

 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 del componente VSP – SALUD MENTAL con el resultado del seguimiento retrospectivo en el marco de los convenios interadministrativos con las subredes GSP-PSPIC para el periodo del 01 de marzo al 30 de abril 2026.

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

Objetivo	Fecha: 09 de julio de 2026.		
Realizar Socialización de hallazgos del componente VSP – SALUD MENTAL con el resultado del seguimiento retrospectivo en el marco de los convenios interadministrativos con las subredes GSP-PSPIC para el periodo del 01 de enero al 28 de febrero de 2026.	Tipo de reunión	Asistencia Técnica:	
		Asesoría ()	Capacitación ()
		Orientación ()	Acompañamiento ()
	Otro (X) Socialización de hallazgos.		
	Modalidad:	Presencial (x)	Virtual ()
	Mixta ()		
	Lugar: Edificio Laboratorio de Salud Pública – Piso 3		
	Hora Inicio: 2:00 p.m. Hora Fin: 4:00 p.m.		
	Notas por: William Baquero Varela		
	Próxima Reunión: No aplica		
	Quien cita: No aplica		

TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS *

Siendo las 2: 00 p.m. se da inicio con la participación de los referentes Johanna Licet Cortes Romero, Henry Alejo, Martha Vargas y William Baquero Varela, Yudy Cusva Verdugo por parte del equipo de apoyo a la supervisión. Los hallazgos y glosas generadas como resultado al seguimiento retrospectivo al periodo del **01 de marzo al 30 de abril 2026** por subred se resumen a continuación:

SUBRED CENTRO ORIENTE

GENERACION DE GLOSAS

GLOSAS:

214 - Gestión de la información del Componente de Salud Mental - Subred Centro Oriente y Sur

Criterio de glosa: G1 Mes: **ABRIL 2026**

Inconsistencia en el reconocimiento de horas laborales para el perfil de profesional universitario 2, Evidenciándose el no pago de un total de 86 horas adicionales, distribuidas así: 54 horas correspondientes al profesional Sebastián Linares Barreto; 8 horas a la profesional Flor Ángela Valencia Flórez; 16 horas a la profesional Tammy Espinosa Navarrete; y 8 horas a la profesional Eliana Paola Molina Lozano

 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					

GLOSAS:

215-Investigaciones epidemiológicas de eventos prioritarios en salud mental

Criterio de glosa: G3 Mes:
Marzo (6) IEC y Abril (4) IEC

SISVECOS 5; SIVIM 5; SIVELCE 0; VESPA 0

MARZO

seis (6) IEC no cumplen con lo descrito en los lineamientos; Los hallazgos se describen a continuación:

IEC SISVECOS

1_1955607: Antonio Nariño El test de riesgo suicida no se diligencia de manera completa, ya que no evalúa, entre otros, los factores requeridos del evento que sí son referidos en el seguimiento realizado. No se selecciona el criterio “6. Depresión* (mayor riesgo)”, criterio requerido por el evento y evidenciado en el SAD PERSONS con el criterio seleccionado “depresión”. Tampoco se selecciona el criterio “28. Preocupación por abuso pasado”, el cual sí fue reportado en el seguimiento. En la cara B se selecciona “plan estructurado de suicidio”, lo cual además se confirma en el SAD PERSONS y en el seguimiento, donde se indica: “LA USUARIA MANIFIESTA CONTINUAR PRESENTANDO PENSAMIENTOS SUICIDAS DE MANERA ESTRUCTURADA, EN OCASIONES ACOMPAÑADOS DE PLANEACIÓN”. Sin embargo, esto no es concordante con la no selección, en el test de riesgo suicida, del criterio “24. Plan específico de suicidio formulado”.

Asimismo, el código UPGD registrado en la cara A presenta error, dado que se consigna “1,10011E+11”.

En el APGAR se registra un puntaje de cero (0). Si bien los familiares con los cuales no convive constituyen un factor de riesgo, la familia actual corresponde a su esposo, respecto de quien se reporta en el seguimiento: “COMO FACTORES PROTECTORES SE IDENTIFICA LA RELACIÓN DE APOYO QUE MANTIENE CON SU PAREJA”. Lo anterior evidencia que el APGAR no fue evaluado de manera global.

2_1949246: localidad de san Cristóbal Usuario masculino de 46 años. En el SAD PERSONS no se evalúa el criterio “No pareja o cónyuge”, pese a que el hallazgo guarda relación con el desencadenante primario registrado: “Z63.5 Problemas relacionados con la ruptura familiar por separación o divorcio”. Adicionalmente, se evidencia que el usuario vive solo, aspecto que refuerza la pertinencia de valorar dicho criterio dentro de la evaluación del riesgo.

Asimismo, en el Test de Riesgo Suicida no se seleccionan variables correspondientes al caso, tales como “1. Hombre” y “4. Divorciado/separado”, pese a que estas condiciones están presentes y aportan a la valoración integral de la severidad del evento, aspecto que sí fue contemplado en la cara C.

Finalmente, en el seguimiento no se describen con claridad los factores de riesgo identificados ni se precisa de manera específica el factor desencadenante asociado a la conducta presentada.

3_1966408 localidad Rafael Uribe Uribe Se evidencia que en el genograma no se diagramó a una de las parejas de la madre, la cual debe ubicarse al lado derecho de la misma. Adicionalmente, ninguna de las parejas registradas cuenta con dato de edad. Se identifica inconsistencia en la representación de la hermana, dado que debe diagramarse mediante un círculo conforme a la simbología correspondiente. Asimismo, no se registra plan de acción frente a las situaciones identificadas. En la información consignada se reporta como factor desencadenante la ruptura de la relación de pareja; sin embargo, no es claro si el usuario convivía con dicha pareja, y esta tampoco se encuentra incluida dentro del genograma.

De igual manera, no se evidencia canalización a entidades de carácter intersectorial que permitan abordar el diagnóstico “Z59 Problemas relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas”. Se presume condición de desempleo, considerando que en la IEC no se reportan factores protectores asociados a

 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					

vinculación laboral ni situaciones relacionadas con estrés laboral.

IEC SIVIM

4_ID1934647_Candelaria. Con visita en campo el 21/02/2026, fecha de cierre 02/03/2026. No soportaron la escala APGAR con la información diligenciada de acuerdo con el caso y el puntaje asignado dentro de la ficha de IEC.

5_ID1963864_Santa fe. Con visita en campo el 19/03/2026, fecha de cierre 03/25/2026. Dentro de la ficha de la IEC no se diligenció la variable “Semana Gestación” en la cara A, pues el caso reportado corresponde a una gestante. No se logró validar el envío efectivo de la ficha de canalización con las rutas de atención en salud requeridas para el usuario, debido a que no se presentó el soporte durante el seguimiento retrospectivo.

6_ID1934065_Rafal Uribe. Con vista en campo el 20/02/2026, fecha de cierre 05/03/2026. No se encontró información sobre las necesidades en salud identificadas al usuario y el grupo familiar. No se logró validar el envío efectivo de la ficha de canalización con las rutas de atención en salud requeridas para el usuario, debido a que el soporte que presentó la Subred no registra la fecha de envío

ABRIL

"Se genera glosa del 100% por incumplimiento de anexo 6 lineamientos técnicos de la gestión de la salud pública GSP y del plan de salud pública de intervenciones colectivas - PSPIC y módulo de estándares – SIVIGILA D.C ya que se evidenció hallazgo en la acción de bienestar 215-Investigaciones epidemiológicas de eventos prioritarios en salud mental, debido a que cuatro (4) IEC no cumplen con lo descrito en los lineamientos; Los hallazgos se describen a continuación:

IEC SISVECOS

1_1975912 localidad de Candelaria En el genograma se identifica que una de las parejas de la madre no fue diagramada correctamente, por lo que debe ubicarse al lado derecho de la misma, conforme a la estructura y secuencia relacional establecida. Asimismo, en el Test de Riesgo Suicida se selecciona el numeral 3 correspondiente a “viudo”; sin embargo, esta condición no corresponde a la situación actual del usuario, evidenciándose inconsistencia en el diligenciamiento del instrumento. De igual manera, en la escala SAD PERSONS no se marca el ítem relacionado con “tentativa suicida previa”, pese a que este antecedente sí se evidencia tanto en la Cara B como en el Test de Riesgo Suicida. Además, en el apartado de factores de riesgo del seguimiento se registra explícitamente “intento suicida previo”, lo cual confirma la inconsistencia entre los diferentes registros clínicos y los instrumentos aplicados.

