

 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: Socialización de hallazgos de la Acción Integral Integrada 9 . Gestión de programas estrategias y planes para el Bienestar/Gestión integra Estrategias y programas.

Dependencia (Dirección / Oficina)	Proceso
SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA / INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

Objetivo	Fecha: Fecha: 8 de julio de 2026			
Realizar la socialización de los hallazgos de la Acción Integral Integrada No 9- Gestión de programas estrategias y planes para el Bienestar/Gestión integra Estrategias y programas GIPEPB-PAI. para el periodo 01 de marzo al 30 de abril de 2026; y, de los seguimientos en campo realizados para los meses de junio y julio de 2026, por parte del equipo de Apoyo a la Supervisión, a las referentes distritales; de acuerdo con el seguimiento de los convenios interadministrativos GSP-PSPIC de las (4) cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud E.S.E.	Tipo de reunión	Asistencia Técnica:		
		Asesoría ()	Capacitación ()	
	Orientación ()	Acompañamiento ()		
	Otro (X) Socializacion de hallazgos			
	Modalidad:	Presencial ()	Virtual ()	Mixta (X)
	Lugar: Secretaría Distrital de Salud Edificio de laboratorio de Salud pública - oficina PAI y plataforma Temas			
	Hora Inicio: 2:00 PM		Hora Fin: 5:00 PM	
Notas por: Luisa Mayorga				
Próxima Reunión: No Aplica				
Quien cita: No Aplica				

TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS *

De acuerdo con la convocatoria se da inicio a la reunión **2:00 p.m.** del día **08 de julio de 2026**, la líder del equipo de apoyo a la supervisión Helena Aldana informa que el objetivo de la reunión es la socialización de hallazgos de la acción integral integrada No. **9 " Gestión de programas estrategia y planes para el Bienestar/Gestión integra Estrategias y programas GIPEPB-PAI "**; para el periodo **01 de marzo y el 30 de abril de 2026**; de las cuatro (4) Subredes **Integradas de Servicios de Salud E.S.E. la profesional** Jennifer Paola Jiménez Ladino del equipo de apoyo a la supervisión inicia la reunión, extendiendo un saludo a los asistentes en modalidad presencial y virtual.

A continuación, informa que el objetivo del encuentro corresponde al seguimiento del periodo comprendido entre el 1 de marzo y el 30 de abril de 2026 para las cuatro subredes.

Posteriormente, la profesional verificó la conectividad y condiciones técnicas de la sesión, solicitando a los asistentes confirmar la visualización de la presentación y la adecuada recepción del audio, lo cual fue validado satisfactoriamente.

 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					

Acto seguido, se socializó la metodología de trabajo, indicando que las preguntas, dudas y aclaraciones serían atendidas al finalizar la presentación de cada subred, tanto para los asistentes presenciales como virtuales. En este sentido, se dio inicio al espacio de socialización de las glosas generadas durante el proceso de seguimiento.

En relación con el equipo participante, se informó que el proceso fue desarrollado por cinco profesionales del proceso GIPEPB-PAI, correspondientes a las profesionales de apoyo a la supervisión: Luisa Mayorga, Yury Moncada, Marcela López, Sandra Jiménez y Jennifer Jiménez.

Posteriormente, se inició la socialización de hallazgos correspondientes a la Subred Centro Oriente, en el marco del periodo evaluado.

- Profesional de Apoyo a la Supervisión SDS Yury Moncada (Yury Alejandra Moncada Rodríguez): Responsable de las acciones de Coordinación Zonal GIPEPB-PAI, Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV), Salud Sexual y Reproductiva (SSR), Gestión de Medicamentos e Insumos, Cadena de Frío, Centro de Acopio y Operación Logística (Acción 172 - Puntos Viajeros).
- Profesional de Apoyo a la Supervisión SDS, Sandra Jiménez (Sandra Helena Jiménez Guerrero): Responsable de las acciones de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN), líderes PAI, equipos extramurales, auxiliares y profesionales extramurales y acciones educativas del PAI.
- Profesional de Apoyo a la Supervisión SDS (Marcela López Hernández): Responsable de las acciones de Salud Mental y Violencias.
- Profesional de Apoyo a la Supervisión SDS, Luisa Mayorga (Luisa Fernanda Mayorga Basto): Responsable de las acciones de Salud Ambientales y Hospitales Verdes.
- Profesional de Apoyo a la Supervisión SDS (Jennifer Paola Jiménez Ladino): Responsable de las acciones de Enfermedades Transmisibles, equipo intramural, operación del PAI en sistemas de información, auxiliares extramurales, digitadores y equipos educativos.

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Generalidades y Talento Humano

Acción 1 (Gestión Zonal GIPEPB - PAI): Se identificaron inconsistencias en la base de talento humano de marzo y abril de 2026 debido al no pago de 184 horas adicionales del perfil Profesional Universitario 1 (PU1).

Acción 9 (Gestión Integral, Estrategias y Programas): Se identificó el no pago de 184 horas del perfil Técnico 1 (T1) en la Acción 163, así como 508 horas (adicionales y regulares) del perfil T1 en la Acción 165. La ejecución general en la Acción 9 fue del 97.94% a causa de ausencias de talento humano en los periodos de marzo (Acciones 140, 165 y 166) y abril (Acciones 162, 164, 165, 166 y 167).

Insumos y Calidad: No se evidenciaron inconsistencias en el componente de insumos. Las acciones de bienestar se desarrollaron acorde a las fichas técnicas, sin hallazgos de calidad que generaran glosas técnicas.

Consolidado de Glosas Aplicadas - Centro Oriente

Acción 1 (Gestión Zonal): Glosa total de \$6.272.946 (Criterio G1 por \$4.839.200 y Criterio G12 por \$1.433.746).

Acción 9 (Gestión Integral): Glosa total de \$11.209.648 bajo el Criterio G1 (100% del peso en este componente).

Seguimientos en Campo

Se realizaron dos seguimientos en campo (Acción 9 Gestión Zonal y Acción 141 ETV) sin registrarse hallazgos, planes de mejora ni glosas.

 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					

Discusión Técnica y Aclaraciones sobre Horas Adicionales

Se generó un debate técnico liderado por la profesional Jennifer Jiménez en relación con el volumen y la pertinencia de las actividades adicionales reportadas por la Subred Centro Oriente, correspondientes a 508 horas reconocidas. Asimismo, se aclaró que la Subred subsanó administrativamente el pago de estas actividades con posterioridad; sin embargo, permaneció la necesidad de fortalecer los mecanismos de soporte que permitan evidenciar de manera objetiva que las actividades reconocidas correspondieron a obligaciones adicionales efectivamente ejecutadas y sustentadas, conforme a los entregables y resultados contractualmente pactados.

La líder del equipo de seguimiento, Helena Aldana, manifestó que en los convenios suscritos no se establece ninguna disposición que limite o prohíba la asignación de horas adicionales al talento humano de las Subredes para la ejecución de las actividades contratadas. En este sentido, indicó que durante los ciclos de seguimiento no se tuvo conocimiento de que el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) exigiera una autorización previa para la asignación y ejecución de dichas horas adicionales.

No obstante, en caso de que desde el nivel central exista una orientación técnico-operativa que establezca lineamientos específicos sobre la asignación de horas adicionales, se acuerda como compromiso informar dicha situación, mediante correo electrónico, a la coordinadora del equipo de seguimiento, Dra. Claudia Acosta, precisando las especificidades y criterios aplicables para cada Subred.

