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 enero al 28 de febrero 2026.

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

Objetivo	Fecha: **11 de mayo 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 ( )	Virtual ( )	**Mixta (x)**
	Lugar: Reunión Mixta presencial y virtual Teams y 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, Jaher Antonio Rodríguez Gómez, Henry Alejo, Martha Vargas y William Baquero Varela, Yudy Cusva Verdugo y de manera virtual asiste Briggitte Rey por parte del equipo de apoyo a la supervisión. Los hallazgos y glosas generadas como resultado al seguimiento retrospectivo al periodo del **01 de enero al 28 de febrero 2026** por subred se resumen a continuación:

SUBRED CENTRO ORIENTE
GENERACION DE GLOSAS ENERO – FEBRERO 2026

GLOSAS:

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

Enero 2026 por la acción de bienestar 214 no se generaron glosas.

Febrero 2026
Criterio de glosa: G1- Incumplimiento a unidad base de costeo
Hallazgo:

- No pago de ciento noventa (190) horas del perfil de profesional universitario 2.
- No pago de ciento ochenta y cuatro (184) horas del perfil de bachiller.

GLOSAS:

215-Investigaciones epidemiológicas de eventos prioritarios en salud mental

Criterio de Glosa G3 Se genera glosa del 100% por incumplimiento de anexo 6 lineamientos Los hallazgos se Resumen a continuación:
ENERO 10
SISVECOS 3 Se evidenciaron inconsistencias con el registro de **factores de riesgo, desencadenantes y clasificación del riesgo**. Se **omitieron variables asociadas a apoyo social, desempleo e intentos previos**, pese a estar documentadas en SAD PERSONS, cara B y seguimiento. Asimismo, se identificaron incongruencias entre los factores desencadenantes registrados y la situación descrita en las observaciones. También se evidenciaron **debilidades en la valoración** del nivel de riesgo y en los planes de intervención, limitados **a psicoeducación**, **NO adecuada articulación de rutas** y redes intersectoriales frente a problemáticas laborales y económicas.
SIVIM 7 Se evidenciaron inconsistencias en registros documentales, fechas, direcciones y variables de identificación entre IEC, SIVIGILA y formatos asociados. Se encontraron vacíos en antecedentes, consumo de alcohol y SPA, clasificación familiar, condiciones de vida, semanas de gestación y amenazas reportadas.

FEBRERO 1
SIVELCE 1: Inconsistencias en el familiograma, errores en el registro de edades y debilidades en la matriz Haddon por falta de información cronológica, atención en salud, procedimientos y especialistas tratantes. Asimismo, no se documentó adecuadamente el monitoreo posterior ni se estableció un plan de intervención diferencial acorde con las necesidades del caso.

SUBRED SUR OCCIDENTE

GENERACION DE GLOSAS ENERO – FEBRERO 2026

GLOSAS:

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

Enero 2026 no se generaron glosas por la acción de bienestar

Febrero 2026

Criterio de glosa: G1 – Incumplimiento a unidad base de costeo
Mes: febrero 2026
Hallazgo:
No pago de cuatro (4) horas del perfil de profesional especializado 4.

Criterio de glosa: G1 – Incumplimiento a unidad base de costeo

215-Investigaciones epidemiológicas de eventos prioritarios en salud mental

Criterio de glosa: G3 – Incumplimiento a lineamientos
Mes: Enero 2026
Hallazgo:
Diecinueve (19) IEC que no cumplen con lo descrito en los lineamientos. Divididas y resumidas así:

7 de SIVIM:
Se identificaron inconsistencias en la dirección registrada entre el consentimiento informado y la ficha IEC. No se evidencia la representación gráfica del familiograma y el soporte de la escala APGAR está incompleto. El análisis de factores socioculturales y estructurales asociados al riesgo de género y normalización de conductas abusivas es insuficiente. Tampoco se relacionan adecuadamente los diagnósticos de "TDH y trastorno de la conducta y de las emociones" con el evento y factores de riesgo, considerando que se trata de una menor de 11 años. El consentimiento informado no fue diligenciado completamente en los apartados de autorización para uso de datos.
En la ficha IEC no se evidencia la representación gráfica del genograma y su análisis carece de información relevante para el evento. Además, el abordaje registrado no es claro, ya que aunque existe creación del caso en SISVECOS, no se especifica si hubo abordaje integral en la ficha SIVIM.
Se identificó inconsistencia entre la fecha de generación de la ficha de canalización y el soporte de envío al correo oficial, cuya fecha es anterior. En el análisis de factores individuales e historia personal no se indagó sobre posible consumo de alcohol o SPA por parte del agresor ni sobre las condiciones de vida del menor al momento de la visita, tratándose de un caso de presunta negligencia y maltrato emocional en un menor de 2 años. El consentimiento informado presenta diligenciamiento incompleto en los apartados de autorización para uso de datos.
Se identificó inconsistencia en la edad registrada del caso índice entre el análisis y la representación gráfica del genograma. En los factores individuales e historia personal no se indagó sobre consumo de alcohol o SPA en la víctima y el agresor conviviente, ni sobre posibles antecedentes de salud mental. El consentimiento informado presenta diligenciamiento incompleto en los apartados de autorización para uso de datos.
Se identificó inconsistencia en la localidad de residencia registrada, ya que en la ficha IEC se informa una localidad diferente a la correspondiente. No se realizó abordaje integral a todos los integrantes de la familia, pese a que el evento estaba relacionado con esquema de vacunación incompleto del caso índice; esta verificación tampoco se realizó para otros integrantes del núcleo familiar, ni se evidenció seguimiento integral en salud. Tampoco se tuvo en cuenta la procedencia familiar para analizar tiempo de permanencia en la ciudad y posibles necesidades en salud. El consentimiento informado presenta diligenciamiento incompleto en los apartados de autorización para uso de datos.
Se identificó una caracterización no acorde con el caso notificado, debido a que en la cara A de la ficha IEC no se marcó la variable "Hijo/Hija de", pese a tratarse de un caso de maltrato prenatal o maltrato infantil intrauterino. El consentimiento informado presenta diligenciamiento incompleto en los apartados de autorización para uso de datos.
No se diligenció completamente el formato IEC, especialmente el apartado correspondiente a factores individuales e historia personal del caso índice, el cual se encuentra en blanco. El consentimiento informado presenta diligenciamiento incompleto en los apartados de autorización para uso de datos.

10 De SISVECOS:
Consentimiento informado incompleto, inconsistencias entre diagnóstico, factores de riesgo, APGAR y evaluación SAD PERSONS.
Consentimiento informado incompleto, inconsistencias en familiograma y composición familiar, con deficiencias en orientación y canalización intersectorial.
Consentimiento informado incompleto, familiograma incompleto e inconsistencias en la clasificación del evento desencadenante.
Consentimiento informado con inconsistencias, errores en APGAR, clasificación del evento suicida y familiograma incompleto.
Consentimiento informado incompleto, errores en datos de residencia y deficiencias en seguimiento integral, evaluación suicida, canalización y salud mental.
Consentimiento informado incompleto, familiograma inconsistente y diferencias entre factores de riesgo y evaluación SAD PERSONS.
Consentimiento informado incompleto, ausencia de fecha del evento, inconsistencias en antecedentes suicidas y familiograma incompleto.
Inconsistencias entre factores de riesgo, SAD PERSONS y seguimiento sobre antecedentes de intento suicida.
Familiograma incompleto, errores en interpretación del APGAR y falta de evaluación de factores de riesgo

asociados a duelo, trastornos cognitivos y cambios conductuales.
Familiograma incompleto, errores en interpretación del APGAR, omisión de factores de riesgo y consentimiento informado incompleto.
En resumen: Se identificaron inconsistencias recurrentes relacionadas con el diligenciamiento incompleto del consentimiento informado, errores en el familiograma y composición familiar, inconsistencias entre diagnóstico, factores de riesgo, APGAR y evaluación SAD PERSONS, así como deficiencias en la clasificación de eventos desencadenantes y antecedentes suicidas. Además, se evidenciaron falencias en el seguimiento integral, evaluación de salud mental, canalización intersectorial y valoración de factores de riesgo asociados a duelo, trastornos cognitivos y cambios conductuales.