2_1970670 – Localidad San Cristóbal Se evidencia inconsistencia en el registro del código de la UPGD, toda vez que se observa diligenciado como “1,10012E+11”, lo cual corresponde a un formato numérico incorrecto y no permite identificar adecuadamente el código institucional. Asimismo, en la Cara B, específicamente en el ítem correspondiente a “Código CIE-10”, no se evidencia registro de información, quedando el campo sin diligenciar. De igual manera, en el Test de Riesgo Suicida no se seleccionó el criterio 15: “Intentos previos de suicidio o autolesiones”, pese a que este antecedente sí se encuentra contemplado en otros apartados de la historia y los instrumentos aplicados. En la Cara B y en la escala SAD PERSONS se documenta dicho antecedente y, adicionalmente, en el seguimiento se registra textualmente: “Identifican como factores de riesgo, el antecedente de intento suicida mediante autolesión”, lo que evidencia falta de concordancia entre los diferentes registros clínicos. Finalmente, en el seguimiento no se registra plan de acción frente a los factores de riesgo identificados, limitando la claridad sobre las intervenciones, estrategias de manejo y acciones de continuidad definidas para el caso.

IEC SIVIM

3_ID1967196_Rafael Uribe. Con visita en campo no concordante entre el consentimiento informado

 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					

(02/04/2026) y la ficha de IEC (06/04/2026) registradas en la cara A. No se encontró información que sustentara las diferencias en las fechas.

4_ID1978643_Candelaria. Con visita en campo 10/04/2026, fecha de cierre 15/04/2026. Dentro del plan de abordaje y acompañamiento no se encontró información sobre las acciones realizadas durante el seguimiento previo al cierre del caso, así mismo, no se identificó información sobre el tratamiento del diagnóstico de base del usuario (demencia senil), siendo relevante para el análisis del evento y la identificación de posibles barreras en la atención en salud.

"

SISVECOS: Diligenciamiento incompleto e inconsistente de los instrumentos de valoración, con falta de concordancia entre el Test de Riesgo Suicida, Y la escala SAD PERSONS. Asimismo, se evidencia insuficiente identificación y documentación de los factores de riesgo, factores protectores y desencadenantes del evento, junto con debilidades en la valoración del contexto familiar y social (APGAR y genograma) y en la formulación de planes de acción y canalizaciones intersectoriales acordes con las necesidades identificadas.

SIVIM: Debilidades en el diligenciamiento y soporte documental de la ficha IEC, evidenciadas por inconsistencias en los registros y variables obligatorias, así como falta de evidencia de las acciones de seguimiento y del proceso de canalización a las rutas de atención, debido a la ausencia o insuficiencia de soportes que permitan verificar su ejecución.

SUBRED SUR **GENERACION DE GLOSAS**

GLOSAS:

214 - Gestión de la información del Componente de Salud Mental - Subred Centro Oriente y Sur

No se generaron hallazgos de Glosa

215-Investigaciones epidemiológicas de eventos prioritarios en salud mental

Criterio de glosa: G1 Mes: Marzo

Diferencia entre el valor mensual reconocido por la Subred y el valor definido por la SDS, de acuerdo con el valor establecido en la columna "1 VALOR BASE 184 HORAS MES", debido a que se evidenció el pago superior en el perfil profesional universitario 1, de un total de 1,03422053231939 horas correspondiente a 0,258555133079848 horas para cada uno de los siguientes (4) cuatro contratistas: Marcela Ramírez Tovar, Julie Carolina Barrera Cotazo, Julián Ferneidy Currea García y Angie Paola Montoya Beltrán.

Criterio de glosa: G3 Mes:

Marzo (7) IEC y Abril (3) IEC

SISVECOS 4; SIVIM 4; SIVELCE 0, VESPA 2 Y 1 DE SUMAPAZ

228 Investigaciones epidemiológicas de eventos prioritarios en salud mental- Ruralidad

Criterio de glosa: G3 Mes DE ABRIL:

SUMAPAZ 1

Se genera glosa del 100% por incumplimiento de anexo 6 lineamientos técnicos de la gestión de la salud

 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

pública GSP y del plan de salud pública de intervenciones colectivas - PSPIC y módulo de estándares – SIVIGILA D.C ya que se evidenció hallazgo en la acción de bienestar 228 Investigaciones epidemiológicas de eventos prioritarios en salud mental-ruralidad, con plan de acción Cualit-cuantitativo, el cual contiene una (1) actividad con una (1) subactividad, afectando una (1) IEC de un total de cinco(5) IEC realizadas, debido a que no cumple con lo descrito en los lineamientos; los hallazgos se describen a continuación: ID 1982676 SUMAPAZ Se evidencian inconsistencias en el diligenciamiento del instrumento, toda vez que en el campo correspondiente a la UPZ se registra la fecha “05/01/1900”, dato que no corresponde a la información requerida. Asimismo, el genograma presentado no es legible, lo que limita la adecuada interpretación de la estructura y dinámica familiar del usuario. De igual manera, en la variable de grupo étnico se registra de forma errónea la fecha “07/01/1900”, evidenciando fallas en el registro de la información. Adicionalmente, las recomendaciones consignadas corresponden a un formato o esquema estandarizado aparentemente copiado, sin evidencia de personalización ni articulación con las necesidades, factores de riesgo, condiciones particulares y hallazgos identificados durante la intervención, por lo que se requiere fortalecer la elaboración de recomendaciones individualizadas, claras y pertinentes para el usuario.

MARZO

Se genera glosa del 100% por incumplimiento de anexo 6 lineamientos técnicos de la gestión de la salud pública GSP y del plan de salud pública de intervenciones colectivas - PSPIC y módulo de estándares – SIVIGILA D.C ya que Se evidenció hallazgo en la acción de bienestar 215-Investigaciones epidemiológicas de eventos prioritarios en salud mental, debido a que siete (7) IEC no cumplen con lo descrito en los lineamientos; Los hallazgos se describen a continuación:

SISVECOS

1_1947367_ Ciudad Bolívar _Inconsistencias en la estructura del seguimiento de la IEC, Así como en la secuencia y coherencia dado a que, aunque nominó el subtítulo de factores protectores, se saltó de forma inusitada con una palabra de orientación, presentándose una mezcla de información entre secciones, lo cual generó falta de claridad en la organización del contenido y en la diferenciación de los componentes de la intervención. Posteriormente, retornó de manera no secuencial a registros de tipo valorativo, lo que evidenció desorden metodológico en la sistematización de la información consignada finalmente, no se evidenció el desarrollo de la psicoeducación requerida, particularmente en lo relacionado con la explicación de criterios diagnósticos asociados al trastorno depresivo recurrente según CIE-10, ni la orientación dirigida a la familia sobre posibles riesgos, signos de alerta y estrategias de manejo. En su lugar, la intervención se limitó principalmente a la formulación de aspectos de valoración, sin profundizar en procesos de psicoeducación estructurada que favorecieran la comprensión del diagnóstico y el fortalecimiento de herramientas familiares para el abordaje del caso.

2_1948331 Ciudad Bolívar Inconsistencias en la construcción del genograma y en la aplicación de los instrumentos de valoración del riesgo. En el genograma, el usuario fue diagramado debajo de la actual pareja de su madre (padastro) es decir dejando visualmente como si fuera hijo de otro padre, no garantizando el orden cronológico, sin garantizar el orden cronológico correspondiente a la estructura familiar, lo cual afecta la interpretación de la dinámica del sistema familiar. En relación con la escala SAD PERSONS, no se seleccionaron todos los criterios requeridos, evidenciándose la omisión del ítem “carencia de apoyo social”, de igual manera, en el test de riesgo suicida no se seleccionó la variable “16. aislamiento o rechazo social”, a pesar de su pertinencia en el análisis del caso y de su relación con los factores psicosociales reportados por el profesional en el seguimiento.

SIVIM

3_ID1961885_Tunjuelito: fecha de visita 20/03/2026, fecha de cierre 28/03/2026. Se identificó inconsistencias en la edad del usuario reportado de acuerdo con el dato del genograma (9 meses) y el registrado en la cara A de la ficha de IEC (8 meses). No se identificó el seguimiento a las atenciones en salud del menor de manera

 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					

integral (se desconoce si ha tenido valoración integral por pediatría, controles de crecimiento y desarrollo, clasificación del estado nutricional), siendo importantes para el análisis del evento al tratarse de un menor de un año sin esquema de vacunación y relacionado con negligencia por parte de los cuidadores; así como la descripción de las condiciones de vida y la relación del evento frente a los cambios en la dinámica familiar momento de realizar la investigación en campo (separación de los progenitores, siendo el padre quien ejercía mayor presión para no vacunar a su hijo).