La referente técnica distrital María Fernanda Romero Soler, aclaró que el convenio vigente no restringe ni regula explícitamente la obligatoriedad de una autorización previa para las horas adicionales, siendo esto parte de la autonomía operativa de las subredes. Sin embargo, se coincidió en la pertinencia de elevar la consulta a las áreas jurídica y técnica para unificar las reglas de validación en los ciclos venideros.

Durante la discusión se reiteró que la planeación operativa reportada por las Subredes contempla actividades dentro de la jornada ordinaria, sin que se evidencien de manera explícita actividades programadas después de las 4:00 p. m. que permitan sustentar, desde la planeación inicial, la totalidad de las horas adicionales reconocidas. Por tal motivo, se señaló la necesidad de contar con soportes complementarios que permitan demostrar la ejecución de actividades fuera de la jornada regular, tales como actas, registros de actividades, listados de asistencia u otros documentos que evidencien la realización efectiva de las acciones desarrolladas.

Asimismo, se consultó con la referente técnica sobre la existencia de lineamientos o cláusulas contractuales relacionadas con la autorización previa de horas adicionales. Al respecto, se informó que, de acuerdo con la revisión realizada, ni en el clausulado del convenio ni en los convenios interadministrativos se encuentra establecida expresamente la obligación de autorización previa para la ejecución de horas adicionales. Sin embargo, se mencionó que en algunos espacios técnicos se ha referenciado la existencia de este procedimiento para determinados componentes, por lo que se consideró necesario aclarar institucionalmente este aspecto.

En este sentido, los participantes resaltaron la importancia de definir si, por necesidades operativas o técnicas de determinados componentes, las horas adicionales requieren algún mecanismo formal de autorización o validación previa. Mientras se obtiene una directriz definitiva, se acordó fortalecer el proceso de seguimiento mediante la solicitud de soportes adicionales que permitan verificar la relación entre las horas reportadas, las actividades desarrolladas y los productos obtenidos.

De igual manera, se indicó que, en caso de identificarse horas adicionales sin los soportes suficientes para demostrar su ejecución, el equipo de seguimiento evaluará la pertinencia de generar las observaciones correspondientes, con el fin de que las Subredes presenten las evidencias necesarias para respaldar la información reportada.

Finalmente, se estableció como compromiso que los referentes técnicos informarán, en caso de existir, las autorizaciones otorgadas para el reconocimiento de horas adicionales durante los meses evaluados, especificando la Subred, el perfil involucrado, la cantidad de horas y las actividades desarrolladas. Esta

 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

información servirá como insumo para el seguimiento retrospectivo y la verificación de la coherencia entre la base de talento humano, las horas adicionales reportadas y los soportes de ejecución presentados por cada Subred.

Subred Integrada De Servicios De Salud Sur E.S.E.

Generalidades, Talento Humano e Insumos

Se identificaron inconsistencias en la base de talento humano (marzo y abril) por asignación incorrecta de acciones, discrepancias en fechas de inicio de contratos frente a los soportes de SECOP y registros de actividades en acciones no concordantes con la trazabilidad contractual.

Insumos: Se constató el cumplimiento del Plan de Compras conforme al Anexo 8, entregándose de manera oportuna los insumos de GIPEPB.

Hallazgos Específicos de Calidad y Cumplimiento (Criterio G3 - Anexo 6)

Acción 136 (Tuberculosis y Hansen): Glosa por incumplimiento de estándares de calidad en el diligenciamiento de formatos de caracterización de pacientes asintomáticos y reservas de tratamiento (campos vacíos, falta de fechas de envío e informes incompletos en el ítem 2.31 y 3.2).

Acción 164 (Implementación y Operación Estrategias PAI): Incumplimiento de estándares por falta de concordancia entre la planeación semanal, formatos diarios de vacunación y registros del Sistema de Información en Salud (SIS) en la localidad de Tunjuelito. Se detectaron inconsistencias en las fechas del 2, 5, 16 y 25 de marzo de 2026 en puntos como Carpa Isla del Sol y Punto El Carmen, reportando diferencias en la cuantificación de dosis aplicadas y personas vacunadas por grupos de edad (menores de 6 años, gestantes, adultos de 18 a 59 años y mayores de 60).

Acción 165 (Operación Estrategias PAI - Casa a Casa): Inconsistencias de calidad en el anexo de actividades casa a casa (Hoja 1) durante abril, con discrepancias de datos de población vacunada entre los consolidados de los técnicos y los registros diarios. Se identificaron 9 auxiliares de enfermería afectadas. Asimismo, se evidenció la falta de soportes de seguimiento, agendamiento y retroalimentación en el aplicativo PAI 2.0 para 13 auxiliares de enfermería.

Acción 166 (Gestión Sectorial PAI): Glosa bajo criterio G3 por la inasistencia de un (1) digitador a los espacios de fortalecimiento técnico de nivel central.

Consolidado de Glosas Aplicadas - Subred Sur

Acción 1 (Gestión Zonal GIPEPB-PAI): Glosa de \$2.867.492 bajo el criterio G12.

Acción 9 (Gestión Integral): Glosa total de \$25.134.261 bajo el criterio G3 (dividida técnicamente en \$2.248.627 para componentes GIPEPB y \$22.885.634 asociados a la operación PAI).

Frente a las observaciones identificadas en la Subred Sur, se informó que las inconsistencias detectadas en los soportes y productos presentados durante el período evaluado podrían estar relacionadas con cambios recientes en el equipo de talento humano y en los responsables de la supervisión de algunas acciones. Se indicó que, en varios casos, las actividades fueron recibidas de manera incompleta o con observaciones de calidad pendientes de subsanar, situación que ha generado dificultades en los procesos de consolidación, seguimiento y presentación de evidencias.

Durante el proceso se destacó la importancia de fortalecer los procesos de inducción, acompañamiento y asistencia técnica dirigidos a los equipos extramurales, especialmente a los responsables de la coordinación y

 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					

supervisión de las actividades, con el fin de garantizar una adecuada comprensión de los lineamientos técnicos, los instrumentos de seguimiento y los requisitos de calidad exigidos para la entrega de productos y soportes.

Asimismo, se señaló la necesidad de fortalecer las capacidades del personal encargado de la revisión y consolidación de la información, promoviendo una mayor apropiación de los procedimientos operativos, las fichas técnicas y los criterios de reporte establecidos para cada una de las acciones desarrolladas en el marco del convenio.

En relación con la estrategia de búsqueda activa comunitaria y las actividades casa a casa, se identificó la necesidad de clarificar los roles y responsabilidades de cada perfil operativo y de coordinación, con el propósito de asegurar que las actividades de análisis, consolidación, revisión y validación de la información sean desarrolladas por los responsables designados para tal fin, garantizando la calidad y oportunidad de los reportes generados.

Finalmente, se recomendó continuar fortaleciendo los mecanismos de seguimiento interno y acompañamiento técnico a los equipos de trabajo, con el objetivo de mejorar la calidad de los soportes, reducir las observaciones recurrentes y asegurar el cumplimiento de los lineamientos establecidos para la ejecución y reporte de las actividades extramurales.

Seguimientos en Campo

Se realizaron visitas a la Acción 144 (Malnutrición) y Acción 140 (ETV) bajo el acompañamiento del equipo retrospectivo, sin registrarse glosas ni requerimiento de planes de mejoramiento.

