoyo institucional y comunitario que favorezcan la continuidad de las acciones más allá de los servicios institucionales, con el fin de favorecer la salud y la nutrición materna e infantil.

Se finaliza la actividad con la pregunta, la cual, refiere cuantas sedes son acreditadas tiene la Subred Sur Occidente, siendo en total 17 sedes acreditadas.





Se finaliza motivando a cada una de las personas asistentes en la importancia de continuar fortaleciendo la Estrategia en los usuarios asistentes a cada una de los Centros de Salud y en cada una de las sedes en la Subred, así mismo que esta estrategia se pueda haga realidad en las gestantes, personas lactantes y en los niños, niñas de la primera infancia.

Se realiza la entrega a cada uno de los asistentes de la pieza comunicativa correspondiente a **"Los 10 pasos que nos hacen IAMII"**, con el propósito de fortalecer las acciones relacionadas con la estrategia y facilitar su apropiación. Esta herramienta permitirá que cada participante cuente con material de consulta permanente para la aclaración de dudas y el refuerzo de los lineamientos establecidos, promoviendo así una implementación más efectiva de la Estrategia IAMII en los servicios de consulta externa.



DESARROLLO

- **SIVIGILA**



VIGILANCIA INTENSIFICADA DE PÓLVORA 2024-2025
LESIONES POR POLVORA PIROTECNICA EN LAS UPGD SUBRED SUROCCIDENTE

INFOGRAFIA SEM 2
11-01-2025

Dia	2023-2024	2024-2025
1-dic	0	0
2-dic	0	1
3-dic	0	0
4-dic	0	0
5-dic	0	0
6-dic	0	0
7-dic	4	4
8-dic	3	4
9-dic	1	0
10-dic	0	1
11-dic	1	0
12-dic	0	0
13-dic	1	0
14-dic	0	1
15-dic	0	0
16-dic	0	0
17-dic	0	0
18-dic	0	0
19-dic	0	0
20-dic	1	0
21-dic	1	1
22-dic	0	2
23-dic	0	1
24-dic	0	3
25-dic	2	4

Dia	2022-2023	2024-2025
26-dic	0	1
27-dic	2	0
28-dic	0	0
29-dic	0	0
30-dic	0	1
31-dic	0	3
1-ene	4	8
2-ene	3	0
3-ene	0	1
4-ene	1	0
5-ene	0	0
6-ene	1	0
7-ene	0	0
8-ene	0	1
9-ene	0	0
10-ene	1	0
11-ene	0	0
Total	26	43

Artefacto	2023-2024	2024-2025
Voladores	5	13
Totes	3	5
Luces de Bengala	1	1
Cohete	2	1
Pito	2	1
Mecha	0	4
Vela Romana/cracker	1	1
Sin dato/otros	5	8
Volcán	4	5
Trueno	1	0
Martillo	0	4
Total	28	43

Surcosito

*Datos pueden cambiar de acuerdo a ingresos nuevos y depuración
PÓLVORA SIVIGILA DC 2024-2025

SALUD BOGOTÁ



5. Estrategias de vigilancia

se espera que los vigías y gestores según sus capacidades, estén en capacidad de:

✓Tomar la medida de perímetro braquial

✓Identificar signos clínicos de la desnutrición: Edema, cambios en el cabello, cambios en la piel, delgadez, y estado de ánimo del posible caso de desnutrición.

✓Explicar a la familia de los niños y niñas el resultado de la valoración y generar alerta de un posible caso cuando se requiera.

✓Algunos gestores podrán realizar valoración con peso y talla cuando se cuente con equipos de antropometría


VIGILANCIA INTENSIFICADA POR PÓLVORA
Usuario que presenta quemadura
No
Atención medica integral
Si
Es una quemadura producida por pólvora
No
Notificación ficha SIVELCE (Lesión de causa externa)
Si
Consulta Externa
Urgencias
Contactar a Referente SIVELCE para autorizar
Informar a personal designado para responder barrio telefónico CRUE y VSP SIVELCE.
Notificación en ficha 452 lesión por pólvora, pirotécnica, ingreso al SIVIGILA 4.0 y envío a VSP.
Usuarios menor de 18 años
No
Cargar evento 452 al SIVIGILA 4.0, reporte a líder de la unidad y área de epidemiología.
Si
Notificación de ficha SIVIM por presunta negligencia y realizar interconsulta por trabajo social para reporte ante ICBF
Envío de ficha SIVIM de manera inmediata a líder de unidad y área de epidemiología completamente diligenciada.
SOPORTES
Ficha 452 Original
Ficha PDF Descargado 4.0
Historia Clínica
Ficha SIVELCE (Cargue modulo SIVIGILA D.C)
Ficha SIVIM (Menores de edad)
Soporte reporte al ICBF (Mensual)
Reporte negativo (Urgencias)
Eventos de intoxicación evento 365 contactar a referente para visita conjunta con equipo ERI.
polvorasuroccidente@gmail.com
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

INTOXICACIONES POR FÓSFORO BLANCO 365
Decreto 4481 de 2006, por medio del cual se reglamenta parcialmente la Ley 670 de 2001, en el cual se prohíbe totalmente la producción o fabricación, la manipulación o uso y la comercialización de artículos pirotécnicos o fuegos artificiales que contengan fósforo blanco.
Conocido como: totes, martinicas, saltapericos, diablillos, triquitraques
CUADRO CLINICO

FLUJO DE INFORMACIÓN
CRUE
• Monitorea las 86 centrales de urgencias en la madrugada y realiza seguimiento al estado de los pacientes.
• Corte de información días corrientes 6:00am, días críticos: 6:00 am y 12.00pm.
UPGD
• Cargue del caso en SIVIGILA 4.0 hasta las 8:00 am y 13:00
• Reporte de notificación negativa hasta las 13:00
VSP Subredes
• Verificación de los casos a nivel local
• Consolidación de la información a nivel local y UPGD.
• Realización de IEC.
• Cargue de casos en SIVIGILA D.C. módulo de pólvora.
SDS
• Verificación de los casos a nivel distrital.
• Consolidación de la información distrital
• Publicación 12:00 m
Nota: Es importante definir por la administración el responsable de la entrega de la información a nivel intersectorial.