4_ID1949062_Usme: fecha de visita 07/03/2026, fecha de cierre 20/03/2026. Se identificó inconsistencia dentro del reporte sobre la modalidad en que fue abordado el caso al encontrar dentro de las observaciones de la IEC que se realizó en modalidad no presencial, sin embargo, no cuenta con los soportes requeridos solicitados en la ficha técnica (chat, video llamada, plataformas y telefónico - página 30, nota al pie No. 61). Así mismo, carece de la descripción de los tiempos y las acciones para pactar el abordaje dentro de los tiempos establecidos. En cuanto al análisis del genograma no cuenta con información sobre la relación entre el entorno familiar y la problemática. Soportaron un consentimiento informado, pero dentro de la IEC no relata cómo se obtuvo teniendo en cuenta la modalidad de la IEC, tampoco especifica si se hizo entrega de la copia de este por algún medio.

5_ID1961686_Ciudad Bolívar: fecha de la visita 17/03/2026, fecha de cierre 27/03/2026. Se evidenciaron inconsistencias en la dirección relacionada en la cara A de la ficha de IEC al no ser concordante con la relacionada en el consentimiento informado. Dentro del relato refieren que se trata de una familia “desplazada”, pero en la caracterización no se evidencia la marcación de esta variable. No se identificó información sobre el seguimiento a las atenciones en salud para el grupo familiar donde se encuentra un menor de 4 años, otro de 7 años y uno de 10 años, lo anterior teniendo en cuenta la condición de desplazamiento forzado descrito en el análisis del evento. No soportaron la activación de rutas en salud o a nivel intersectorial a pesar de informar que requiere intervención por trabajo social, psicología y medicina general. Se desconoce información sobre el estado de afiliación al sistema de salud, tanto del usuario, como de su grupo familiar.

VESPA

6_IDVEN37667149806_Tunjuelito: fecha de visita 23/03/2026, fecha de cierre 31/03/2026. No hubo abordaje integral dentro del grupo familiar (menor de 14 años que convive con un menor de 5 años y 13 años) teniendo en cuenta el nivel de riesgo identificado durante la visita en campo y de acuerdo con el evento reportado. No se evidencia seguimiento a las atenciones en salud y las necesidades identificadas. No cuenta con soportes de canalización a servicios o programas para población migrante, así como el estado de afiliación al sistema de salud, tanto del usuario, como de su grupo familiar.

7_IDTI1028668409_Usme: fecha de visita en campo 14/03/2026 y fecha de cierre 23/03/2026. Se identificaron inconsistencias en la caracterización del caso, al tratarse de un menor de edad que no se reporta por la variable “Discapacidad”, pero dentro del análisis de la IEC informa “SE IDENTIFICA DIAGNÓSTICO DE DÉFICIT COGNITIVO LEVE” y “ANTECEDENTE DE DÉFICIT COGNITIVO”. Por otra parte, se identificó dentro de la ficha de canalización, se utiliza el término de “RETRASO MENTAL LEVE”, así mismo, se reportó como “persona víctima de violencia sexual”, pero dentro de la IEC no se nombra ningún tipo de maltrato (físico, emocional, sexual, negligencia, abandono, económico). No cuenta con información que soporte las acciones de seguimiento y cierre del caso de acuerdo con el plan de trabajo y las recomendaciones dadas durante el abordaje.

ABRIL

"Se genera glosa del 100% por incumplimiento de anexo 6 lineamientos técnicos de la gestión de la salud pública GSP y del plan de salud pública de intervenciones colectivas - PSPIC y módulo de estándares – SIVIGILA D.C ya que Se evidenció hallazgo en la acción de bienestar 215-Investigaciones epidemiológicas de eventos prioritarios en salud mental, debido a que tres (3) IEC no cumplen con lo descrito en los lineamientos; Los hallazgos se describen a continuación:

SISVECOS

1_1981046 USME Se identificaron inconsistencias en el diligenciamiento de los instrumentos y registros del

 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					

caso. En la clasificación inicial selecciona sospechoso aun cuando es de procedencia de la Unidad de Servicios de Salud Victoria. Asimismo, en el apartado de ciclo de vida familiar registra la categoría “ajuste”, cuando de acuerdo con la composición y características familiares descritas corresponde a la etapa de “apertura”, generando una clasificación inadecuada de la dinámica familiar. En el genograma se identifican errores en la representación gráfica de los integrantes de la familia, toda vez que la hija, Francy Triana, es diagramada con un cuadrado y su pareja, Andrés García, con un círculo, símbolos que no corresponden a la convención utilizada para la identificación del sexo de los miembros familiares. Adicionalmente, en los eventos desencadenantes secundarios y terciarios registra la opción “No aplica”; sin embargo, en el seguimiento documentan situaciones que constituyen factores estresores relevantes, tales como conflictos familiares persistentes, especialmente con la hija, posible influencia de dinámicas socioculturales caracterizadas por rigidez en los roles de género, problemas relacionados con apoyo familiar inadecuado, fallecimiento de la esposa y dificultades asociadas a la ausencia de un miembro significativo de la familia, elementos que debieron ser incorporados y analizados como parte de los eventos desencadenantes y factores contextuales del caso. Finalmente, se evidencia inconsistencia en la aplicación del test de riesgo suicida, dado que no fue seleccionado el ítem 5 correspondiente a “edad avanzada”, pese a que esta condición aplica para el usuario y constituye un factor de riesgo que debe ser considerado dentro de la valoración integral.

2_1969292 Inconsistencias en la valoración y el diligenciamiento de los instrumentos. En el apartado diagnóstico se registró el código CIE-10 F32.9 – Episodio depresivo, no especificado; sin embargo, esta información no guardó concordancia con la selección realizada en los factores de riesgo, donde se registró la presencia de trastorno depresivo. Respecto al genograma, tuvo registro incompleto ya que no se registraron el nombre ni la edad del padre. Asimismo, no se representó el tipo de relación existente entre el usuario y su padre, dejando este apartado sin información, lo que limitó la comprensión integral y los posibles factores protectores o de riesgo presentes con el progenitor. Adicionalmente, se observó una inconsistencia en la ubicación de los miembros de la familia, toda vez que la hermana fue diagramada como menor al usuario cuando, de acuerdo con la información reportada, correspondía a una hermana mayor, afectando la adecuada lectura e interpretación del genograma. De igual manera, debió reevaluar la selección realizada en el ítem 2 del test de riesgo suicida correspondiente a “soltero”, considerando que el usuario era menor de 14 años y que dicha condición no guardaba relación con los factores de riesgo actuales, ni con las características evolutivas y contextuales propias del caso.

SIVIM

3_ID1978767_Usme: fecha de visita 13/04/2026, fecha de cierre 21/04/2026. Se evidenció que la IEC no cuenta con el análisis del genograma donde se informe sobre la estructura de la problemática. No se identificó la descripción de los factores socioculturales y estructurales y su relación con el evento reportado. No se nombran los factores protectores identificados durante la visita en campo, así como el análisis de los factores relacionales. Dentro del seguimiento realizado al plan de trabajo no se informa si se validó la asistencia a la cita odontológica programada y como parte a la efectividad de la canalización enviada para la activación de ruta, de acuerdo con las necesidades en salud del usuario.

SISVECOS: inconsistencias en el diligenciamiento de los instrumentos de valoración, especialmente en el genograma y el Test de Riesgo Suicida/SAD PERSONS, **por registros incompletos**, errores en la representación de la estructura familiar y omisión o selección inadecuada de criterios de riesgo. Asimismo, se evidencian **falta de concordancia entre los diagnósticos, los factores de riesgo** y los registros de seguimiento, además de deficiencias en la organización metodológica del seguimiento de la IEC y en el **desarrollo de la psicoeducación dirigida al usuario y su familia**.

SIVIM: Debilidades en el análisis y documentación de la investigación epidemiológica de campo (IEC), evidenciadas por información incompleta sobre el genograma, las condiciones familiares, los factores de riesgo, protectores y socioculturales, así como por falta de seguimiento a las atenciones en salud y a la efectividad de las canalizaciones. Adicionalmente, se identifican inconsistencias en los registros y soportes documentales, que afectan la coherencia y trazabilidad de la intervención.

VESPA deficiencias en el abordaje integral y el seguimiento de los casos, evidenciadas por la ausencia de

 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					

seguimiento a las necesidades en salud, a las atenciones recibidas y a las acciones definidas en el plan de trabajo. Asimismo, se identifican inconsistencias en la caracterización y el registro de la información, así como falta de soportes de las canalizaciones y de las acciones realizadas durante el proceso de intervención y cierre del caso.