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

Generalidades y Talento Humano

Se aplicaron glosas bajo el Criterio G12 por inconsistencias severas en las bases de talento humano de marzo y abril de 2026:

Marzo: La Profesional Especializada 4 (Abogada), Tulia Jimena Medina Pascuas, registró 184 horas en el código 156 cuando ejecutó únicamente 92. La Profesional Universitaria 2 (Psicóloga), Mary Alejandra Jiménez Ladino, omitió registrar 92 horas ejecutadas en el código 156. Se identificó un error en la fecha de inicio del contrato de la técnica Karen Aleyda Roza Ruiz (registrado 24/03/2026, siendo el soporte SECOP del 21/03/2026).

Abril: Ausencia de registro del perfil de la contratista PU1 Kelly Martina Ricardo Villalobos y falta de soportes para 124 horas de su dedicación en la Acción 164. Omisión de registro del perfil de la contratista PU1 Bleidis Blanco Barrios. Falta de reporte de las fechas de terminación de contratos en la base de datos para Sara Valentina Silva López y Yeimy Marcela Rojas Peñaloza (esta última con 184 horas registradas en la Acción 168).

Hallazgos de Calidad y Cumplimiento (Criterio G3 - Anexo 6)

Acción 136 (Tuberculosis y Hansen): Se constató la omisión de reportes de información técnica del mes de abril y fallas de oportunidad en los correos enviados el 15/04/2026 a las cuentas institucionales y de apoyo de la SDS. Se identificaron inconsistencias de fechas de IPS y la falta de reporte de una IPS.

Acción 162 (Asistencias Técnicas PAI a IPS): En la localidad de Kennedy (marzo) se omitieron 4 asistencias técnicas programadas y se evidenciaron fallas de calidad en Viva 1A Venecia (arqueo sin firmas) y Viva 1A Alquería (actas mal diligenciadas). En abril, no se realizaron 6 asistencias técnicas de perfil profesional (soportadas únicamente por técnico) y se listaron 16 hallazgos críticos de calidad en IPS y puntos estratégicos de vacunación (Dispensario FAC, Dispensario Suroccidental, Terminal del Salitre, Terminal del Sur, Terminal Aéreo y Hospital Pediátrico Tintal), relativos a arqueos inconsistentes por lotes, listados de asistencia sin firmas del profesional y actas mal direccionadas.

 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					

Acción 165 (Estrategias PAI): Falta de registro de información de cohortes en el aplicativo PAI 2.0, afectando a 4 auxiliares y dejando a 3 usuarios sin el debido seguimiento en marzo.

Acción 164 (Operación PAI): Discordancias entre planillas diarias, planeación semanal y registros SIS. En Kennedy (12 y 27 de marzo) se detectaron concentraciones no registradas en el Hospital de Kennedy y errores de datos en el CC El Edén. En Puente Aranda, se identificó la omisión total del reporte de 19 concentraciones en marzo y 9 concentraciones en abril en zonas prioritarias (URI Puente Aranda, LATAM, COFAE, etc.). En Bosa (abril), se hallaron concentraciones no registradas (Metro Recreo) y graves discrepancias entre el Registro Diario de Adultez e Infancia y el Kardex físico de medicamentos e insumos.

Acciones 156 y 157 (Salud Mental, Violencias y Autocuidado): En la Acción 156 (marzo), el número de reuniones y fichas metodológicas reportadas no coincidió con el plan de acción enviado a la SDS. En la Acción 157 (Autocuidado - marzo y abril), se glosó el incumplimiento del documento operativo debido a que las fichas metodológicas de los temas de "Comunicación Asertiva" y "Manejo del Estrés" correspondían a estructuras de asistencias técnicas magistrales y no a entornos reales de escucha activa, meditación o yoga. Además, en el tema de "Manejo de Emociones", el objetivo se desvió hacia usuarios y agresores, cuando contractualmente la acción está dirigida exclusivamente al talento humano en salud.

Consolidado de Glosas Aplicadas

Acción 1 (Gestión Zonal GIPEPB-PAI): Glosa de \$2.867.492 bajo el criterio G12.

Acción 9 (Gestión Integral): Glosa total de \$27.434.589 bajo el criterio G3 (desglosado en \$8.626.723 para el proceso de GIPEPB y \$18.807.866 para el componente PAI).

Seguimientos en Campo

Se ejecutaron dos revisiones de campo en las Acciones 165 y 171 (Vacunación Punto Viajero), resultandos conformes y sin observaciones.

Frente al componente de talento humano, durante los meses de marzo y abril se identificaron inconsistencias en la base de talento humano, situación que generó la aplicación del criterio de glosa G12. En relación con el componente de insumos, no se evidenciaron inconsistencias durante el período evaluado.

Respecto a los hallazgos identificados, se generó una glosa G12 asociada a tres perfiles profesionales. Se evidenciaron diferencias entre las horas ejecutadas y las reportadas en la base de talento humano, así como la ausencia de algunos profesionales en los registros correspondientes. Adicionalmente, se identificaron inconsistencias entre las fechas de inicio y terminación contractual registradas en la base de talento humano y las consignadas en los soportes contractuales y documentos publicados en SECOP. De igual manera, se observó ausencia de soportes documentales y registros incompletos de algunos perfiles vinculados a la ejecución de las actividades.

En la acción 136 se generó una glosa G3 de calidad correspondiente al mes de marzo, debido a que la información remitida al nivel central presentó inconsistencias relacionadas con el reporte de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), incluyendo diferencias entre las fechas registradas en los soportes suministrados y las reportadas oficialmente, así como la omisión de algunas IPS que debían ser incluidas en el reporte trimestral. Lo anterior constituyó un incumplimiento de los lineamientos establecidos en el Anexo 6.

Para la acción 162 se generaron hallazgos durante los meses de marzo y abril. En marzo, específicamente en la localidad de Kennedy, se evidenció la no realización de cuatro asistencias técnicas contempladas dentro de la programación establecida, así como incumplimientos de calidad en los soportes documentales de algunas IPS. En abril se identificó que, en las cuatro localidades de cobertura de la Subred, seis asistencias técnicas no

 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					

fueron desarrolladas por el profesional universitario responsable y únicamente contaron con soporte del técnico asignado. Igualmente, se evidenciaron dieciséis actas con observaciones de calidad, entre las cuales se encontraron arqueos inconsistentes, registros incompletos, campos sin diligenciar y listados de asistencia sin las firmas correspondientes.

En la acción 165, para el período comprendido entre el 1 y el 31 de marzo, se identificó incumplimiento relacionado con el registro de información en el aplicativo PAI, específicamente en el módulo de seguimiento de cohortes, situación que afectó a cuatro auxiliares de enfermería responsables del reporte de información.

Por su parte, en la acción 164 se identificaron incumplimientos de calidad durante los meses de marzo y abril, al evidenciarse diferencias entre la información contenida en los registros diarios de actividades y la información reportada en las planeaciones semanales. Las inconsistencias estuvieron relacionadas con los totales reportados y con diferencias en los datos registrados para las concentraciones programadas en las localidades de Kennedy y Puente Aranda. Asimismo, se identificaron inconsistencias en jornadas nocturnas y en el seguimiento realizado a las cohortes por parte de auxiliares de enfermería, observándose registros incompletos y diferencias entre la información reportada y los soportes aportados.

Finalmente, se informó que algunas de las situaciones identificadas podrían estar asociadas a la existencia de vacantes y cambios en el talento humano responsable de la ejecución y seguimiento de las actividades, lo cual generó una subejecución en determinadas acciones y dificultades en la consolidación y reporte oportuno de la información. En particular, se evidenció que una profesional asignada a las cuatro localidades de la Subred ejecutó un número de horas inferior al programado debido a la insuficiencia de personal disponible para el desarrollo de las actividades establecidas.