DENGUE

Definición de Caso:

- Probable: Fiebre aguda ≤7 días con dos o más síntomas: cefalea, dolor retroocular, mialgias, artralgias o erupción.
- Confirmado: Detección de antígeno NS1, IgM positiva o PCR positiva.

Pruebas Confirmatorias:

- NS1 (fase aguda).
- IgM / IgG (fase convaleciente).
- PCR para RNA viral.



Clasificación SIVIGILA:

- Código evento: 210 (Dengue)
- Subclasificación:
  - Dengue sin signos de alarma.
  - Dengue con signos de alarma.
  - Dengue grave.

Ingresa probable o confirmado → Prueba depende fecha de consulta → Algoritmo DX

INMUNOGLOBULINAS

Existen dos tipos de inmunoglobulina antirrábica o suero antirrábico.

- **Suero antirrábico de origen equino (heteróloga).**
- **Inmunoglobulina o suero antirrábico de origen humano (homóloga).**

"La inmunoglobulina o suero antirrábico se aplica una vez en la vida a la misma persona".

SUERO ANTIRRÁBICO EQUINO

- Suero antirrábico de origen equino (heteróloga).

40 UI/kg

Debe hacerse lo más pronto posible después de la exposición, preferiblemente dentro de las primeras 72 horas y **nunca** después del 7º día de iniciada la vacunación, es decir, nunca después de la tercera dosis de vacuna

Vacuna antirrábica

esquema Post-exposición

Esquema vigente a partir del 1ro Noviembre del 2022

ESQUEMA / OPCIÓN	DOSIS	DÍAS DE APLICACIÓN DE CADA DOSIS	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	JERINGA Y CALIBRE DE LA AGUJA
Post- exposición intramuscular	Cuatro dosis de 0.5 ml o 1 ml según la presentación	0, 3, 7, 14	INTRAMUSCULAR (NO aplicar en glúteos, ni intravascular) Niños menores de 2 años Vasto externo tercio medio cara anterolateral del muslo Niños mayores de 2 años y adultos Tercio medio de la región deltoidea del brazo.	Jeringa de 1 ml calibre 23 G x 1", 22 G 1½ ó 22 G x 1¼

1. SARAMPION - RUBEOLA



La eliminación del sarampión y rubéola ha sido un éxito en la Región de las Américas, donde se ha logrado gracias a la implementación de estrategias de vigilancia y vacunación efectivas. Sin embargo, el desafío continúa, debido a que estas enfermedades siguen siendo una amenaza en otras regiones a nivel mundial.

1. EQUIPO RESPUESTA INMEDIATA (ERI)

ALERTAS NACIONALES

➢ Actualización brote de fiebre amarilla a nivel nacional, noviembre 11 del 2025.

En el contexto del brote de fiebre amarilla que afecta al país, en el acumulado 2024-2025p se han confirmado 136 casos de fiebre amarilla y tres (3) casos procedentes del exterior (Estado Apure 2 y Estado Amazonas 1). 55 defunciones acumuladas.

En lo corrido del 2025p se han confirmado 113 casos de fiebre amarilla, de los cuales 42 son casos fallecidos confirmados. La distribución geográfica de los casos confirmados acumulados del periodo 2024-2025p corresponden a diez (10) departamentos:

Tolima (116 casos), Putumayo (8 casos), Meta (3 casos), Caquetá (2 casos), Nariño: (2 casos), Vaupés, Caldas, Cauca, Huila y Guaviare cada uno con (1 caso). Del exterior (3 casos).

Las mortalidades acumuladas (preliminares) 2024-2025p se distribuyen en nueve departamentos:
Tolima (40) **, Putumayo (6), Meta (3), Caquetá (1), Nariño (1), Caldas (1), Cauca (1), Guaviare (1) y Huila (1).

VBC

Participan las organizaciones y grupos comunitarios e Institucionales





ALERTAS INTERNACIONALES

➢ Situación actual de sarampión. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fecha de publicación: 10 de noviembre del 2025.

En 2025, con corte a 7 de noviembre, se han notificado 12 596 casos confirmados de sarampión en diez países de la Región de Las Américas.

En el mismo periodo se han registrado 28 defunciones: 23 en México, tres en Estados Unidos y dos en Canadá.

El brote de sarampión en Canadá comenzó en octubre de 2024 en la provincia de New Brunswick y se ha extendido por todo el país, con más de 5 000 casos confirmados.

A la fecha también se mantienen activos brotes de sarampión en México, Estados Unidos, Bolivia, Brasil, Paraguay y Belice.

DESARROLLO

CENTRO DE SALUD EL PORVENIR
NOTIFICACION SIVISTRA

MES	PROFESIONAL	CANTIDAD
DICIEMBRE	PAULA MOLANO	2
DICIEMBRE	EDWARD INFANTE	2
DICIEMBRE	ALEJANDRO ZULUAGA	0
DICIEMBRE	YANELA INFANTE	0
DICIEMBRE	FELIPE GUACHANCIPA	0
DICIEMBRE	ANGIE RODRIGUEZ	0
	TOTAL	4

META ESTABLECIDA POR SUBSISTEMA: 2 FICHAS POR PROFESIONAL

CENTRO DE SALUD EL PORVENIR
NOTIFICACIONES SALUD MENTAL

MES	SUBSISTEMA	CANTIDAD
DICIEMBRE	SIVIM	8
DICIEMBRE	SISVECOS	5
DICIEMBRE	SIVELCE	0
DICIEMBRE	VESPA	3
DICIEMBRE	SIVISTRA	4
	TOTAL	19

CENTRO DE SALUD EL PORVENIR
NOTIFICACION SIVISTRA

MES	PROFESIONAL	CANTIDAD
ENERO	PAULA MOLANO	1
ENERO	EDWARD INFANTE	2
ENERO	ALEJANDRO ZULUAGA	0
ENERO	YANELA INFANTE	0
ENERO	FELIPE GUACHANCIPA	2
ENERO	CARLA TROMPIZ	1
ENERO	ANGIE RODRIGUEZ	1
	TOTAL	7