SUBRED SUROCCIDENTE

GENERACION DE GLOSAS

GLOSAS:

213 Gestión de la información del componente de salud mental

Criterio de glosa: G3 Mes: Marzo 2026

Hallazgo: En 2 subactividades:

1ª subactividad “Asistencia a espacios convocados desde VSP nivel central según perfil requerido”, no asistieron los referentes a la reunión con el grupo de seguimiento y monitoreo.

2ª Subactividad “Realizar incrementos, fortalecimiento y retroalimentación a las UPGD en las actas de Fortalecimiento técnico a las UPGD o UI activas para el subsistema y las consignadas en la base de datos de asistencias técnicas generales: Se evidenciaron **inconsistencias en las actas revisadas**, relacionadas con la formulación y seguimiento de los compromisos. Los **compromisos registrados son generales y se replican de manera idéntica en las diferentes actas**, sin reflejar las particularidades de cada sesión. Asimismo, en una de las actas **no se diligenció el seguimiento correspondiente** y, en el acta del **21/04/2026, se identificó en el seguimiento de un compromiso registra con errores**.

215 - Investigaciones epidemiológicas de eventos prioritarios en salud mental.

Criterio de glosa: G3 Mes: Marzo (6) IEC Abril (7) IEC

SISVECOS 3; SIVIM 4; SIVELCE 2; VESPA 4.

MARZO

"Se genera glosa del 100% por incumplimiento de anexo 6 lineamientos técnicos de la gestión de la salud pública GSP y del plan de salud pública de intervenciones colectivas - PSPIC y módulo de estándares – SIVIGILA D.C ya que Se evidenció hallazgo en la acción de bienestar 215-Investigaciones epidemiológicas de eventos prioritarios en salud mental, debido a que siete (7) IEC no cumplen con lo descrito en los lineamientos; Los hallazgos se describen a continuación:

SISVECOS

1_1962156 Fontibón Se evidenciaron inconsistencias en el diligenciamiento de los instrumentos de valoración. En la escala SAD PERSONS, las variables que aparentemente corresponden a respuesta negativa (NO) no fueron seleccionadas; los campos no debían quedar en blanco, dado que esto afecta la integridad y trazabilidad del registro. Respecto al ciclo de vida familiar, se seleccionó la categoría “disolución”; sin embargo, la información consignada en el seguimiento y el genograma permite establecer que la familia se encuentra en una etapa correspondiente al ajuste por hijos en edad escolar o adolescentes, adicionalmente, se documenta que “la relación de pareja se ha tornado altamente conflictiva, con intención de separación, aunque las limitaciones económicas han impedido una ruptura definitiva” demostrando nuevamente aun no presente la disolución. Por otro lado, en la aplicación del test de riesgo suicida no se seleccionó el criterio correspondiente a “hombre”, pese a tratarse de una variable objetiva de valoración contemplada en el instrumento. Finalmente, En el seguimiento anuncia que registrara plan de acción, pero de manera inusitada sin una transición técnica reporta la psicoeducación.

SIVELCE

 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					

3_1924687 kennedy: inconsistencias en el diligenciamiento de la ficha correspondiente al caso de usuario masculino de 8 años de edad. La fecha de nacimiento presenta enmendaduras que afectan la calidad y confiabilidad del registro. Asimismo, en el campo de localidad se consignó "KENEDDY", evidenciándose un error de digitación. Se observó la utilización de una versión desactualizada del formato, adicionalmente, en la variable "¿Cuáles cree usted que son los problemas más frecuentes dentro de su familia?" se registró la respuesta "NA"; no obstante, de acuerdo con las instrucciones del instrumento, para usuarios entre 7 y 11 años esta información debe ser suministrada por el cuidador, por lo que su diligenciamiento es obligatorio. De igual manera, no se diligenció la matriz de rango de riesgo del test aplicado, impidiendo la adecuada clasificación y análisis del resultado obtenido. Se evidenció además que el nombre y el número de documento del cuidador no son legibles, limitando la identificación del responsable que suministra la información. Finalmente, en la sección del cierre del caso, dentro de la categoría de ajuste, no se seleccionó ninguna de las variables establecidas por el instrumento, generando un registro incompleto y afectando la trazabilidad del proceso de atención.

SIVIM

4_ID1947510_Fontibón: fecha de visita 02/03/2026, fecha de cierre 10/03/2026. No se identificó el abordaje integral del caso, debido a la ausencia de información que describiera las condiciones de vida del menor y no se consideró su diagnóstico de base para el análisis del evento (menor de 15 años en condición de discapacidad reportado por presunta negligencia, sin controles médicos y manejo farmacológico en el último año). Así mismo, tampoco cuenta con la descripción de las necesidades en salud y las barreras de acceso identificadas durante la investigación en campo.

5_ID1961995_Fontibón: fecha de visita 07/04/2026, fecha de cierre 10/04/2026, fecha de notificación 11/03/2026. No cuenta con la descripción de las acciones para dar cumplimiento a la oportunidad en el abordaje del caso de acuerdo con la fecha de notificación y la fecha de la visita en campo. No se logra leer por completo la información registrada en los factores individuales y no se adjuntó en la carpeta el archivo Excel trabajado para su verificación, por lo que no se identificó información sobre el problemático de alcohol y SPA por parte de los cuidadores del menor notificado y como parte del análisis del evento. Dentro de la escala APGAR el puntaje total no concuerda con las puntuaciones por pregunta.

VESPA

6_ID1956064_Fontibón: fecha de visita 10/03/2026, fecha de cierre 18/03/2025. Se identificaron errores de ortografía y de redacción que afectan la comprensión y la calidad de la información que da cuenta del análisis del evento reportado. Así mismo, se identifican conceptos que no guardan relación con el contexto del caso como el uso de términos "contra natura" y "se omite prueba outfit". Dentro de la ficha de canalización no registra de manera completa la dirección, por lo que presenta inconsistencias con los demás soportes de la IEC. En cuanto a la información dispuesta en el plan de trabajo, no se logra leer en su totalidad y no se adjuntó en la carpeta el archivo Excel trabajado para su verificación. En cuanto a la cara A de la ficha de notificación no se encontró la información actualizada y de acuerdo con lo verificado durante la investigación en campo, especialmente la relacionada con el tipo de sustancias y las frecuencias de consumo.

7_ID1023955009_Fontibón: fecha de visita 27/03/2026. Se evidenciaron inconsistencias en la fecha de seguimiento y cierre al caso al no ser coherente con la fecha de visita en campo al registrar que se realizó el (05/03/2026). Es decir, la fecha de cierre del caso es anterior a la fecha de la investigación en campo. Este dato se encontró replicado en varios espacios de la IEC.

"

ABRIL

"Se genera glosa del 100% por incumplimiento de anexo 6 lineamientos técnicos de la gestión de la salud pública GSP y del plan de salud pública de intervenciones colectivas - PSPIC y módulo de estándares – SIVIGILA D.C ya que Se evidenció hallazgo en la acción de bienestar 215-Investigaciones epidemiológicas de

 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					

eventos prioritarios en salud mental, debido a que Siete (7) IEC no cumplen con lo descrito en los lineamientos; Los hallazgos se describen a continuación:

SISVECOS

1_1986132 Kennedy Se evidenciaron inconsistencias en el diligenciamiento de los instrumentos de valoración. En el apartado de intentos previos en la cara B se registra respuesta afirmativa (SI); sin embargo, en el campo correspondiente al número de intentos previos no se realiza ninguna selección o registro. Asimismo, en el test de riesgo suicida no se selecciona la variable "hombre", pese a que en la escala SAD PERSONS sí se registra el ítem correspondiente a sexo masculino, generándose una inconsistencia entre ambos instrumentos. Adicionalmente, en la escala SAD PERSONS no se diligencian las variables que corresponden a respuestas negativas (NO), dejando campos en blanco. Es necesario registrar la totalidad de los ítems evaluados para garantizar la completitud, consistencia y trazabilidad de la información consignada.