Acción 156- para el periodo comprendido entre el 1 y el 31 de marzo, se identificaron incumplimientos asociados al plan de acción remitido al nivel central, debido a inconsistencias entre la información reportada en los seguimientos y las evidencias presentadas como soporte de ejecución. Se evidenciaron diferencias en el número de reuniones de gestión y concertaciones registradas, así como inconsistencias entre las actividades reportadas en el plan de acción y las soportadas mediante fichas metodológicas y demás documentos de verificación.

Adicionalmente, se identificaron diferencias entre el número de concertaciones registradas en el seguimiento remitido por correo electrónico y las evidenciadas en los soportes aportados por la Subred. Durante la mesa técnica se aclaró que algunas de estas diferencias obedecían a duplicidades en el reporte de determinadas concertaciones, situación que debía ser objeto de verificación y ajuste por parte del equipo responsable.

Frente a las observaciones relacionadas con las fichas metodológicas, se realizó una revisión conjunta de los criterios utilizados para la verificación de la información, precisando que el principal elemento de seguimiento corresponde al número de asistencias técnicas efectivamente ejecutadas y no necesariamente al número de fichas metodológicas elaboradas, dado que una misma ficha puede ser utilizada para el desarrollo de varias actividades o asistencias técnicas relacionadas con una misma temática.

En este sentido, se acordó revisar nuevamente las observaciones formuladas con el fin de determinar si las inconsistencias identificadas correspondían a diferencias en la ejecución de las actividades programadas o a interpretaciones derivadas del análisis de los soportes metodológicos. Asimismo, se reiteró la necesidad de garantizar la consistencia entre la información consignada en el plan de acción, los reportes de seguimiento y los soportes documentales presentados como evidencia de cumplimiento.

Acción 157-para el periodo comprendido entre el 1 y el 31 de marzo, se identificó un hallazgo relacionado con las sesiones grupales desarrolladas en el marco de la acción. Durante la revisión documental se evidenció la presentación de fichas metodológicas y listados de asistencia correspondientes a once sesiones grupales, en las cuales se abordaron diferentes temáticas asociadas a las líneas de intervención definidas para la acción.

Durante la socialización se generó un espacio de análisis respecto a la interpretación de los soportes metodológicos y la forma de reporte de las actividades relacionadas con salud mental, convivencia y violencias

 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

basadas en género. Se resaltó que las temáticas abordadas pueden desarrollarse mediante diferentes estrategias pedagógicas y metodológicas, razón por la cual la correspondencia entre los temas tratados y las herramientas metodológicas utilizadas debe analizarse considerando el alcance y enfoque de cada intervención.

Finalmente, se acordó continuar revisando los soportes presentados por la Subred con el fin de validar la coherencia entre las actividades ejecutadas, los registros documentales y la información reportada en los instrumentos de seguimiento, garantizando la adecuada aplicación de los criterios de calidad establecidos para la ejecución de las acciones.

Durante la revisión de las acciones relacionadas con la promoción de la salud mental, el bienestar emocional y la prevención de violencias basadas en género, se discutieron observaciones asociadas al contenido y alcance de algunas fichas metodológicas presentadas como soporte de las actividades ejecutadas. El equipo de seguimiento manifestó que, de acuerdo con el documento operativo, las actividades de bienestar deben propiciar espacios orientados a la escucha activa, la expresión emocional, el reconocimiento de emociones y la implementación de estrategias que favorezcan el bienestar integral de la población intervenida. En este sentido, se indicó que algunas fichas metodológicas evidenciaban principalmente exposiciones temáticas y espacios de preguntas, sin que se observaran de manera explícita actividades relacionadas con las estrategias contempladas en los lineamientos operativos.

Frente a esta observación, los referentes técnicos señalaron que la implementación de las actividades debe analizarse teniendo en cuenta el contexto, las características de la población participante, los tiempos disponibles para el desarrollo de las jornadas y las metodologías empleadas en cada intervención. Asimismo, manifestaron que temáticas como la comunicación asertiva, el manejo de emociones, el fortalecimiento de vínculos y la prevención de violencias constituyen herramientas válidas dentro de los procesos de promoción del bienestar emocional y de prevención de las violencias basadas en género.

Adicionalmente, se generó una discusión respecto a la población objeto de las actividades, teniendo en cuenta que en algunos soportes se mencionaban usuarios, víctimas y agresores como participantes de los procesos desarrollados. Al respecto, se precisó que el enfoque de las acciones contempla principalmente al talento humano de instituciones de salud, entidades públicas, privadas, comunitarias e intersectoriales que participan en procesos de prevención, atención y abordaje de las violencias basadas en género. Sin embargo, se aclaró que, en determinados escenarios de articulación territorial y concertación intersectorial, pueden participar diferentes actores vinculados a los entornos comunitarios e institucionales donde se desarrollan las acciones.

Finalmente, se acordó fortalecer la precisión en el diligenciamiento de los soportes técnicos y metodológicos, con el fin de garantizar que la población objetivo, las actividades ejecutadas y los resultados esperados se encuentren claramente descritos y alineados con los lineamientos operativos establecidos para cada acción, facilitando así los procesos de seguimiento, verificación y control de calidad.

Subred Integrada De Servicios De Salud Norte E.S.E.

Generalidades y Talento Humano

Se aplicaron glosas bajo el criterio G12 debido a errores en las fechas de inicio de contratos, ausencia de soportes documentales de las adiciones del periodo y omisión de soportes obligatorios de idoneidad (diplomas y actas de grado). Se aclaró que para este ejercicio se aplicó formalmente la Nota Aclaratoria No. 4 respecto a la experiencia requerida.

La ejecución general de la Acción 9 fue del 96.47% producto de la ausencia de talento humano y errores en el reporte de ejecución de las acciones 146, 160, 161, 162, 164, 165, 166, 167 y 168.

Hallazgos por Acción de Bienestar

Acción 9 - Gestión Zonal (Marzo): Glosa bajo el Criterio G3 (perfil afectado: Profesional Especializado 2) por evidenciarse el no envío de los oficios dirigidos a las EAPB para reportar los incumplimientos en las coberturas de vacunación de su red, impidiendo la verificación técnica de la actividad. En Abril, se sumó una glosa G9 por

 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					

la no desagregación de las metas por localidad para las acciones 161, 162, 164 y 165. Adicionalmente, se generó una glosa G3 en las localidades de Usaquén, Suba, Barrios Unidos y Teusaquillo por falta de consistencia de los datos reportados al correo sdspai@saludcapital.gov.co dentro de los primeros 8 días calendario, hallándose discordancias entre el anexo Cons tácticas perma y el Kardex físico de biológicos.

Acción 136 (Tuberculosis y Lepra): Glosa G3 por incumplimiento en los estándares de calidad en el tablero de asistencias técnicas trimestrales enviado a las IPS (fechas no coincidentes con actas, soportes no indexados e información incompleta por localidades). Asimismo, se detectó incumplimiento de tiempos en el seguimiento de pacientes residentes, registrándose segundas visitas sin haberse realizado los seguimientos previos de control.