2 de SIVELCE:
Se identificaron inconsistencias en el diligenciamiento del consentimiento informado, ausencia de registro sobre el soporte entregado al usuario y deficiencias en la Matriz de HADDON, al no describir factores macro e intermedios del evento

Criterio de glosa: G3 – Incumplimiento a lineamientos
Mes: Febrero 2026
Hallazgo:
TRECE (13) IEC que no cumplen con lo descrito en los lineamientos. Divididos por subsistemas

8 de sisvecos

Se identificaron inconsistencias recurrentes en el diligenciamiento del consentimiento informado, uso de formatos desactualizados y ausencia de selección de variables obligatorias. También se evidenciaron errores e inconsistencias en el familiograma, factores de riesgo, clasificación diagnóstica, puntuación APGAR y evaluación SAD PERSONS. Se observaron deficiencias en el registro y organización del seguimiento, ausencia de claridad en factores desencadenantes, nivel de riesgo y proyecciones, así como omisiones en variables relacionadas con salud mental, antecedentes suicidas, situación socioeconómica y canalización a servicios intersectoriales. Adicionalmente, se encontraron errores de identificación documental, alistamiento y soportes incompletos dentro de los casos revisados.

3 de SIVIM
Se evidenciaron inconsistencias en el diligenciamiento de la escala APGAR y del consentimiento informado, así como deficiencias en el abordaje integral, soportes documentales, plan de trabajo y rutas de atención frente a factores de riesgo asociados a ideación suicida. También se identificaron falencias en el seguimiento de casos de riesgo alto y ausencia de soporte de la ficha IEC en algunos casos revisados.

2 de SIVELCE
VESPA
Se identificaron deficiencias en el diligenciamiento del patrón de consumo, con información incompleta sobre frecuencia, tipo de sustancias y edad de inicio, además de omisiones en la pregunta sobre uso de drogas inyectadas. También se evidenció ausencia de información en la variable de gestación y falta de valoración del riesgo en todos los integrantes del núcleo familiar, incluyendo una menor de edad. Adicionalmente, el consentimiento informado presenta diligenciamiento incompleto en los ítems de autorización para uso de datos.

Criterio de glosa: G1 – Incumplimiento a unidad base de costeo
Mes: Febrero 2026
Hallazgo:
Pago superior de 1,03422053231939 horas adicionales del perfil de profesional universitario 1, correspondientes a cuatro (4) contratistas.

SUBRED SUROCCIDENTE

GENERACION DE GLOSAS ENERO – FEBRERO 2026

GLOSAS:

Enero de 2026:
Este hallazgo se oficializó en el acta retrospectiva 1 - Gestión Territorial para la Atención Primaria Social de los procesos de Gestión de la Salud Pública (GSP) y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) de la acción de bienestar con código 7 - Gestión zonal de VSP".
Se generó glosa por inconsistencias en el informe de gestión, correspondiente al 5% del total de la "Gestión Zonal de VSP" para el mes de enero de 2026, en la acción de bienestar 7 – Gestión Zonal VSP.
El hallazgo se originó debido a diferencias identificadas entre la información reportada en el informe de gestión y los soportes presentados por la Subred, sin que ello afectara el cumplimiento de la meta establecida.

213 / 214 - Gestión de la información del componente de salud mental

Criterio de glosa: G3 – Incumplimiento a lineamientos
Mes: Enero 2026
Hallazgo:
En dos (2) actividades que afectan una (1) subactividad:

- Verificación de la notificación inmediata y superinmediata (realizada diariamente antes de las 9:00 a. m. mediante el cargue en el aplicativo SIVIGILA D.C.), se evidenció no se efectuó el envío del reporte en doce (12) fechas.
- Ajustes y depuración de casos digitados y externos (UPGD y UI), a realizarse los lunes antes del mediodía, se identificó el envío tardío en tres (3) semanas.

215 - Investigaciones epidemiológicas de eventos prioritarios en salud mental.