2_1969868 Bosa, Se evidenciaron inconsistencias y omisiones en el diligenciamiento de los instrumentos de valoración y seguimiento. En la ficha CARA A no se seleccionó el tipo de identidad. Asimismo, en la cara B se registró la presencia de intentos previos de conducta suicida; sin embargo, no se diligenció el campo correspondiente al número de intentos previos. En la escala SAD PERSONS no se seleccionaron las variables cuyas respuestas correspondían a la opción "No". De igual manera, no se registró el nivel de riesgo suicida resultante de la valoración, adicionalmente, en el genograma no se registraron los apellidos de los integrantes del grupo familiar, y en el apartado de entorno familiar se clasificó a un integrante como "hermanastro", aunque la información disponible indica que corresponde a un hermano obedeciendo a que comparten consanguinidad. Finalmente, no se evidenció el registro de la clasificación final de la conducta suicida posterior al seguimiento realizado, ni la firma del profesional responsable en el formato de Información.

SIVELCE

3_1996207 caso correspondiente a la localidad de Puente Aranda, se evidenció que el registro no contaba con las secciones CARA A y CARA B al momento de la verificación, impidiendo la validación integral del instrumento. Asimismo, no se evidenció un análisis discriminado de la influencia de los determinantes sociales de la salud en los niveles macro, intermedio y micro, limitándose el registro a una descripción general expresada en una sola frase, lo que restringe la comprensión integral de los factores asociados al caso. Adicionalmente, no se registró el número de documento de identificación del cuidador, afectando la completitud de la información. En el genograma se identificó que el hermano registra la misma edad que el usuario; sin embargo, fue representado únicamente como hermano, sin precisar si corresponde a una condición de gemelo o mellizo, aspecto que genera inconsistencias en la caracterización de la estructura familiar.

SIVIM

4_ID1983286_Kennedy: fecha de visita 24/04/2026, fecha de cierre 30/04/2026. Se identificó que las edades registradas en el genograma no son legibles. No garantizó el seguimiento a las atenciones en salud de manera integral, solo se indaga por las atenciones en psicología. No hay una descripción de las condiciones de vida, siendo relevante para el análisis del evento por tratarse de un menor de 5 años a cargo del padre y el abuelo paterno (reportado por presunto abuso sexual). El consentimiento informado no se diligenció en completitud.

5_ID1970403_Kennedy: fecha de visita 17/04/2026, fecha de cierre 19/04/2026. Se identificó el no diligenciamiento en completitud de las variables incluidas en la cara A de la ficha de Investigación en campo y el consentimiento informado. En cuanto a su reporte en aplicativo SIVIGILA D.C., se marcó "No facturado", sin embargo, el caso se incluyó dentro del conteo del total de IEC facturadas y reportadas en el Informe de Gestión del periodo y el desagregado por localidad.

VESPA

6_ID1022431533_Puente Aranda: fecha de visita 08/04/2026, fecha de cierre 17/04/2026. No se identificó la razón o la justificación para sustentar en envío no oportuno de la ficha de canalización con el reporte de las necesidades de activación de rutas de atención en salud del caso abordado. El soporte presentado por la subred registra fecha del 21/04/2026, siendo posterior a la fecha de cierre del caso.

7_ID1063959361_Bosa: fecha de visita 14/04/2026, fecha de cierre 23/04/2026. No se garantizó el abordaje integral para todos los integrantes de la familia de acuerdo con nivel de riesgo en salud y el evento notificado,

 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					

teniendo en cuenta que, dentro del grupo familiar, además del caso reportado, se encontraba una gestante, un menor de 3 años y otro de 5). Se identificó enmendadura en la dirección y variables no diligenciadas en completitud dentro del consentimiento informado.

SISVECOS: inconsistencias y omisiones en el diligenciamiento de los instrumentos de valoración, especialmente en la escala SAD PERSONS y el Test de Riesgo Suicida, por registros incompletos, falta de selección de variables obligatorias y discrepancias entre instrumentos. Asimismo, se evidencian errores en el diligenciamiento del genograma y otros formatos, así como registros incompletos en el seguimiento y la clasificación del caso, afectando la consistencia, completitud y trazabilidad de la información.

SIVIM Debilidades en el abordaje integral de los casos, evidenciadas por la ausencia de información sobre las condiciones de vida, las necesidades en salud, las barreras de acceso y el seguimiento a las atenciones en salud. Asimismo, se identifican inconsistencias e incompletitud en el diligenciamiento de los instrumentos y soportes documentales, afectando la calidad, coherencia y verificabilidad de la información registrada.

SIVELCE: Inconsistencias en el diligenciamiento y completitud de los instrumentos, relacionadas con el uso de formatos desactualizados, registros con errores de digitación, enmendaduras, información ilegible y ausencia de secciones obligatorias, lo que afecta la calidad y trazabilidad de la información. Asimismo, se identificó omisión de variables obligatorias, incluida la clasificación del riesgo y el cierre del caso, así como registros incompletos del cuidador. Adicionalmente, se evidenciaron deficiencias en el análisis de los determinantes sociales de la salud, al no abordarse de manera integral en los niveles macro, intermedio y micro, y errores en la caracterización de la estructura familiar dentro del genograma.

VESPA: Se evidenciaron inconsistencias en la calidad, completitud y coherencia de los registros de la IEC, reflejadas en errores de redacción, información desactualizada, registros incompletos, enmendaduras y discrepancias entre los diferentes soportes, incluidas inconsistencias cronológicas en las fechas de seguimiento y cierre. Asimismo, se identificaron deficiencias en el abordaje integral del grupo familiar, falta de justificación y de soportes oportunos para las canalizaciones a las rutas de atención, así como falencias en el diligenciamiento del consentimiento informado y del plan de trabajo, afectando la trazabilidad y verificación de las acciones realizadas.

SUBRED NORTE

GENERACION DE GLOSAS

213 Gestión de la información del componente de salud mental

GLOSAS:

No se generaron glosas en el periodo para la acción de bienestar

215 - Investigaciones epidemiológicas de eventos prioritarios en salud mental.

MARZO

Criterio de glosa: G3

Se evidenció que en el informe de gestión se reportaron como ejecutadas novecientas ochenta (980) investigaciones epidemiológicas de campo; sin embargo, durante el seguimiento retrospectivo únicamente se presentaron soportes correspondientes a novecientas setenta (970) investigaciones. En consecuencia, no se aportó soportes que permitiera justificar la ejecución de diez (10) investigaciones epidemiológicas de campo

 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					

reportadas en el informe de gestión.

Criterio de glosa: G1

Por la diferencia entre el valor mensual reconocido por la Subred y el valor definido por la SDS, de acuerdo con el valor establecido en la columna “1 VALOR BASE 184 HORAS MES”, debido a que se evidenció el pago superior de 0,0532319391634981 hora, en el perfil profesional universitario 1 Andrea Bonilla González.

MARZO

Se genera glosa del 100% por incumplimiento de anexo 6 lineamientos técnicos de la gestión de la salud pública GSP y del plan de salud pública de intervenciones colectivas - PSPIC y módulo de estándares – SIVIGILA D.C ya que Se evidenció hallazgo en la acción de bienestar 215-Investigaciones epidemiológicas de eventos prioritarios en salud mental, debido a que nueve (9) IEC no cumplen con lo descrito en los lineamientos; Los hallazgos se describen a continuación y deben ser tenidos en cuenta en los ajustes que requieran las IEC en su general:

SISVECOS

1_ ID 1938892 De la localidad de Teusaquillo se evidencian hallazgos relacionado con el proceso de canalización y en el diligenciamiento de los instrumentos de valoración. Se observa que la fecha de generación de la canalización registra 2 de marzo de 2026; sin embargo, el correo electrónico que soporta su envío registra como fecha el 12 de marzo de 2026, evidenciándose no concordancia y por ende envió tardío. Adicionalmente, se identifica que la totalidad del Test de Riesgo Suicida no presenta información registrada. Considerando que la persona usuaria es mayor de 65 años, el instrumento requería, como mínimo, la valoración y registro del ítem correspondiente a edad avanzada y otros señalados en el seguimiento.

SIVIM

2_ID1946332_Chapinero: fecha de visita 19/03/2026, fecha de cierre 31/03/2026. Se identificaron inconsistencias en la fecha de visita en campo registrada la ficha de IEC (16/03/2026) y la relacionada en el consentimiento informado (19/03/2026). Dentro de la cara B no se diligenciaron las variables que indican que corresponde a un acaso integral abordado por SISVECOS. No se garantizó el abordaje al grupo familiar teniendo en cuenta el nivel de riesgo frente al evento notificado, (hijos del caso reportado de 1 y 3 años). El genograma no guarda el orden cronológico de los hijos y parejas.