Acción 156 (Salud Mental y Violencias): Glosa G3 en marzo por discrepancias numéricas en el plan de acción (3 articulaciones programadas frente a 4 en el seguimiento; 11 espacios frente a 12 en la ejecución). Además, se identificó un problema grave de coherencia metodológica en la ficha "El cuidado como derecho", donde el marco conceptual se centraba en economía del cuidado y el taller práctico terminó abordando cartografía del cuerpo y traumas emocionales, sin un puente técnico inteligible. En abril, persistieron las fallas con registros cuantitativos en cero y falta de reportes de articulación técnica.

Acción 157 (Autocuidado): Glosa G3 por descuadres en el plan de acción de marzo en cuanto al número de sesiones y asesorías socio-jurídicas/psicosociales (se registraron 11 jurídicas y 7 psicosociales, pero el seguimiento arrojó 11 y 4 respectivamente). En abril, se omitió el registro cuantitativo de espacios grupales, encuestas de percepción y fichas metodológicas.

Acción 160 (Condiciones Crónicas no Transmisibles): Glosa por Ausencia de Soportes al 100% tanto en marzo como en abril. La subred reportó una meta ejecutada equivalente a 184 horas completas, pero la validación física de los soportes arrojó un faltante de horas (meta real de 0.978 en marzo con 180 horas y 0.989 en abril con 182 horas).

Acción 162 (PAI IPS): Glosa G3 en marzo por la no realización de 6 asistencias técnicas obligatorias exigidas por la ficha técnica en las localidades de Barrios Unidos, Teusaquillo, Usaquén, Suba y Chapinero.

En el componente de talento humano se revisaron los hallazgos identificados en ciclos anteriores relacionados con el cumplimiento del perfil profesional requerido para una de las acciones evaluadas. Al respecto, se tuvo en cuenta la Nota Aclaratoria No. 4 establecida en la ficha técnica, valorando las gestiones adelantadas por la Subred para la búsqueda y vinculación de talento humano con la experiencia requerida. Como soporte, la Subred presentó evidencias de los procesos de convocatoria realizados, incluyendo piezas comunicativas y mecanismos de divulgación orientados a la consecución del perfil solicitado.

Teniendo en cuenta las dificultades manifestadas para la consecución de personal con experiencia específica en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), se consideró la experiencia aportada por el profesional en otros escenarios asistenciales relacionados con hospitalización, consulta externa y las actividades actualmente desarrolladas en la Subred. No obstante, durante la verificación se identificaron inconsistencias relacionadas con fechas de inicio contractual, ausencia de soportes documentales del periodo evaluado y falta de algunos documentos académicos, tales como diplomas y actas de grado, situaciones que dieron lugar a la aplicación del criterio de glosa G12.

Respecto al componente de insumos, no se identificaron inconsistencias durante el periodo evaluado.

En términos generales, la ejecución de la Subred Norte alcanzó un cumplimiento del 96,47 %, situación asociada principalmente a vacantes en talento humano y a inconsistencias en el reporte de ejecución de las acciones 146, 160, 161, 162, 164, 165, 166, 167 y 168. No obstante, se evidenció que las actividades fueron desarrolladas conforme a los lineamientos establecidos en las fichas técnicas, identificándose algunos hallazgos puntuales relacionados con calidad y consistencia documental.

 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					

Adicionalmente, se generó una glosa bajo el criterio G9 relacionada con el informe de gestión, debido a que persistieron inconsistencias en la desagregación de metas por localidad para las acciones 161, 162, 164 y 165.

Durante la reunión se aclaró que los valores inicialmente calculados podrían requerir ajuste una vez la Subred efectúe la reformulación correspondiente del informe de gestión, permitiendo recalcular los hallazgos por localidad y determinar, en caso de aplicar, el levantamiento parcial o total de las glosas generadas.

Por otra parte, en la Acción 136 se generó una glosa G3 por incumplimiento de los lineamientos establecidos en el Anexo 6, específicamente en las localidades de Usaquén, Suba, Barrios Unidos y Teusaquillo. Durante la revisión de los reportes remitidos al nivel central se identificaron inconsistencias entre la información consignada en los registros diarios de vacunación extramural y los datos consolidados en los informes presentados por la Subred.

En el análisis realizado se evidenciaron errores en la consolidación de la información por localidad, generando registros que no correspondían a la realidad operativa reportada por los equipos extramurales. Al efectuar la validación detallada de los registros diarios se identificó que parte de las diferencias obedecían a errores en la clasificación y consolidación de la información, situación que había sido observada previamente en seguimientos anteriores.

En este sentido, se dejó como alerta la necesidad de fortalecer los mecanismos de control y validación de la información consolidada antes de su envío al nivel central, particularmente en las actividades asignadas al personal de apoyo administrativo encargado de la consolidación de los informes de tácticas extramurales. Se recomendó implementar revisiones internas que permitan garantizar la consistencia entre los registros fuente, los consolidados y los informes finales, evitando la recurrencia de inconsistencias en futuros periodos de seguimiento.

Durante la socialización de los hallazgos correspondientes a la Subred Norte, el equipo de seguimiento presentó las inconsistencias identificadas en la consolidación de los informes de tácticas extramurales, señalando que esta situación ha sido observada de manera reiterativa en los diferentes ciclos de seguimiento realizados durante la vigencia del convenio. Al respecto, se indicó que las diferencias evidenciadas no obedecen a errores en la ejecución de las actividades desarrolladas por los profesionales extramurales, sino a inconsistencias generadas durante el proceso de consolidación de la información previo a la remisión de los informes al nivel central.

Como ejemplo de lo anterior, se expuso que durante la verificación realizada se identificaron reportes asignados a localidades que no correspondían con la información efectivamente registrada en los soportes diarios. Se mencionó el caso específico de una localidad en la cual se reportó la aplicación de más de cinco mil dosis, situación que generó alerta debido a que dicho comportamiento no resultaba coherente con las características operativas y los volúmenes históricos registrados para esa localidad. A partir de esta observación se efectuó una revisión detallada de las bases de datos y de los registros diarios, evidenciándose que la información había sido consolidada de manera incorrecta, asignando los datos a localidades diferentes a aquellas donde realmente se ejecutaron las actividades.

Durante la discusión, el equipo de seguimiento reiteró que dentro de las actividades definidas para el perfil técnico administrativo se encuentra explícitamente el apoyo a la consolidación de los informes de las tácticas extramurales, razón por la cual se consideró necesario analizar el impacto que este tipo de inconsistencias genera en la calidad de los reportes, en los procesos de seguimiento y en la confiabilidad de la información suministrada por la Subred. En este sentido, se recordó que observaciones similares habían sido formuladas en ciclos anteriores y que, pese a las recomendaciones emitidas, continúan identificándose diferencias durante la revisión de la información.

De igual manera, se precisó que en las verificaciones efectuadas con los profesionales responsables de las actividades extramurales se evidenció que los soportes fuente presentaban la información de manera correcta y que las inconsistencias surgían posteriormente en el proceso de consolidación. Por tal motivo, se dejó como alerta la necesidad de fortalecer los mecanismos internos de control y validación de la información antes de su

 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					

remisión al nivel central, garantizando que los datos reportados correspondan fielmente a los registros de ejecución y a los soportes documentales existentes.

Posteriormente, se generó un espacio de retroalimentación orientado al fortalecimiento de las actividades de asistencia técnica intramural y a la calidad de los procesos de seguimiento realizados en las instituciones prestadoras de servicios de salud. Durante la conversación se resaltó la importancia de priorizar acciones como la 152 y la 162, promoviendo ejercicios de acompañamiento en campo que permitan verificar directamente la implementación de los lineamientos técnicos y la calidad de las actividades desarrolladas.