META ESTABLECIDA POR SUBSISTEMA: 2 FICHAS POR PROFESIONAL

CENTRO DE SALUD EL PORVENIR
NOTIFICACIONES SALUD MENTAL

MES	SUBSISTEMA	CANTIDAD
ENERO	SIVIM	18
ENERO	SISVECOS	4
ENERO	SIVELCE	1
ENERO	VESPA	2
ENERO	SIVISTRA	7
ENERO	DESNUTRICION	1
	TOTAL	34

CENTRO DE SALUD EL PORVENIR
NOTIFICACIONES SALUD MENTAL

MES	SUBSISTEMA	CANTIDAD
FEBRERO	SIVIM	6
FEBRERO	SISVECOS	0
FEBRERO	SIVELCE	1
FEBRERO	VESPA	1
FEBRERO	SIVISTRA	6
FEBRERO	DESNUTRICIO	0
	TOTAL	

CENTRO DE SALUD EL PORVENIR
NOTIFICACION SIVISTRA

MES	PROFESIONAL	CANTIDAD
FEBRERO	PAULA MOLANO	2
FEBRERO	EDWARD INFANTE	
FEBRERO	ALEJANDRO ZULUAGA	1
FEBRERO	YANELA INFANTE	
FEBRERO	FELIPE GUACHANCIPA	
FEBRERO	CARLA TROMPIZ	2
ENERO	ANGIE RODRIGUEZ	1
	TOTAL	6

META ESTABLECIDA POR SUBSISTEMA: 2 FICHAS POR PROFESIONAL

- **VACUNACION**

CUMPLIMIENTO META PAI AÑO 2025

CAPITAL SALUD

Menor de un año

Localidad	Sede	Meta anual	Meta mensual	Total	%
Bosa	Centro de Salud Pablo VI Bosa	217	18	83	38%
	Centro de Salud José María Carbonell	217	18	44	20%
	Centro de Salud La Estación	217	18	72	33%
	Centro de Salud Olarte	217	18	51	23%
	Centro de Salud El Porvenir	217	18	154	71%
	Centro de Salud Villa Javier	217	18	253	116%
	Hospital de Bosa	217	18	299	138%
Total Localidad		1522	127	956	63%

CAPITAL SALUD

Año

Localidad	Sede	Meta anual	Meta mensual	Total	%
Bosa	Centro de Salud Pablo VI Bosa	228	19	73	32%
	Centro de Salud José María Carbonell	228	19	33	14%
	Centro de Salud La Estación	228	19	56	25%
	Centro de Salud Olarte	228	19	37	16%
	Centro de Salud El Porvenir	228	19	128	56%
	Centro de Salud Villa Javier	228	19	266	116%
	Hospital de Bosa	228	19	258	113%
Total Localidad		1599	133	851	53%

CUMPLIMIENTO META PAI AÑO 2025

CAPITAL SALUD

18 meses

Localidad	Sede	Meta anual	Meta mensual	Total	%
Bosa	Centro de Salud Pablo VI Bosa	228	19	62	27%
	Centro de Salud José María Carbonell	228	19	27	12%
	Centro de Salud La Estación	228	19	64	28%
	Centro de Salud Olarte	228	19	30	13%
	Centro de Salud El Porvenir	228	19	114	50%
	Centro de Salud Villa Javier	228	19	240	105%
	Hospital de Bosa	228	19	145	63%
Total Localidad		1599	133	682	43%

CAPITAL SALUD

5 años

Localidad	Sede	Meta anual	Meta mensual	Total	%
Bosa	Centro de Salud Pablo VI Bosa	282	24	76	27%
	Centro de Salud José María Carbonell	282	24	70	25%
	Centro de Salud La Estación	282	24	129	46%
	Centro de Salud Olarte	282	24	44	16%
	Centro de Salud El Porvenir	282	24	216	76%
	Centro de Salud Villa Javier	282	24	303	107%
	Hospital de Bosa	282	24	238	84%
Total Localidad		1977	165	1076	54%

CUMPLIMIENTO META PAI AÑO 2025

FAMISANAR

Menor de un año

Localidad	Sede	Meta anual	Meta mensual	Total	%
Bosa	Centro de Salud Pablo VI Bosa	20	2	28	140%
	Centro de Salud José María Carbonell	20	2	20	100%
	Centro de Salud La Estación	20	2	22	110%
	Centro de Salud Olarte	20	2	21	105%
	Centro de Salud El Porvenir	20	2	31	155%
	Centro de Salud Villa Javier	20	2	134	670%
	Hospital de Bosa	18	2	66	367%
Total Localidad		138	12	322	233%

FAMISANAR

Año

Localidad	Sede	Meta anual	Meta mensual	Total	%
Bosa	Centro de Salud Pablo VI Bosa	35	3	17	49%
	Centro de Salud José María Carbonell	35	3	11	31%
	Centro de Salud La Estación	35	3	16	46%
	Centro de Salud Olarte	35	3	22	63%
	Centro de Salud El Porvenir	35	3	39	111%
	Centro de Salud Villa Javier	35	3	191	546%
	Hospital de Bosa	36	3	60	167%
Total Localidad		246	21	356	145%

VACUNADOS META SANITAS
ENERO

MENOR A 1 AÑOS — TODOS LOS MESES 5 DOSIS DE TERCERAS DE PENTAVALENTE.
ENERO: 4 TERCERAS

MENOR DE 1 AÑOS — TODOS LOS MESES 5 DOSIS DE TV DE AÑO
ENERO: 5 TV 1 REFUERZO

MENOR DE 18AÑOS — TODOS LOS MESES 2 DOSIS DE 18 MESES
ENERO: 9 PENTAVALENTE 1 REFUERZO

MENOR DE 5 AÑOS — TODOS LOS MESES 2 DOSIS DE TV DE AÑO
ENERO: 5 DPT 2 REFUERZO

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

DEMANDA INDUCIDA

ENERO	MARIA LEON	10	INFLUENZA Y FIEBRE AMARILLA
	ENID MALDONADO	8	2 TRAZADORA
	ALEJANDRO ZULUAGA	6	1 TRAZADORA
	PAULA MOLANO	5	2 TRAZADORAS
	EDWAR INFANTE	3	1 TRAZADORA
	PAULA SANCHEZ	3	2 TRAZADORA
	ERIKA ARIZA	10	PERIFONEO FIEBRE AMARILLA
	LUZ DEISY	2	1 TRAZADORA
	MARTHA VIZCAYA	24	DPTA, VSR, TD
	FABIOLA GONZALEZ	5	