3_ID1947183_Teusaquillo: fecha de visita 09/03/2026, fecha de cierre 18/03/2026. En la cara A de la ficha de notificación no se logra visualizar en su totalidad la información relacionada en las observaciones. Dentro de esta misma cara se no se relacionan todos los integrantes en la conformación familiar. El puntaje APGAR (6) no corresponde con la clasificación (7 a 10) y por ende la identificación de la función familiar. La información sobre la solicitud de activación de rutas de atención en salud no es clara dentro del plan de abordaje, pues en las variables de la ficha informa envió de canalización, pero en la descripción informa que no se hizo. No contaba con soportes para su verificar la actividad.

4_ID1942531_Engativá: fecha de visita 09/03/2026, fecha de cierre 18/03/2026. Se identificó que la IEC no cuenta con la descripción de las condiciones de vida y el seguimiento a las atenciones en salud, siendo importantes para el análisis del evento por tratarse de un menor de 5 meses asociados a posible DNT aguda. Se encontraron inconsistencia en la dirección relacionada en la ficha de canalización y la ficha de IEC (CI 68 BIS 119 17) y la relacionada en el consentimiento informado IEC (CI 68 BIS 117 17).

5_ID1943677_Suba: fecha de visita 09/03/2026, fecha de cierre del caso 17/03/2026, no se reporta correctamente la caracterización de la usuaria teniendo en cuenta que corresponde a menor de 14 años

 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					

gestante con 9 semanas. Dichas variables no se encontraron ajustadas en la base del evento SIVIGILA D.C. y no se diligenciaron en la cara A de la ficha de IEC. No se encontró información relacionada con el consumo de bebidas alcohólicas, SPA y condiciones de vida del caso, siendo importante para el análisis del evento.

VESPA

6_ID1020790222_Usaquén: fecha de visita 21/03/2026, fecha de cierre 31/03/2026. Se identifican inconsistencias en la dirección relacionada dentro de la ficha de canalización (CI 184 8 10 este) al no ser concordante con la ficha de IEC y el consentimiento informado (Km 5 vía Guavio). Así mismo, dentro de la ficha de IEC no se diligencia el barrio o vereda correspondiente. No se garantizó el abordaje a todo el grupo familiar (caso reportado de 14 años y hermanos de 11 y 6 años) al no contar con información dentro de la IEC.

7_ID1049234699_Suba: fecha de visita 09/03/2026, fecha de cierre 18/03/2026. Se identificó dentro del consentimiento informado que no se diligenció en completitud al no marca quien recibió la visita, si el usuario, acudiente o familiar. No se encontró información sobre las atenciones para el diagnóstico relacionado con discapacidad intelectual mencionado dentro de la notificación del caso y su integración al análisis del evento por ser una presunta negligencia, activación de rutas y en la posible identificación de barreras en la atención en salud.

8_ID1065004061_Chapinero: fecha de visita 02/03/2026, fecha de cierre 23/03/2026. Se identificaron inconsistencia en la dirección relacionada en la ficha de IEC (CI 63 00 26) y la consignada en el consentimiento informado (CI 63 0 26 Este). Por otra parte, la canalización enviada no fue oportuna por tener fecha de envío del 18/03/2026 y no se encontró información que argumentara los tiempos. No se garantizó el abordaje integral para todo el grupo familiar (caso reportado de 13 años, hermanos de 12, 9 y 2 años) teniendo en cuenta el nivel de riesgo frente al evento.

9_ID1034403155_Barrios Unidos: fecha de visita 21/03/2026, fecha de cierre 31/03/2026. Se identificaron inconsistencias en el número de teléfono registrado en el consentimiento informado (3138690299) y el relacionado en la ficha de canalización y la IEC (3138696029), no se encontró información que explicara las diferencias en los datos. Dentro de la ficha de canalización el documento del acudiente no corresponde (C.C 1034403155) de acuerdo con el consignado en el consentimiento informado (C.C 7335419) y cargo de revisar la visita.

ABRIL

SISVECOS

1_ ID 1992656 Localidad de suba; Se refiere una posible impresión diagnóstica de trastorno de ansiedad generalizada, sin embargo, no se evidencia el desarrollo de un proceso de psicoeducación orientado a informar a la usuaria sobre los criterios diagnósticos, las manifestaciones clínicas ni las acciones de autocuidado y afrontamiento dirigidas a la mitigación de los signos y síntomas identificados. Asimismo, no se documenta la forma en que fue suministrado el consentimiento informado ni el proceso de lectura, explicación y verificación de comprensión por parte de la usuaria, lo que impide constatar el cumplimiento del principio de consentimiento libre e informado. En relación con genograma, no se identifica a la usuaria como caso índice y la información correspondiente al progenitor se encuentra incompleta, al no registrarse su nombre ni edad, afectando la calidad del análisis del contexto familiar. Durante el seguimiento no se garantiza la integralidad de la valoración, debido a que no se realiza ni documenta la evaluación del estado mental de la usuaria. De igual manera, el plan de acción carece de información suficiente respecto a las intervenciones definidas y no incorpora orientaciones relacionadas con la funcionalidad del (SIRC), tales como los servicios o instituciones a las cuales es remitida la usuaria, las razones de la remisión y el propósito de esta. Finalmente, se evidencia una inconsistencia en la aplicación de los instrumentos de valoración del riesgo suicida. En la escala SAD PERSONS se selecciona el criterio correspondiente a enfermedad somática; sin embargo, en el Test de Riesgo Suicida no se marca el ítem 17, relacionado con "enfermedad", generando discordancia entre ambos instrumentos. Adicionalmente, en el seguimiento no se especifica cuál es la enfermedad somática identificada

 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					

ni se documenta la psicoeducación brindada respecto a la importancia de la vigilancia clínica, la adherencia al seguimiento médico y el reconocimiento oportuno de signos o síntomas que requieran atención.

SIVELCE

2_ID 1965448 En el evento correspondiente a la localidad de Engativá En la matriz haddon no se encuentran descritos ni discriminados los tres determinantes sociales establecidos para el evento. Asimismo, el genograma presenta información incompleta, toda vez que no se registran los nombres ni las edades del padre y del abuelo de la usuaria, limitando la adecuada representación de la estructura familiar. Adicionalmente, se identifican recomendaciones que no guardan pertinencia con las características del caso. Se evidencia que la usuaria tiene 8 años de edad y, de acuerdo con la información consignada, no existen bebés en el hogar; sin embargo, se registran orientaciones dirigidas al cuidado de lactantes, las cuales no corresponden a las necesidades de la usuaria ni a su contexto familiar, lo que sugiere el uso de recomendaciones estandarizadas sin la debida individualización de la intervención reportados así: “ -TAN PRONTO COMO SU BEBÉ PUEDA CAMINAR, CIERRE CON LLAVE TODAS LAS PUERTAS QUE COMUNIQUEN A ÁREAS PELIGROSAS. MANTENGA LAS LLAVES FUERA DE LA VISTA Y EL ALCANCE DE SU NIÑO. -SEA CUIDADOSO CUANDO UTILICE EQUIPOS COMO SILLAS ALTAS Y MESAS PARA EL CAMBIO DE PAÑALES. USE SIEMPRE LAS CORREAS DE SEGURIDAD Y NO PIERDA DE VISTA A SU HIJO, COLOCAR ALGÚN ELEMENTO AMORTIGUADOR DE CAÍDAS JUNTO A LA CAMA O CUNA”. SIVIM

3_ID1980598_Usaquén: fecha de visita 17/04/2026, fecha de cierre 30/04/2026. Se identificó que durante la IEC no se argumentó porque no hubo contacto con el caso notificado por violencia física y emocional, tratándose de una menor de 17 años. La información contenida en al IEC corresponde a la emitida por los progenitores, siendo uno de ellos el agresor. Así mismo, se identificó que el plan de abordaje y acompañamiento, la canalización y acciones de seguimiento para el cierre del caso se enfocan en la víctima, sin tener contacto con ella durante la intervención.

4_ID1974866_Chapinero: fecha de visita 11/04/2026, fecha de cierre 23/04/2026. Se identificó que no se garantizó el ajuste del dato número de teléfono en la cara A de la ficha de IEC (3142195760) de acuerdo con el dato relacionado en el consentimiento informado (3205138947) y dentro de la ficha de canalización. Así mismo, las variables que informan sobre la conformación familiar no incluyeron al padre y hermano del caso. En cuanto a las condiciones de vida no se encontró información. El caso no se realizó en compañía de la menor, por lo que no se encuentre información sobre el episodio reportado a través de la institución educativa y por la cual se generó la notificación.