Asimismo, se enfatizó que las asistencias técnicas deben trascender la revisión documental y propiciar procesos efectivos de verificación en sitio. En este sentido, se mencionó la importancia de que los profesionales responsables realicen inspecciones completas de los aspectos objeto de seguimiento, incluyendo la revisión física de equipos, neveras, condiciones de almacenamiento, señalización, registros de control, inventarios y arqueos de biológicos, entre otros elementos fundamentales para garantizar la calidad de los procesos evaluados.

Durante la socialización también se expresó preocupación por la estandarización excesiva observada en algunas actas de asistencia técnica, teniendo en cuenta que en varias de ellas se identificó contenido repetitivo y observaciones idénticas para diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud. Frente a esta situación, se recomendó que los informes y actas reflejen las particularidades de cada visita, incorporando hallazgos específicos, diferencias identificadas, oportunidades de mejora y recomendaciones acordes con las condiciones encontradas en cada institución.

Adicionalmente, se indicó que durante algunos ejercicios de validación se encontraron diferencias entre la información consignada en las actas y los resultados obtenidos durante la revisión detallada de los soportes. Particularmente, se evidenciaron casos en los que los arqueos consignados en las actas señalaban coincidencia total en los inventarios, mientras que en los registros posteriores se identificaban diferencias en cantidades, lotes o reportes de biológicos. Lo anterior generó la recomendación de fortalecer la calidad y rigurosidad de las verificaciones efectuadas durante las visitas, garantizando que la información registrada corresponda efectivamente a las condiciones observadas en campo.

Finalmente, durante el cierre de la reunión se reiteró la importancia de continuar fortaleciendo los procesos de seguimiento, control de calidad y validación de la información generada en el marco de las diferentes acciones ejecutadas por las Subredes. Se enfatizó la necesidad de promover una mayor articulación entre los equipos técnicos, administrativos y operativos, con el propósito de mejorar la oportunidad, consistencia y confiabilidad de los reportes presentados, así como la calidad de los soportes documentales que respaldan la ejecución de las actividades.

De igual manera, se destacó que los hallazgos identificados durante el seguimiento retrospectivo constituyen una oportunidad de mejora para fortalecer los procesos de supervisión, seguimiento en campo y asistencia técnica, orientando las acciones correctivas y preventivas hacia aquellos componentes que presentan mayores dificultades en términos de ejecución, calidad y reporte de la información.

Lineamientos y recomendaciones pinales para los seguimientos en Campo

La líder del equipo de apoyo a la supervisión Helena Aldana, pregunta a las referentes distritales si tienen preguntas o sugerencias con relación a la socialización realizada

La líder Helena Aldana pregunta sobre la priorización de acciones intramurales: Los próximos seguimientos en campo a lo que la referente de la secretaria sugiere que deberán concentrarse prioritariamente en las acciones intramurales que presentaron el mayor número de observaciones, hallazgos y glosas durante el ejercicio retrospectivo, con el propósito de verificar la implementación de las acciones de mejora y fortalecer la calidad de los procesos desarrollados.

 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					

Fortalecimiento de la calidad de las asistencias técnicas: Se recomendó que las asistencias técnicas trasciendan la revisión documental y permitan verificar de manera efectiva las condiciones reales observadas en cada IPS. Asimismo, se indicó que las actas y soportes deben reflejar las particularidades de cada institución visitada, evitando el uso de contenidos estandarizados, descripciones repetitivas o registros que no evidencien las condiciones específicas encontradas durante la visita.

Rigurosidad en las verificaciones de cadena de frío y arqueos: Se solicitó fortalecer los procesos de inspección relacionados con la cadena de frío, almacenamiento de biológicos y arqueos de inventario, teniendo en cuenta las inconsistencias recurrentes identificadas entre los registros documentales y las condiciones observadas durante los procesos de seguimiento. Se enfatizó la importancia de realizar verificaciones físicas completas que permitan sustentar adecuadamente los conceptos emitidos en las actas de asistencia técnica.

Condiciones de presentación e identificación institucional: Se recordó la importancia de que los equipos operativos y profesionales que desarrollan actividades en territorio mantengan el uso adecuado de los elementos de identificación institucional, dotación y presentación personal, como parte de los criterios de calidad exigidos para la prestación de los servicios y el desarrollo de las actividades programadas. **Compromisos Adoptados**

Compromiso técnico relacionado con la verificación de horas adicionales: Las referentes de la Secretaría Distrital de Salud realizarán la gestión correspondiente para consolidar y remitir al equipo de seguimiento retrospectivo la información relacionada con las autorizaciones, avales, orientaciones técnicas o conceptos emitidos frente al reconocimiento y ejecución de horas adicionales. Esta información deberá especificar las Subredes involucradas, las acciones ejecutadas, los perfiles de talento humano, la cantidad de horas reportadas y demás aspectos requeridos para apoyar los procesos de verificación y seguimiento en los próximos ciclos de evaluación.

Durante la reunión La líder Helena Aldana, socializa las fechas del ciclo IV: informa que el cierre del ciclo para la Subred Norte está programado para el 24 de julio, y que el cierre total del proceso se realizará el 15 de septiembre. Asimismo, se indicó que la próxima semana se llevarán a cabo las conciliaciones de glosas correspondientes al ciclo de enero y febrero. En este sentido, el 16 de julio se desarrollará la conciliación con la Subred Sur Occidente, el 17 de julio con la Subred Norte y el 21 de julio, posterior al festivo, se realizará la conciliación de glosas de manera simultánea con las Subredes Sur y Centro Oriente. Se precisó que esta programación responde al volumen de glosas identificadas en cada subred.

Adicionalmente, se informó que la socialización y conciliación de glosas correspondientes al tercer ciclo (marzo-abril) se efectuará los días 21, 22 y 23 de septiembre, una vez finalice el cierre de todo el ciclo. Igualmente, se anunció que las jornadas de socialización están previstas para los días 16 y 17 de septiembre, fechas que serán confirmadas posteriormente con los equipos participantes para evitar cruces con otras actividades programadas. Finalmente, se consultó a los asistentes si existían inquietudes relacionadas con el cronograma presentado.

Finalmente, al no presentarse inquietudes adicionales por parte de los asistentes, tanto en modalidad mixta, se dio cierre al espacio de socialización siendo las 5:00 p.m. profesional del equipo de apoyo a la supervisión agradeció la participación de los asistentes y reiteró la importancia de dar cumplimiento a los compromisos establecidos. Así mismo, recordó realizar el registro de asistencia correspondiente, el cual fue compartido mediante enlace para los participantes.

Agotado el orden del día, atendidas las inquietudes de los participantes y verificado el registro de asistencia y participación de los asistentes, se dio por finalizada la reunión, agradeciendo la disposición, participación y aportes realizados durante el desarrollo de la jornada.