PERSONAS VACUNADAS

514

DOSIS APLICADAS

1240



Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

DESARROLLO

- **RUTA MATERNO PERINATAL**

Gestantes activas

92

14: FAMISANAR
12: PROYECTO PAISS
66: CAPITAL SALUD
1: COOSALUD





PARTOS
ENERO: 7
FEBRERO: 5

CAMBIO DE EPS: 2
CAMBIO DE CIUDAD :2

INGRESARON

Enero : 33
Febrero :12



- **RUTA CARDIO CEREBRO VASCULAR**

DESARROLLO

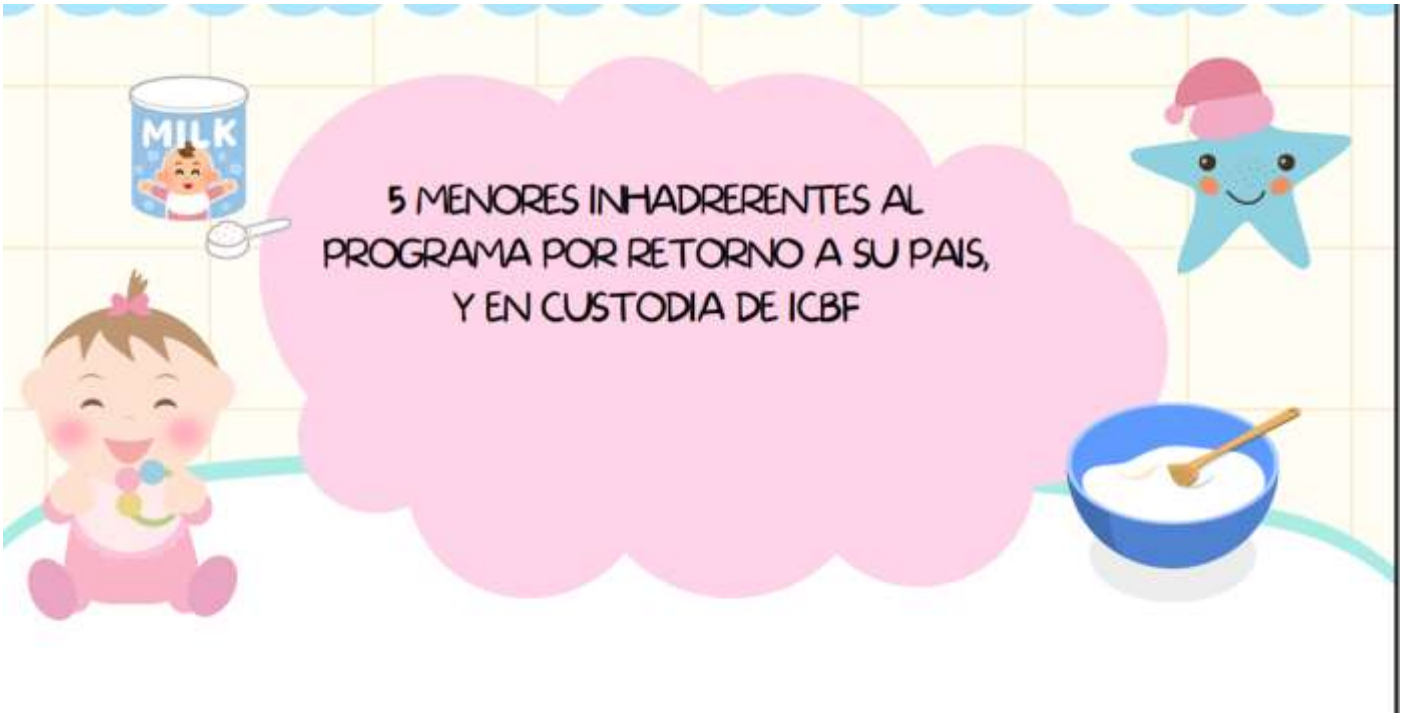

Programa de cronicos
A. PROGRAMA DE CRONICOS NUEVOS 100
B. TALLER DE CORAZON A CORAZON
LUNES GRUPO A HORARIO 8:30 A 10 AM 10:30 a 12
MARTES GRUPO B HORARIO 8:30 A 10 AM 10:30 a 12
MIERCOLES GRUPO C HORARIO 8:30 A 10 AM 10:30 a
JUEVES GRUPO D HORARIO 8:30 A 10 AM 10:30 a 12
VIERNES GRUPO E HORARIO 8:30 A 10 AM 10:30 a 12
-TOTAL 230 PERSONAS
ASIGNACION DE CITAS MEDICAS (MED CRONICOS, MED - FAMILIAR – MEDICINA INTERNA)
C. RUTA VASCULAR METABOLICA (SEGUIMIENTO A BASE DE CRONICOS INHADERENTES A LOS CONTROLES MEDICOS


Programa de cronicos
Se realiza seguimiento a tres bases
• Vejez: Asignacion de citas de primera vez pyd 60 años y mas.
• Epoc: Seguimiento a pacientes que manejan oxigeno, brindando educacion sobre el manejo de inhaladores y se asignan citas segun corresponda la secuencia como: medicina familiar, cronicos, medicina interna.
• Riesgo cardiovacular CCVM: Seguimiento a pacientes inhaderentes en donde se le asigna laboratorio clinico y medicina general primera vez cronicos, para iniciar control cada tres meses.
• Ruta de la salud: Facilitacion de transporte al adulto mayor para asistencia oportuna a sus citas medicas.
• taller final 13 de Diciembre, exito completo, 200 personas adultas mayores en la actividad.