5_ID1976669_Suba: fecha de visita 01/04/2026, fecha de cierre 18/04/2026. Se identificaron inconsistencias en la edad relacionada en los datos básicos (60 años) y la edad relacionada en el genograma (61 años). No se soportó la aplicación de escala APGAR adultos, por lo que no cuenta con un puntaje de clasificación de la función familiar, siendo importante para integrarlo al análisis del evento reportado. No se soportó el envío de la canalización al correo dispuesto por la Subred para su consolidación.

6_ID1980266_Suba: fecha de visita 04/04/2026, fecha de cierre 22/04/2026. Se identificaron inconsistencias en el número de teléfono relacionado en el consentimiento informado (3183767178) y el registrado en la cara A de la IEC (3183767188), la dirección tampoco es concordante (Cl 119 A 57 40) con la registrada en el consentimiento informado (Kr 63 100 37). El genograma no representa la información descrita en el análisis de la composición familiar. No se identificó información sobre posibles conductas suicidas en el caso reportado, teniendo en cuenta las observaciones de la notificación (“participación en grupo de WS donde se comparten notas suicidas”). No se soportó el envío de la canalización al correo dispuesto por la Subred para su consolidación.

7_ID1980734_Suba: fecha de visita 06/04/2026, fecha de cierre 24/04/2026. No se soportó el diligenciamiento de la cara A de la ficha de IEC. En cuanto al abordaje no se identificó información relacionada con el seguimiento a las atenciones en salud de manera integral teniendo en cuenta que corresponde a un menor de 4 años. La ficha de canalización se diligencia con fecha del cierre del caso siendo no oportuna al no contar con

 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					

argumentos para justificar los tiempos y no se soportó su envío al correo dispuesto por la Subred para su consolidación.

VESPA

8_ID1028946619_Suba: fecha de visita 12/04/2026, fecha de cierre 22/04/2026. No se garantizó el bordaje familiar de acuerdo con el nivel de riesgo frente al evento (caso reportado de 15 años, hermanos de 13 y 12 años). Se identificaron inconsistencia en la dirección relacionada en la ficha de notificación (CI 120 D BIS 124 80) y la registrada en la ficha de IEC y el consentimiento informado (CI 130 D BIS 124 80). La ficha de canalización se diligencia con fecha del cierre del caso siendo no oportuna al no contar con argumentos para justificar los tiempos.

Criterio de glosa: G1

se evidenció el pago superior de 0,0532319391634981 hora, en el perfil profesional universitario 1 Andrea Bonilla González.

PLANES DE MEJORA

SUBRED CENTRO ORIENTE: CERRADO

215 - Investigaciones epidemiológicas de eventos prioritarios en salud mental.

Debilidad en el diligenciamiento soporte verificable donde se garantice que los profesionales realizan la entrega de la copia del consentimiento informado.

No adherencia al formato de IEC de la caja de herramientas y en el diligenciamiento de los test.

No profundizan en la calidad y necesidades percibidas por el usuario para la restitución de derechos y necesidades ante los factores de riesgo.

SUBRED SUR:

214 Gestión de la información del componente de salud mental CERRADO

Debilidad en la gestión para la programación de los procesos de fortalecimiento desarrollados junto con los técnicos y digitadores.

Debilidad en la aplicación del proceso de precritica de las fichas notificadas, limitaciones en el repositorio institucional (Drive) destinado a la consolidación y almacenamiento de los hallazgos.
Insuficiente estructuración en la gestión de los ID pendientes de ajuste por parte del nivel central.

Debilidad en la notificación diaria 452 antes de las 9:00 am.

Limitaciones en los procesos de fortalecimiento y devolución de información dirigidos a las UPGD.

Los compromisos registrados en el informe del referente BAI, en el documento de la líder y en los reportes articulados con los referentes no integran de manera global los hallazgos y no tiene compromisos esperados para el acto tipo informe.

Insuficiente frecuencia y regularidad de las asistencias técnicas a las UPGD por parte de los referentes, así como el fortalecimiento de la participación en los COVE.

Debilidad frente a los incrementos, se identifica fragilidad en los procesos de concertación anticipada, lo cual

 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					

restringe la disponibilidad de plazos adecuados para el alistamiento de las instituciones a caracterizar.

SUBRED SUR OCCIDENTE: CERRARDO

213 Gestión de la información del componente de salud mental

Debilidades en la etapa de precritica de fichas notificadas.

Debilidad en la oportunidad en la actividad de ajustes y depuración de casos digitados y externos (UPGD y UI) programada para los lunes antes del mediodía.

Deficiencias en la organización de los soportes que den cuenta del envío directo y oportuno de los casos remitidos a otras ciudades fuera de Bogotá.

Falencias en la documentación de los hallazgos relacionados con cambios en el tipo o número de identificación.

Debilidad en notificación diaria 452 antes de las 09:00 am.

Falencias en el proceso de seguimiento y acompañamiento a las UPGD y en la formulación de los compromisos derivados de las reuniones con líderes y referentes.

Incrementar la frecuencia de acompañamiento a las UPGD y en este tema debe optimizar los COVE locales.

Debilidades en los incrementos incluyendo documentos como actas de concertación, encuestas, soportes BAI y actas que reflejen las particularidades y diferencias propias de cada UPGD.

Deficiencias en las convocatorias.

Debilidad en inducción y acompañamiento al talento humano.

SUBRED SUR OCCIDENTE: CERRADO

215 Investigaciones epidemiológicas de eventos prioritarios en salud mental

Debilidad para implementar puntos de control críticos que garanticen la veracidad y la integridad de la información.

Necesidad de implementar temas de ética profesional y ética en salud pública.

Vulnerabilidad en la remisión, ya sea por desestimarse la derivación de quienes lo requieren o por limitarla únicamente a servicios de atención psicológica o de psiquiatría.

Insuficiente remisión a entidades intersectoriales que promuevan el bienestar económico, atiendan necesidades básicas y aborden procesos de ajuste tanto a nivel individual como familiar, cuando corresponda.

Dificultad para tener la evidencia de la forma en que los profesionales realizan la entrega de la copia del consentimiento informado a los usuarios.

No se logra evidenciar con claridad la diferenciación entre los factores a evaluar, ni entre la psicoeducación y el plan de acción.

En relación con los criterios del SAD PERSONS y en la categoría de factores de riesgo, se evidencian omisiones en el registro, con similar falencia en SIVELCE, además de secciones incompletas. Tampoco se

 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					

está consignando de manera independiente la información sobre determinantes sociales en sus niveles micro, macro e intermedio.

SUBRED NORTE CERRADO

213 - Gestión de la información del componente de salud mental.

No se ha actualizado el directorio de las UPGD y UI abiertas para los procesos de salud mental ya que la base con al que se trabaja es con la de SIVIGILA.

Debilidad en el correo electrónico del proceso ya que se ha generado desde un principio un error de incompatibilidad para el cargue de los insumos, entre el correo institucional y el correo de red savigila lo que ha generado envío inoportuno.

No cumplimiento de la disponibilidad definida para los fines de semana.

Actualmente no se cuenta con una rutina específica de depuración de bases, solo se tiene implementado articulación de verificación de notificación mas no de depuración de variables.

Falta fortalecer la apropiación conceptual del lineamiento.

SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORA.

SUBRED SUR

Se realizó seguimiento a plan de mejora del sur en donde cumplió.

SUBRED NORTE

215 - Investigaciones epidemiológicas de eventos prioritarios en salud mental CERRADO

Debilidades en el abordaje del evento, así como debilidad en el proceso de orientación al usuario en aspectos relacionados con el acceso a la información de la visita, rutas de atención, primeros auxilios en salud mental, prevención, identificación y manejo de factores de riesgo.

No uso de elementos de protección personal lo cual constituye un riesgo en la transmisión de enfermedades respiratorias tanto para el profesional como para el usuario.

215 - Investigaciones epidemiológicas de eventos prioritarios en salud mental CERRADO

Desconocimiento por parte de los psicólogos de la importancia de las variables de los consentimientos informados, y de los procesos de gestión documental.

No se tiene un proceso unificado entre los 4 referentes para la identificación de las IEC y sus complementos, además de que no se cuenta con procesos de articulación con los profesionales de gestión de la información que manejan las canalizaciones para unificar los casos.

No se cuenta con conocimiento por parte de los técnicos, digitadores y psicólogos de cómo realizar una rutina de depuración de los datos ingresados en las IEC efectivas dentro del aplicativo SIVIGILA DC.

No se cuenta con claridad por parte de los técnicos, digitadores y profesionales de la importancia de la correlación entre variables que se encuentran en el aplicativos SIVIGILA D.C.