COMPROMISOS*

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA
Las referentes de Salud Mental realizarán la revisión de los soportes correspondientes, con	Referentes de Salud Mental	22-07-2026

 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					

el fin de verificar las glosas identificadas por el equipo de seguimiento		
Desde el equipo de supervisión se efectuará la revisión y validación de las planillas frente a los soportes allegados como horas adicionales, con el propósito de verificar la consistencia de la información reportada.	Equipo de apoyo a la supervisión GPEPB	Ciclo IV

REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO	TELÉFONO	DIRECCIÓN/ OFICINA/ ENTIDAD	FIRMA
1	Wilson Juagibioy Otero	jwjuagibioy@saludcapital.gov.co	3124476176	Secretaría Distrital de Salud SAC PAI	
2	Helena Aldana García	jhaldana@saludcapital.gov.co	3143314837	Subdirección de Gestión y Evaluación de Políticas en SP	
3	María Fernanda Romero	MFRomero@saludcapital.gov.co	3152814385	Subdirección de Determinantes en Salud	
4	Luisa Fernanda Mayorga Basto	lfmayorga@saludcapital.gov.co	3138430731	Subdirección de Acciones Colectivas	
5					
6					
7					
8					
9					

ASISTENTES

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

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

Evaluación y cierre de la reunión
--

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

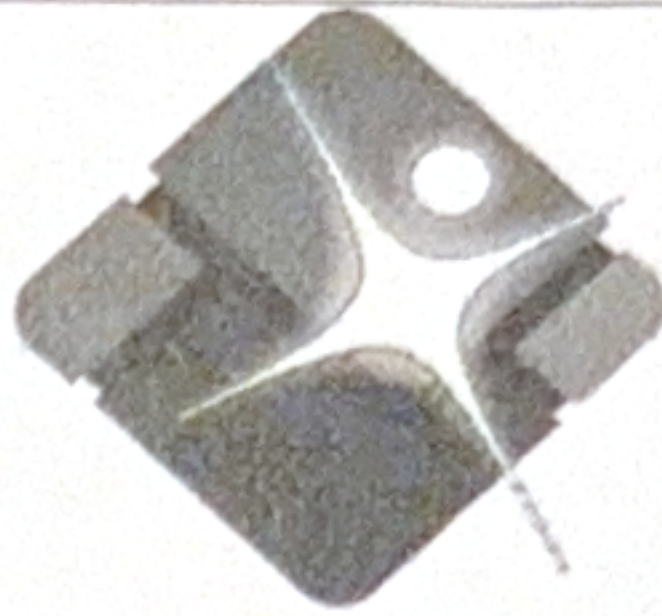
* Se podrán incluir o eliminar filas de acuerdo con el requerimiento.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	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: Socialización de hallazgos de la Acción Integral Integrada 9. Gestión de programas estrategias y planes para el Bienestar/Gestión integra Estrategias y programas. Fecha: 8 de julio de 2026. Hora Inicio: 2: pm Hora Fin: 5:00 pm Lugar: Secretaría Distrital de Salud Edificio de laboratorio de Salud pública - oficina PAI y plataforma Temas

No	NOMBRE	ENTIDAD O DEPENDENCIA	CARGO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Sylvia Alejandra Ramírez Ramírez	Subdirección de Determinantes en Salud, Salud Pública	Referente Distrital salud visual y salud auditiva	3204743932	saramirez@saludcapital.gov.co	Virtual
2	Myriam Gordillo Huertas	Subdirección Determinantes en Salud	Referente cancer	3103032921	m1gordillo@saludcapital.gov.co	Virtual
3	Paula Ximena Ramírez Barbosa	SDS - Subd de Determinantes	Contratista Grupo Crónicas	3134031929	pxramirez@saludcapital.gov.co	Virtual
4	Andrea Bastidas Pérez	Sds-SDDS	Profesional especializada	3007867477	Axbastidas@saludcapital.gov.co	Virtual
5	Julie Pauline Bustos Velandia	Secretaría Distrital de Salud	Contratista	3214940785	juliepaubv@hotmail.com	Virtual
6	Johana Escobar	SDS- Subdirección de Determinantes	Contratista	3008534928	JAEscobar@saludcapital.gov.co	Virtual
7	Laura Lizeth Luis Castro	Secretaría Distrital de Salud	Psicóloga Especializada	3005629889	lluis@saludcapital.gov.co	Virtual
8	María Fernanda Tovar	Determinantes	Profesional especializado	3124321118	Mftovar87@saludcapital.gov.co	Virtual
9	Lina María Pedraza Moreno	SDS/Determinantes	Profesional Especializado	3004962387	lm1pedraza@saludcapital.gov.co	Virtual
10	María Eugenia Delgado Méndez	SDS - Subdirección de Determinantes en Salud	Profesional especializada	3115404970	medelgado@saludcapital.gov.co	Virtual
11	María Fernanda Romero Soler	Subdirección de Determinantes en Salud	Profesional especializado	3152814385	mfromero@saludcapital.gov.co	Virtual
12						
13						
14						
15						
16						