DESARROLLO

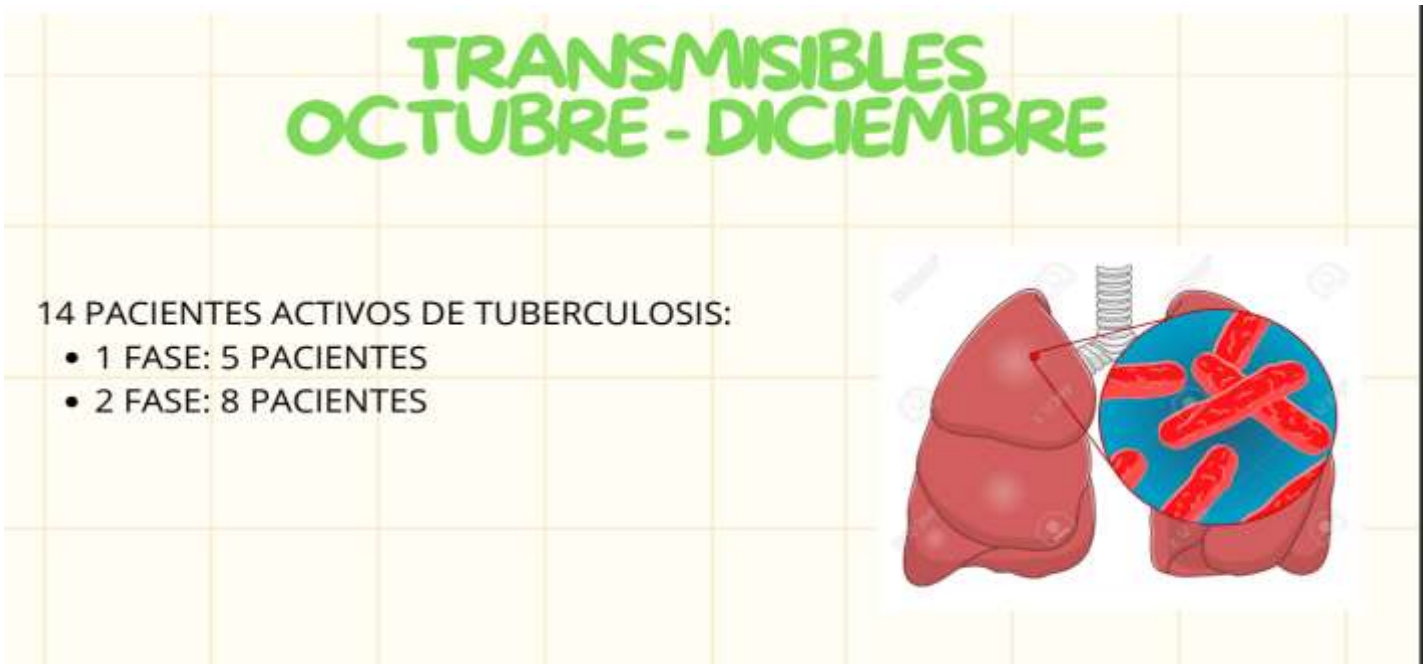
- **RUTA ALTERACIONES NUTRICIONALES**





DESARROLLO

- **SINTOMATICO RESPIRATORIO**





DESARROLLO

- **SOCIALIZACION MODELO MAS BIENESTAR**

la líder Ibet Mora informa a los colaboradores que se realizara la socialización del modela más bienestar.

El Modelo de Atención en Salud de Bogotá MAS Bienestar es una estrategia innovadora que se fundamenta en la **Atención Primaria Social**. Su enfoque está dirigido a ofrecer una atención en salud integral y accesible, **priorizando la gestión del riesgo y el acceso a servicios de salud cercanos**. Está diseñado especialmente para atender a las poblaciones de escasos recursos y requiere de la transectorialidad e intersectorialidad para transformar positivamente los determinantes sociales que influyen en el bienestar y la salud de la población.

•Objetivos

• Enfoques

• ¿Cuáles son los entornos en los que se aplican intervenciones con este modelo?

• Atributos

• Capas de la Gestión Integral del Riesgo en Salud

• Esquema de modelo de atención

• Elementos transversales operativos

OBJETIVOS

Generales

Mejorar el bienestar y la salud de los bogotanos mediante un modelo de atención primaria social.

Fortalecer la gobernanza territorial con acciones intersectoriales que mejoren los determinantes sociales de la salud y la calidad de vida de las personas, familias y comunidades.

ESPECÍFICOS

Optimizar la toma de decisiones con el Observatorio Social y de Salud, a través de un sistema de interoperabilidad que recoja y analice datos sobre las condiciones sociales y de salud.

Lograr un acceso equitativo a los servicios de salud que permita la accesibilidad a los servicios con gestión integral del riesgo y enfoque diferencial, poblacional y territorial.

DESARROLLO

Ofrecer los servicios de salud de forma eficiente, asegurando la calidad en la atención.

Promover una participación social transformadora que incida de manera efectiva en las decisiones de política pública y en la construcción de ciudadanías empoderada.

Promover procesos educativos fundamentados en una propuesta pedagógica que permita el desarrollo de capacidades personales, institucionales y sociales.

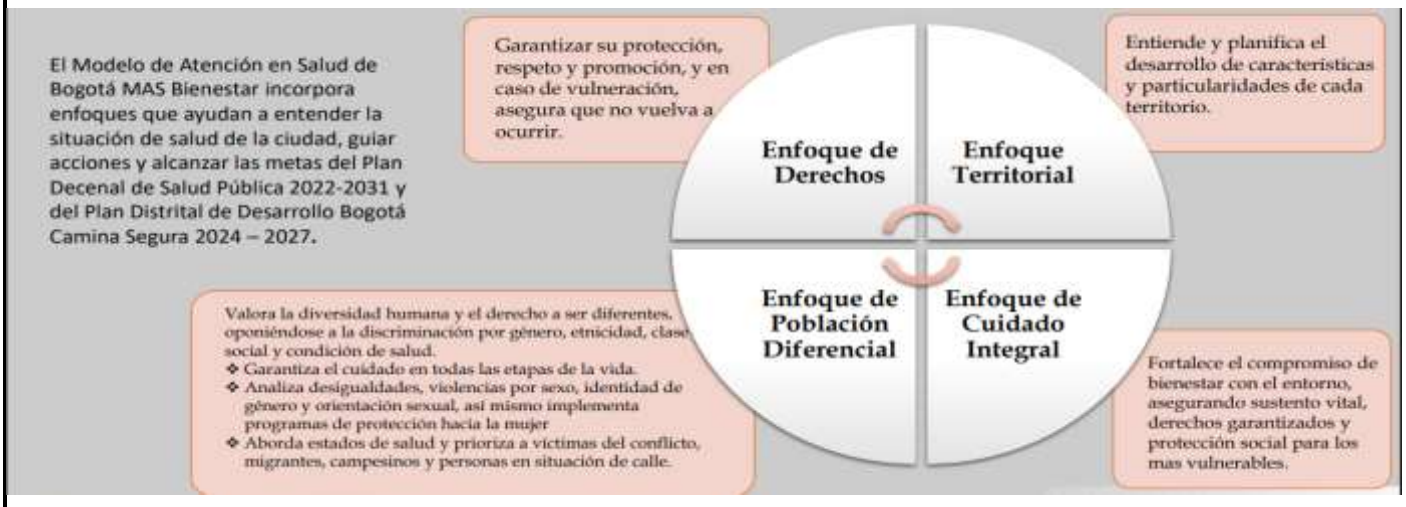
Promover una participación social transformadora que incida de manera efectiva en las decisiones de política pública y en la construcción de ciudadanías empoderada.