Criterio de glosa: G3 – Incumplimiento a lineamientos
Mes: Enero 2026
Hallazgo:
Trece (13) IEC que no cumplen con lo descrito en los lineamientos. Divididas por subsistemas y resumidas de la siguiente manera:

Glosas de 1 a la 7: Como resultado del seguimiento a los aspectos de calidad y diligenciamiento de la ficha de IEC, se identificó la falta de análisis del genograma con la descripción del contexto, la dinámica familiar y la estructura de la problemática del evento notificado, el cual se debe dar a partir de la información que se obtiene durante la investigación en campo. El hallazgo se evidenció en siete (7) IEC incluidas en la revisión de la muestra. Los números o registro ID son los siguientes: ID1906039; ID1907190; ID1902561; ID1911038; ID1906944; ID1900286 y ID1916924.

VESPA
8_ ID1141326127: IEC abordada en la localidad de Bosa. Fecha de cierre 01/01/2026. Se identificó que no hay una descripción de los factores de riesgo identificados, a cambio, se relata el suceso que llevó a que se diera la notificación.

9_ID1000503655: IEC abordada en la localidad de Kennedy. Fecha de cierre 01/01/2026. Se identificó que no hay concordancia en la fecha de visita en campo debido a que en el consentimiento informado presentado en medio físico registra que se realizó el 30/12/2025, pero en la ficha de IEC presentada en medio magnético informa que se llevó a cabo el 18/12/2025; esta fecha se reitera en el relato de la IEC como parte de las acciones realizada para pactar la visita.

10_ID6589749: IEC abordada en la localidad de Kennedy. Fecha de cierre 04/01/2026. Se identificó que la escala APGAR que se aplicó no corresponde con la edad del usuario. Se aplicó la escala para niños, pero al verificar la edad, esta corresponde a una persona con 18 años 3 meses. En cuanto al análisis de la IEC se nombró como "menor de edad".

11_ID1028889503: IEC abordada en la localidad de Puente Aranda. Fecha de cierre 09/01/2026. en la cual se identifica que no hubo un abordaje integral frente al seguimiento a las atenciones en salud, teniendo en cuenta que es un menor de 15 años, adicionalmente no se identificó información que argumente porque no se realizó activación de rutas pertinentes frente al evento. Dentro de la escala APGAR no hay claridad frente a la respuesta en la última pregunta porque la redacción da cuenta de la percepción del profesional y no del usuario.

SISVECOS

12_ID 1913085 No se garantizó el análisis del total de los ítems correspondientes a la categoría "Factores de riesgo", toda vez que, conforme a lo registrado en la IEC, la usuaria presenta diagnóstico de tendinitis y tenosinovitis, condición que debió ser considerada dentro de dicha categoría, específicamente en el numeral "17. Enfermedad", el cual no fue seleccionado. De igual manera, en la escala SAD PERSONS, esta condición resulta susceptible de ser clasificada como enfermedad somática; sin embargo, dicho aspecto no fue consignado ni analizado de forma explícita, pese a constituir un factor desencadenante relevante de la conducta suicida evidenciada en el evento.
Por otro lado, en el registro correspondiente a la categoría de seguimiento se consigna: "Se realiza estrategia Confróntate 7, pasos 1 y 2"; no obstante, no se evidencia el desarrollo explícito, secuencial ni el análisis de cada uno de los pasos aplicados, en tanto de manera inmediata se procede a la descripción de los factores predisponentes, omitiendo la indagación sistemática y documentada. Adicionalmente, no se especifica con claridad el plan posterior a la orientación brindada, ni se deja constancia de la indagación respecto al seguimiento médico de la usuaria, aspecto relevante dada la patología médica de base identificada. Asimismo, no se evidencia la evaluación de la necesidad de activación del SIRC, a pesar de que dicha condición de salud debía ser valorada dentro del proceso de atención integral. Finalmente, la IEC no garantizó plenamente el principio de integralidad, ya que no se observa una articulación completa y consistente entre la cara A y la cara B, conforme a lo establecido en la Caja de Herramientas, lo cual limita la comprensión integral y la trazabilidad del proceso de intervención.

SIVELCE

13.**ID 1907961** Se identificó que la IEC fue registrada en un formato no actualizado, específicamente en lo correspondiente a la cara A. Adicionalmente, dentro de esta misma sección, no se diligenció información obligatoria, tales como la clasificación inicial del caso, tipo de aseguramiento, nivel educativo y estado civil. Por otro lado, en la cara C, no se diligenciaron de manera completa diversas variables requeridas. En particular, el apartado correspondiente a la influencia según los determinantes sociales (macro, intermedios y micros) se limita únicamente al relato: "Falencia en usuaria frente a la identificación y prevención de riesgos durante sus actividades diarias", sin que se encuentren registrados ni claramente diferenciados los niveles de influencia de dichos determinantes.