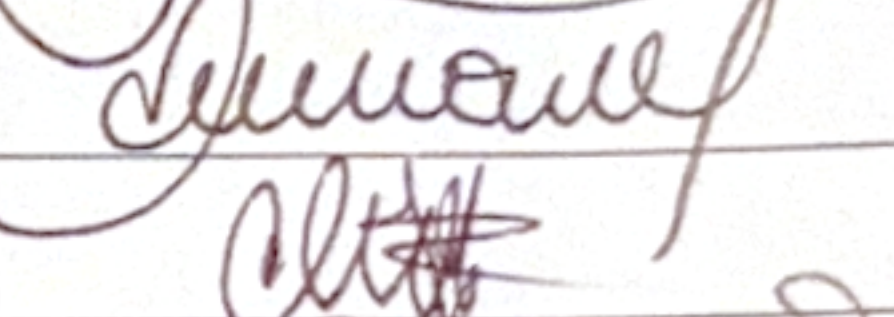
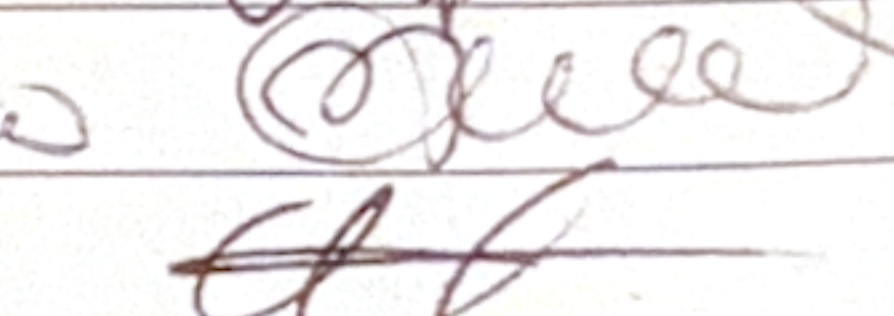
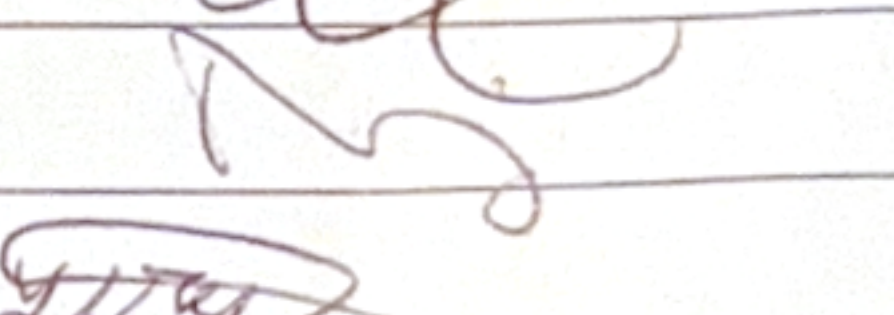
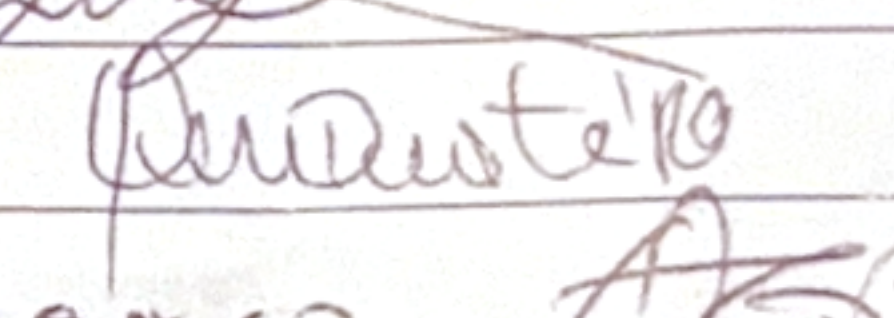
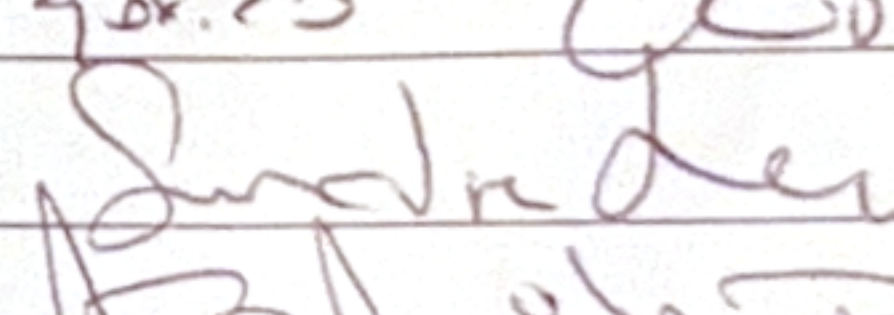
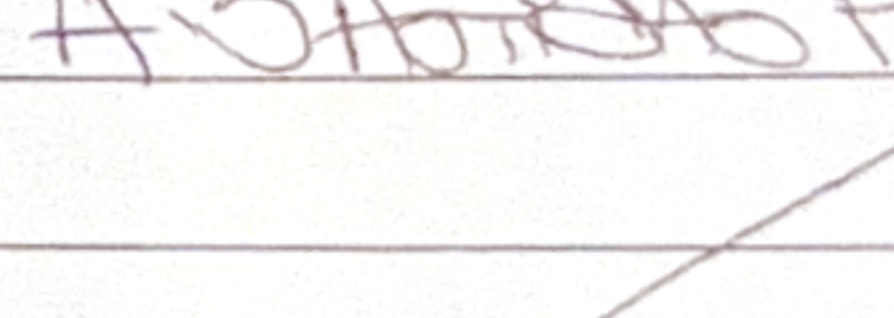
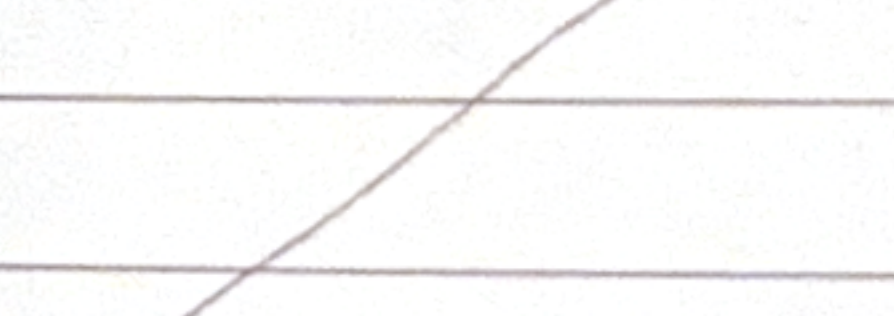
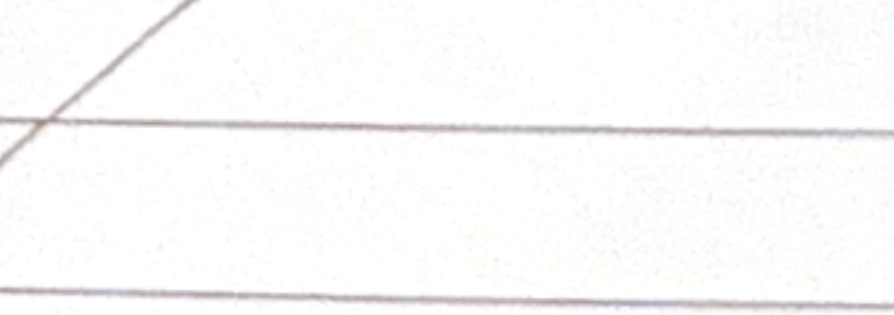
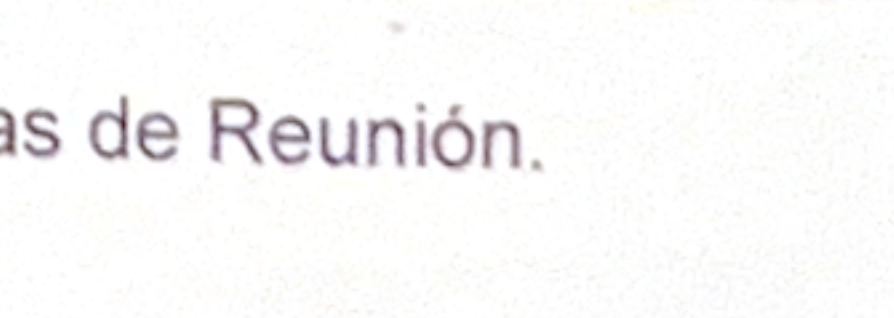
Nota: Cuando la asistencia es menor a 10 personas solo debe firmar acta de reunión según lineamiento de Actas de Reunión.

 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: Socialización de hallazgos de la Acción 9. Gestión de Programas y Planes para el Bienestar / Gestión Integral Estratégica Fecha: 8 de Julio 2026

Hora Inicio: 2: pm Hora Fin: 5:00pm Lugar: Secretaría, Edificio PAI - Laboratorio Salud Pública

No	NOMBRE	ENTIDAD O DEPENDENCIA	CARGO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Pedro A. Gomez Cruz	SDS-SAC-PAI	Profesional especializado	9876	Vagomez@saludcapital.gov.co	
2	Aida Mireya Cotoñada Abril	SDS-SAC-PAI	Prof. especializ.	9876	aida.cotonada@s-e.gov.co	
3	Wilmir Acovido M.	SDS-SAC-PAI	Prof. Especiali.	9876	wfacovido@saludcapital.gov.co	
4	Norma Hernández	SDS-SAC-PAI	Prof. Especiali.	9876	nhernandez@saludcapital.gov.co	
5	Jennifer Infante	SDS	Prof. Esp.	310126	jinfante@saludcapital.gov.co	
6	Marcela López H	SDS	Profesional especializado	3108447638	mlopez@saludcapital.gov.co	
7	Yury Mancada	SDS	Profesional especializado	3103316753	ymancada@gmail.com	
8	Yenny Dimaté Romero	SDS-SAC-PAI	Profesional especializado	9876	ydimate@saludcapital.gov.co	
9	Wilson Jurgi biay	SDS-SAC-PAI	Profesional especializado	9876	wjurgibiay@saludcapital.gov.co	
10	Sandra Jimenez	SDS	Prof. Esp.	31660316	sjimenez@saludcapital.gov.co	
11	Angela Bastidas	SDS-SDS	Prof. Esp.	300786777	abastidas@saludcapital.gov.co	
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.