Promover procesos educativos fundamentados en una propuesta pedagógica que permita el desarrollo de capacidades personales, institucionales y sociales.

Monitorear y evaluar la efectividad de las acciones e intervenciones del modelo con base en los atributos que lo fundamentan como requisito para el mejoramiento del estado de salud.

ENFOQUES

El Modelo de Atención en Salud de Bogotá MAS Bienestar incorpora enfoques que ayudan a entender la situación de salud de la ciudad, guiar acciones y alcanzar las metas del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 y del Plan Distrital de Desarrollo Bogotá Camina Segura 2024 – 2027.



MAS+ Bienestar-Modelo Predictivo

DESARROLLO



MAS+ BIENESTAR-MODELO PREDICTIVO



MAS+ BIENESTAR- COMPONENTE PREDICTIVO DEL MODELO

DESARROLLO



CUÁLES SON LOS ENTORNOS EN LOS QUE SE APLICAN INTERVENCIONES CON ESTE MODELO?

- Entorno cuidador Hogar: Identifican factores que afectan el bienestar familiar y así mismo, se desarrollan estrategias que favorecen la salud y previenen enfermedades.
- Entorno cuidador Educativo: Plantean propuestas de promoción de la salud en el entorno educativo y manejo de los riesgos para la salud pública.
- Entorno cuidador Laboral: Promueve ambientes saludables y protege a los trabajadores.
- Entorno cuidador Institucional: Ofrece atención integral en instituciones sociales y de protección.
- Entorno cuidador Comunitario: Refuerzo de las redes comunitarias y fomento de la salud en entornos comunitarios.

ATRIBUTOS

DESARROLLO

Se entienden como las características necesarias para alcanzar los objetivos planteados, las cuales serán esenciales para el seguimiento y la evaluación de su implementación.

RESOLUTIVIDAD

Es la capacidad de ofrecer servicios sociales y de salud que respondan las necesidades de la ciudadanía, alineados con las normas y el conocimiento científico actual, buscando lograr la transformación en la calidad de vida de las diferentes personas.

OPORTUNIDAD

Se refiere a la organización de la oferta de servicios sociales y en salud, así como la coordinación requerida para que las comunidades y familias reciban dichos servicios en el momento que se requiera, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo la vida de las personas.

ACCESIBILIDAD

Es la posibilidad que tienen personas para acceder a servicios sociales o de salud que promuevan el bienestar y reduzcan riesgos para la salud individual y colectiva, sin que grupos vulnerables se vean excluidos.

INTEGRALIDAD

Asegura que los servicios y atención en salud se suministren de manera completa y continua, buscando mantener las mejores condiciones posibles de salud y calidad de vida en las personas que garantice un continuo del cuidado.

CONTINUIDAD

- Implica el seguimiento al proceso del cuidado de la salud a lo largo del curso de la vida, según
- necesidades, sin interrupciones y hasta su completa recuperación o máximo desarrollo.

CAPAS DE LA GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGO EN SALUD

GESTIÓN EXTRAMURAL

Integra el riesgo en salud según contextos específicos independiente de su afiliación. Los equipos extramurales adaptan servicios a las necesidades del territorio a través de jornadas intersectoriales.

DESARROLLO

Incluye:

- Planeación, apropiación y gestión territorial
- Gestión familiar del riesgo
- Ejecución del Plan de Gestión del Riesgo
- Seguimiento Familiar
- Trabajo coordinado entre la gestión extramural y unidades primarias resolutivas

COMPONENTE PRESTADOR PRIMARIO RESOLUTIVO

Implementará un componente para el sector público y privado mediante prestadores primarios resolutivos. Cubre todos los momentos del curso de vida y cercanía a la población en zonas urbanas y rurales del territorio distrital

Esta atención se ejecuta en tres grupos de equipos que deben operar dentro de la unidad, que son:

- Equipos de atención intramural

Equipo de atención complementaria

- Unidades de Apoyo

COMPONENTE DE URGENCIAS

Propone una gestión que integre los servicios de salud públicos y privados, fortaleciendo el acceso mediante un mecanismo telefónico y distribuyendo los servicios según la ubicación y necesidades de los usuarios para optimizar tiempos de desplazamiento.

COMPONENTE PRESTADOR COMPLEMENTARIO

Se divide en dos modalidades médicas:

Prestador Hospitalario
Prestador Complementario Ambulatorio

COMPONENTE DE ALTA COMPLEJIDAD - CENTRO DE REFERENCIA

Son unidades altamente especializadas que atienden patologías priorizadas o servicios de muy bajo uso y alto costo e impacto, que requieren un manejo distinto del modelo tradicional, ajustado a las condiciones de la patología.

DESARROLLO

El Modelo de Atención en Salud de Bogotá basado en Atención Primaria Social, para la operación de las acciones y programas se conforman cuatro pilares estratégicos que se relacionan entre sí por cuatro enfoques: Territorial, Poblacional diferencial, de Cuidado integral y de Derechos.

TIPOLOGÍA UNIDADES AMBULATORIAS.

TIPO A

• Unidades de servicios de salud que operan en el ámbito rural y urbano, que prestarán servicios por equipos básicos conformados por médico general con énfasis en familia, pediatra (cohortes de edad), Internista (pluripatológicos), Ginecobstetra (gestantes), Odontología y profesionales de apoyo (nutrición, psicología, enfermería, trabajo social).