Criterio de glosa: G3 – Incumplimiento a lineamientos.
Mes: Febrero 2026
Hallazgo:
Diez (10) IEC no cumplen con lo descrito en los lineamientos. . Divididas por subsistemas y resumidas de la siguiente manera:
SIVIM
1_ID1920816: IEC de la localidad de Fontibón con fecha de la visita 05/02/2026 y fecha de cierre 12/02/2025, cual se identificó que no se diligenció a completitud el consentimiento informado, específicamente en el esp

donde se solicita la firma al usuario. En cuanto a la fecha de la visita en campo se evidenció que no es concord entre la fecha del 04/02/2026 registrada en el consentimiento informado y la ficha de IEC donde informa qu realizó el 05/02/2026. De acuerdo con la caracterización del usuario se identificó el no diligenciamiento de la var "semanas de gestación". Lo anterior, debido a que el caso corresponde a una mujer gestante.

2_ID1926373: IEC de la localidad de Fontibón con fecha de visita del 16/02/2026 y fecha de cierre del 24/02/2 en la cual se identificó que no se diligenció a completitud el consentimiento informado, específicamente en el esp donde se solicita la firma al usuario. Por otra parte, se identificó que el puntaje de clasificación de la escala AP (16 puntos) no es concordante con la clasificación que se le da dentro de la ficha de IEC (0 a 9 puntos). información cobra importancia frente a la percepción del funcionamiento familiar por parte del usuario.

VESPA

3_ID 1020826374: IEC abordada en la localidad de Fontibón. Fecha de cierre 25/02/2026. De acuerdo co análisis de la IEC, no se identificó el abordaje familiar, teniendo en cuenta el nivel del riesgo frente al ev reportado, lo anterior teniendo en cuenta que hay dos menores de edad dentro del grupo familiar. Por otra parte identificó que no hay información clara y completa en la descripción de la dinámica relacional, siendo relevante el análisis del caso.

SISVECOS

4_ID 1930852: IEC Facturada en simultaneo por SIVIM Y también por SISVECOS, Ademas no registro la información de la conducta suicida en el soporte revisado.

5_ID 1927937 En la escala SAD PERSONS no se contempló el ítem "Depresión"; no obstante, en la cara B de la IEC se consigna el diagnóstico CIE-10: Trastorno mixto de ansiedad y depresión, y en el apartado de observaciones se registra: "Paciente de 17 años de edad con depresión hace 3 años". Asimismo, dicho antecedente sí fue considerado en la categoría de factores de riesgo, específicamente en el ítem 6: Depresión, evidenciándose inconsistencia y falta de concordancia entre los diferentes apartados del registro.
Adicionalmente, no se evidencia una psicoeducacion clara y explícita frente a los criterios diagnósticos, ni la formulación de un plan de acción congruente con el diagnóstico consignado en el CIE-10.

En este sentido, se necesitaba que tanto la psicoeducacion como el plan de acción se encontraran debidamente enunciados y diferenciados mediante subtítulos, garantizando claridad, coherencia y trazabilidad en la intervención.

Por otro lado, se registra: "Se realiza estrategia Confróntate 7, pasos 1 y 2, con la finalidad de indagar acerca de otros aspectos relevantes sobre la conducta notificada"; sin embargo, de manera inmediata se procede a describir el factor predisponente, sin evidencia del análisis respecto a los pasos 1 y 2, ni de los resultados derivados de dicha indagación, asimismo, no se observa la articulación de esta estrategia con el momento de confirmación del tipo de conducta suicida, ni se especifica la funcionalidad u objetivo clínico de los pasos aplicados dentro del abordaje de la conducta identificada.

Finalmente, se identifica como evento desencadenante secundario el diagnóstico Z63.0: Problemas en la relación entre esposos o pareja; no obstante, en el apartado de observaciones no se registra información que sustente o describa dicha situación, lo que limita la comprensión del contexto y la validez del evento consignado como detonante.