 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					

SEGUIMIENTOS EN CAMPO

CENTRO ORIENTE

215-2 (SISVECOS) 2 acompañamientos

1_ Se recomienda brindar al inicio de la sesión un espacio más amplio de expresión abierta y espontánea para la usuaria, favoreciendo la identificación de emociones, pensamientos y situaciones significativas asociadas a su estado de ánimo y comportamiento actual y/o factores desencadenantes.

Profundizar en los factores de riesgo que se encuentran asociados a estilos de pensamiento crítico y a dinámicas de vida que perpetúan malestar emocional y conductas desadaptativas (Por ejemplo, consumo de SPA).

En este sentido, es importante fortalecer el proceso de confrontación y análisis objetivo de los hechos y experiencias que han contribuido a las recaídas previas, incluida la actual, promoviendo el reconocimiento de las contingencias ambientales, patrones de evitación y conductas que interfieren en su bienestar.

En el plan de acción es necesario registrar las acciones concretas de activación conductual, debe acompañar este proceso con estrategias orientadas al incremento de conductas funcionales y actividades con sentido personal, favoreciendo la recuperación progresiva de rutinas saludables, el contacto con reforzadores positivos y el desarrollo de herramientas de afrontamiento más adaptativas frente a situaciones emocionalmente activadoras 2_ Parafrasear todas las verbalizaciones importantes de la usuaria que pueden estar dando indicios de posible episodio depresivo, los factores mantenedores y de riesgo de la conducta suicida.

Dirigir y monitorear tareas de dominio y de moldeamiento que conduzca a la culminación de la carrera universitaria y favorezca la elaboración del duelo.

2_ El seguimiento se realizó en conjunto con la profesional y el usuario que recibió la intervención manifestando que:

1. Efectivamente recibió la visita por parte de la profesional.
2. Recibió orientaciones y recomendaciones de acuerdo con su situación.
3. Orientó frente a la necesidad de realizar la solicitud de portabilidad de su EPS, adicionalmente informando que ya tiene citas asignadas para el inicio de controles prenatales (ecografía y toma de laboratorios clínicos), pues se enteró de su embarazo luego de recibir la visita por parte de la subred.

SUR

215-2 (SISVECOS) 3 ACOMPAÑAMIENTOS

1_ Es importante Psicoeducar en los casos de duelo además de evidentes signos de trastorno de estrés postraumático TEP. Así como en las etapas con precisión del duelo con tiempos

Canalizara a los hijos y expareja a equipos más bienestar y o a EPS con psicología de aplicar.

Comparar la pérdida actual con pérdidas anteriores con el fin de ver los sucesos como elemento para retomar mecanismos de afrontamiento ya establecidos y no necesariamente como amenazante ni dañino.

Continuar dando orientación y seguimiento a estrategias requeridas para el caso en cuanto a activación conductual y a habituación de los signos de ansiedad ante la pérdida

 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					

2_Para realizar el seguimiento en campo retrospectivo se informó desde el día 2/06/2026 al equipo de salud mental sobre la modalidad en la cual se llevaría a cabo el seguimiento en campo, por lo que se solicitó la organización de las IEC que se ejecutaron de manera completa en mayo de 2026. Se indicó que se tomaría un caso al azar por subsistema con fin de tener contacto efectivo con al menos uno.
Se contó con la participación de la líder del subsistema para realizar el alistamiento de los soportes, el vehículo y desplazamiento en campo.

215-4 (SIVELCE)

1_HALLAZGO:

1. Hallazgos de calidad por el diligenciamiento de la ficha de IEC
- 2.Recomendaciones no acordes al evento reportado
- 3.No entrega del consentimiento informado al usuario

Seguimiento en campo retrospectivo donde se logró tener contacto con el usuario.

- 1.Fortalecer el diligenciamiento de la ficha de IEC garantizando calidad.
2. Fortalecer el análisis de los eventos particulares a cada caso que permitan brindar orientaciones de acuerdo con necesidades en salud identificadas.
- 3.Realizar acompañamientos en campo por parte del referente del evento.

SUROCCIDENTE

SISVECOS

Frente al reporte de migraña, los signos de malestar físico persistente y los antecedentes de valoración por neurología, se considera procedente la inclusión del criterio correspondiente a enfermedad somática dentro de la aplicación de la escala SAD PERSONS.

Este criterio debe ser contemplado en aquellos casos registrados en SISVECOS en los que una condición de salud física genere un impacto significativo sobre el estado emocional, psicológico o el funcionamiento cotidiano de la persona usuaria, en conclusión, es importante hacer el abordaje integral de los diferentes aspectos más allá de los psicológicos de la usuaria.

NORTE

215-2 (SISVECOS)

Frente a las dolencias o carencias propias de la adolescencia, se recomienda estructurar el análisis clínico con base en el desarrollo de las capacidades del carácter, que permita identificar los conflictos evolutivos propios de esta etapa del ciclo vital.

Favorecer el sentido de competencia, la corresponsabilidad y la participación activa dentro del sistema familiar. En consecuencia, que las exigencias no deben interpretarse automáticamente como manifestaciones de vulneración de derechos, sino analizarse a la luz de la calidad del vínculo familiar, la forma en que se establecen las normas.

Asimismo, se recomienda profundizar el análisis desde la capacidad del carácter asociada a la autonomía

En simultaneo a la exposición se habló de los siguiente:

Compromisos y recomendaciones

Compartir la matriz de glosas y los soportes de las Investigaciones Epidemiológicas de Campo (IEC) en los que se evidencien los hallazgos identificados durante el proceso de seguimiento a la calidad.

 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					

Reforzar el proceso de preauditoria a cargo de los líderes de los equipos, con el fin de identificar y corregir oportunamente las inconsistencias documentales antes del cierre de los registros.

Tener en cuenta, para la realización de las Unidades de Análisis (UA), los casos correspondientes a Código Dorado, niñas, niños y adolescentes, población indígena, población privada de la libertad, población rural y gestantes cuando el evento corresponda a suicidio consumado. Se informa que se encuentran en gestión, con el Instituto Nacional de Salud, nuevos criterios de priorización que incluirían también algunos casos de intento de suicidio, por lo cual se deberá considerar el ajuste de la herramienta utilizada para la construcción del árbol de problemas.

Para el evento SIVELCE, garantizar la realización de las Unidades de Análisis de todos los casos de mortalidad asociados a procedimientos estéticos reportados.

Fortalecer la calidad del diligenciamiento del genograma, considerando que su adecuada elaboración depende de la escucha activa y la recolección integral de información durante el desarrollo de la IEC. En los procesos de seguimiento se han identificado inconsistencias relacionadas con la descripción de la composición familiar, discordancia en las edades registradas, ausencia de secuencia cronológica en las convenciones utilizadas y diligenciamiento incompleto del instrumento.

Verificar que todas las IEC sean registradas en los formatos vigentes, evitando el uso de versiones desactualizadas.

En SISVECOS, asegurar el registro completo y consistente de los desencadenantes, así como de los factores de riesgo y de protección, dado que estos constituyen insumos fundamentales para el análisis y la confrontación técnica de los casos.

Verificar los casos que presenten procesos de reapertura, garantizando su adecuado seguimiento y la actualización de la información correspondiente.

Realizar seguimiento al cumplimiento de la asistencia de los profesionales a los fortalecimientos técnicos programados. En los casos de inasistencia, efectuar el análisis correspondiente para verificar el cumplimiento de las metas establecidas dentro de los tiempos definidos y documentar las acciones de seguimiento implementadas.

Sin ninguna otra observación se da por terminada la reunión a las 4:00 p.m.

COMPROMISOS*

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA
Elaboración del acta y registro de firmas.	William Baquero Varela	14 de julio de 2026
Envío de matriz de glosas a los referentes	William Baquero Varela	14 de julio de 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					

REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO	TELÉFONO	DIRECCIÓN/ OFICINA/	FIRMA
1	Johanna Licet Cortes Romero	JLCortes@saludcapital.gov.co	3176770424	Dirección de Vigilancia en Salud Pública.	
2	William Baquero Varela	wymbaquero@saludcapital.gov.co	3003502951	Dirección de Salud Colectiva	
3	Yudy Cusva Verdugo	yycusva@saludcapital.gov.co	3218097391	Dirección de Salud Colectiva	
4	Martha Vargas	MIVargas@saludcapital.gov.co	3228193950	Dirección de Vigilancia en Salud Pública.	
5	Henry Alejo	HAlejo@saludcapital.gov.co	3176770424	Dirección de Vigilancia en Salud Pública.	
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 ()	No aplica

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