• Dispone de especialidades complementarias: cardiología, Urología, Ortopedia, Cirugía general, Gastroenterología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Fisiatría, Odontología Especializada con la tecnología fija o portátil que garantice la operación del Modelo.

• Además servicios de apoyo diagnóstico y complementario como unidad de Rehabilitación, toma de muestras, ecografía, radiología, óptica , apoyo especializado (Holter, prueba de esfuerzo, espirómetro, electromiógrafo, ecocardiógrafo)

TIPO B

•Unidades de servicios de Salud que ofertan servicios que por georreferenciación se articularán para operar funcionalmente según los servicios ofertados en la tipología A garantizando la prestación del servicio en el marco del modelo.

TIPO C

•Unidades de servicios de Salud que brindarán servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico como Rehabilitación, odontología y/o imagenología y complementarán la oferta de las sedes enmarcadas en la tipología A y B. Podrán ofertar servicios exclusivos de vacunación.

TIPOLOGÍA UNIDADES AMBULATORIAS.

TIPO A (12) (7 – 2025) (10 - 2026) (12 - 2027)

• **Kennedy**: CS 29 (2025), Mexicana (2025), CS Tintal (2025)

• **Bosa:** Villa Javier (2025), Hospital Bosa (2025), Pablo VI (Nueva Construcción) (2027), Olarte (2026), El Porvenir (2025)

• **Fontibón**: Zona Franca (2025), Centro día (2026)

DESARROLLO

• **Puente Aranda:** Asunción Bochica (2026), Trinidad Galán (Nueva Construcción) (2027)

TIPO B (6) (6 - 2025)

•**Kennedy**: Abastos (2025)

•**Fontibón**: Puerta de Teja (2025), Internacional (2025), San Pablo (2025)

•**Bosa:** Estación (2025), Nuevas Delicias (2025), Britalia (2025)

TIPO C (10) Terapias (4 - 2026) Odontológicas (6 - 2026)

•**Kennedy**: Bomberos (Odontología) (2026), Carvajal (Terapia) (2026), Patios (Odontología) (2026), Hospital Tintal (Mixta) (2026)

•**Puente Aranda**: Alquería (Odontología) (2026), Alcalá (Terapia) (2026)

•**Bosa**: Carbonell (Odontología) (2026), Catalina (Odontología) (2026)

•**Fontibón**: Boston (Terapia) (2026)

UNIDADES BÁSICAS RESOLUTIVAS TIPO B

Componente Físico de infraestructura:

Requerimientos específicos de adecuación física, orientados a la reorganización funcional de los espacios y al cumplimiento de resolución 3100 de 2019.

Validar Respaldo energético: evaluar estado de plantas eléctricas que garantice la continuidad operativa de los servicios ante fallas en el suministro de energía.

Adecuaciones mínimas.

Componente de servicios:

Realizar redistribución de servicios de medicina y aumento de franjas de acuerdo a demanda. (Odontología, medicina general, enfermería)

Se recuerda a los colaboradores la importancia de conocer el modelo más bienestar ya que próximamente seremos una unida resolutivo tipo A, que se realizará una transición paulatinamente y que a medida que se valla implementado el servicio complementario será con la dotación necesaria y el talento humano capacitado para prestar el sevicio, se comparte la presentación en el grupo para que puedan estudiar y si tiene alguna duda por favor preguntar.

DESARROLLO

10. VARIOS

Se permite el espacio para temas varios en la unidad de porvenir.

Se recuerda a los profesionales tener presente la frecuencia de ordenes médicas que se socializo al inicio de la reunión para poder ser adherentes y que el usuario este informado de cada cuanto serán sus controles y debe de realiza toma de laboratorios.

Se informa a los colaboradores de OPS la siguiente circular acerca de la apertura de la plataforma par las cuentas de cobro.

Una vez realizado el **cierre del aplicativo SURESOC**, este **no será habilitado para un segundo pago**, por lo cual **únicamente se realizará un unico pago por periodo**, conforme al cronograma de apertura y cierre establecido para la vigencia 2026. Y los honorarios seran reconocidos el siguiente mes.

Las cuentas de cobro correspondientes a las Órdenes de Prestación de Servicios (OPS) que no cuenten con autorización de pago dentro del período establecido deberán ser cargadas nuevamente en el sistema SURESOC, conforme a los lineamientos vigentes.

Así mismo, **todas las novedades relacionadas con OPS** (correcciones, ajustes, aclaraciones o soportes adicionales) serán recibidas **únicamente hasta el primer día hábil del mes siguiente** al periodo correspondiente.

Las novedades que se presenten **posterior a esta fecha no serán tramitadas** y deberán ser gestionadas en el periodo siguiente, de acuerdo con el cronograma vigente.

La adopción de este cronograma busca facilitar la planeación oportuna de los procesos, garantizar su adecuado desarrollo y promover el cumplimiento eficiente de las actividades asociadas a la gestión de las OPS. Agradecemos la atención y colaboración de los responsables e interesados para dar cumplimiento a los lineamientos establecidos, los cuales contribuyen al fortalecimiento de la gestión institucional.

Cronograma apertura y cierre de Suresoc Año 2026				
Mes	Dia Apertura	Hora Apertura	Dia Cierre	Hora Cierre
Febrero	23	7:00 a.m	26	4:30 p. m.
Marzo	25	7:00 a.m	30	4:30 p. m.
Abril	24	7:00 a.m	29	4:00 p. m.
Mayo	26	7:00 a.m	29	4:00 p. m.
Junio	24	7:00 a.m	30	4:30 p. m.
Julio	27	7:00 a.m	30	4:30 p. m.
Agosto	25	7:00 a.m	28	4:30 p. m.
Septiembre	24	7:00 a.m	29	4:30 p. m.
Octubre	27	7:00 a.m	30	4:00 p. m.
Noviembre	25	7:00 a.m	30	4:30 p. m.
Diciembre	16	7:00 a.m	18	4:00 p. m.

DESARROLLO

Cargue oportuno de las evidencias en el drive y en el Secop II, en los primeros 5 días hábiles del mes siguiente (fecha máxima viernes 06 de marzo)

Las evidencias del mes de enero 2026 se deben de cargar al contrato anterior no al nuevo “OJO”

En todos los consultorios estará una lista de chequeo para verificar el inicio de actividades e insumos correspondientes para lo mismo, de igual manera se recuerda el cuidado de los equipos biomédicos y notificar si se presenta algún daño por ALMERA.

Las auxiliares de enfermería tienen el compromiso de dejar dotados los consultorios con los insumos correspondientes, sin embargo, si se llega presentar la falta de alguno por favor notificar a la auxiliar encargada.

Recordar a los profesionales asistenciales el proceso de limpieza y desinfección entre paciente y paciente, el uso de la bata durante la consulta.
No consumir alimentos en el consultorio y recordar que los baños son para el paciente y no para el colaborador.

La identificación de pacientes priorizados es responsabilidad de todo el equipo, informar cuando se identifique usuarios sin las estrellas prioritarias.

Las auditorias se deben validar máximo en 3 días seguidos posterior a su envió y los hallazgos se envían en el formato de Excel compartido el día de hoy, al correo lidersedes18@subredsuroccidente.gov.co.

Como el consumo de energía de servicios públicos se ha aumentado, todos los colaboradores que hacen uso del computador al finalizar la jornada por favor apagar o suspender el equipo.

Se recuerda el uso del carnet institucional al ingreso de la sede y durante su permanencia en la institución.

Se recuerda mantener las uñas limpias, cortas y sin esmalte, cabello recogido**.**

Se recuerda que para la terminación del contrato OPS se debe informar 10 días hábiles según Clausula Sexta del contrato.

Realizar envió de la carta de terminación de contrato OPS que está estipulado por la Subred Sur Occidente.

Por favor toda novedad del consultorio informar al grupo o a la auxiliar encargada del mismo. Las fichas de notificación por favor hacer envió antes de las 4:00 pm los días viernes cuando no hay atención el sábado y el sábado antes de las 3:00 pm.

DESARROLLO

Se recuerda la entrega de las llaves del consultorio al guarda recorredor o en su defecto en monitoreo no dejar en las puertas.

Recordar a los profesionales el compromiso que se realizó, de especificar en las ordenes medicas el tiempo de toma de laboratorio y exámenes complementarios de manera escrita.

Toda gestante que sea captada en consulta por favor hacer entrega a Martha Vizcaya , llevársela y entrega física no enviarla por sus propios medios.

Se finaliza la reunión del mes de febrero en el centro de salud porvenir con los compromisos ya escritos anteriormente.





DESARROLLO





FECHA: 12 DE FEBRERO DE 2026	TEMA: Plan de trabajo del equipo primario del centro de salud Porvenir FEBRERO la Subred se Conecta

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Realizar filtro en fila para los usuarios que lleguen a facturar sobre la hora	Servicio al ciudadano, Facturación	Diario
Los profesionales llevaran un autocontrol de la agenda para realizar comparativo a final de mes	Profesionales	Diario
Recordar los tiempos de facturación el son 6 minutos de espera desde la hora de la cita asignad.	Profesionales, facturación	Diario

FIRMA DE ASISTENTES

N°	NOMBRE	N° IDENTIFICACIÓN	UNIDAD	CARGO O ACTIVIDAD	PROCESO AL QUE PERTENECE	FIRMA
1	Yajdiva Gomez Avila	1.043.023.961	Porvenir	Aux Enfermeria	Ambulatorio	
2	Paola Andrea Moreno	1086287976	Porvenir	Auxenfermera	Ambulatorio	
3	Maritza Bermudez	53066299	Porvenir	Aux Enfermeria	Ambulatorio	
4	Wilson Fredy Ruiz	79206548	Porvenir	Coordinador	Ambulat.	
5	Paula Haleo	1000210691	Porvenir	enfermera	ambulatorio	
6	Deici Galeano Diaz	1012348131	Porvenir	Bacteriologa	ambulatorio	
7	Alejandro Zuluaga Rivas	1019130152	Porvenir	Medico	ambulatorio	
8	Nidia Bonal Jimenez	52130286	Porvenir	Higienista Salud Oral	Ambulatorio	
9	Laura Vanessa Palacios	1193095776	Porvenir	Enfermera	Ambulatorio	
10	Maria Leon Bonilla	1026280771	Porvenir	Enfermera	ambulatorio	
11	Yudi Buitrago E.	1012406776	Porvenir	Auxiliar A. usuarios	Auxiliar 1	
12	Erika Arza Mejia	1031132247	Porvenir	Lactancia	Ambulatorio	
13	Carla J. Trompiz H.	4606000	Porvenir	Medico	Ambulatorio	Carla T
14	Edward Infante	1018429103	Porvenir	Medico	Ambulatorio	
15	Juan Felipe Cachumpu	1000616133	Porvenir	Medico	Ambulatorio	
16	James Ramirez G.	1032462438	Porvenir	Médico	Ambulatorio	
17	Enid Maldonado	52305455	Porvenir	Enfermera		
18	Geraldine Ruge Quintero	1012459308	Porvenir	Odontologa	Ambulatorio	
19	Olga Lucia Sanchez	53132641	porvenir	Aux Salud oral	Ambulatorio	
20	Blanca Fabiola Gonzalez	39659693	Porvenir	Aux Enfermeria	Ambulatorio	
21	Jenifer Zapata	1026576296	Porvenir	facturacion	ambulatorio	
22	Angie Rochel	1022437900	Porvenir	Medico	Ambulatorio	
23	Maira Palacios	1033	Porvenir	Tecnologa	Terapia	
24	Yenifer Vizcaya	52072736	Porvenir	Auxiliar Enfermeria	ambulatorio	
25	Leidy M Buitrago	1012366190	Porvenir	Aux Enfermeria	Ambulatorio	
26	Estefany Gomez	1104224387	Porvenir	Aux Enfermeria	Ambulatorio	
27	Paola Andrea Lara	1022384769	Porvenir	Psicologa	Humanización	
28	Yolima Barragán Bonilla	39648654	SISSSO	Lider Seguridad	Calidad	
29	Thomas C. Urrea F.	5298880	SISSSO	Ltr JAMII	Gerencia	