6_ID 1927937 En la escala SAD PERSONS no se contempló el ítem "No pareja o cónyuge", a pesar de que el evento desencadenante identificado corresponde al diagnóstico Z63.5: Problemas relacionados con la ruptura familiar por separación o divorcio. Esta situación resulta relevante, dado que en el registro de seguimiento se consigna como factor desencadenante: "La separación de su pareja y la asunción de responsabilidades como madre soltera".
Por otro lado, en la cara C de la IEC se selecciona el criterio "Entre 10–13: Disfunción familiar moderada"; sin embargo, la suma del APGAR familiar corresponde a 3 puntos, puntaje que se clasifica como disfunción

familiar severa (≤9), evidenciándose error en la clasificación e interpretación del instrumento, lo cual impacta el análisis familiar y la toma de decisiones clínicas.
Adicionalmente, en el apartado donde se registra el plan de acción, este se consigna bajo dicha denominación, cuando conforme a los lineamientos técnicos debería identificarse claramente como psicoeducacion u orientación, garantizando precisión conceptual y trazabilidad de la intervención.
Finalmente, frente a la activación del SIRC, se registra: "Realiza canalización a su EAPB y equipos de atención extramural"; no obstante, no se evidencia remisión o articulación con instancias intersectoriales, tales como apoyos de tipo económico, social o comunitario, a pesar de que el contexto de separación y asunción de responsabilidades como madre soltera ameritaba un abordaje intersectorial integral.

7_ID 1913079. En la **cara C de la IEC**, así como en las demás caras del formato, **no se diligenciaron las variables requeridas**, presentándose un registro incompleto de la información. Esta situación afecta la **integralidad, calidad y trazabilidad del registro, asimismo, no cuenta con el formato SISVECOS actualizado.**

8_ID 1926811 No esta generado el genograma en el momento de la revisión de la IEC Estando la celda vacía que esta para ello.

SIVELCE

9_ID 1920258 No se seleccionaron ni diligenciaron las siguientes variables dentro de la IEC: características de la vivienda, caracterización del evento, atención del caso por DUES (CRUE), severidad de la lesión (según tipo de tratamiento), existencia de secuelas asociadas al evento y verificación de si el usuario se encontraba recibiendo algún tipo de tratamiento médico secundario a la lesión.

10_ID 1915945 Se evidenció que en la Matriz de Haddon no se registraron los determinantes intermedios ni macro, limitándose el análisis de los factores contextuales que influyen en el evento. Adicionalmente, en la valoración del riesgo, no se diligenció el puntaje correspondiente, y en el cuadro de registro se marcó únicamente con una "X", sin especificar el resultado exacto de la evaluación, lo que impidió identificar de manera precisa el nivel de riesgo asignado. Así mismo, se implementó el cuadro de riesgo sin semaforización, contrario a lo establecido en la Caja de Herramientas, lo cual afecta la correcta interpretación del nivel de riesgo y la estandarización del registro. Finalmente, no se seleccionaron los ítems de cierre del caso, ni se registró el resultado de la intervención.

Criterio de glosa: G5 – Presunta veracidad de soportes
Mes: febrero 2026
Hallazgo:
Se identificaron hallazgos relacionados con la veracidad de la información dispuesta en dos (2) IEC notificadas al subsistema SISVECOS.

SUBRED NORTE

GENERACION DE GLOSAS ENERO – FEBRERO 2026

GLOSAS:

213 corresponde a la Acción de Bienestar Gestión de la información del Componente de Salud Mental - Subred Norte y Sur Occidente

Criterio de glosa: G2 – Por insumos
Mes: Enero y Febrero 2026
Hallazgo:
Dado a que, los correos electrónicos de los subsistemas SIVELCE, SIVIM, VESPA y del líder salud mental no cumplen con el espacio mínimo de correo de 50 GB y no cuentan con el complemento del OneDrive, de acuerdo a lo establecido en el anexo 8.

Criterio de glosa: G1 – Incumplimiento a unidad base de costeo
Mes: Enero 2026
Hallazgo:
No pago de 36,798479086452471 horas del perfil de profesional universitario 1, de dos (2) contratistas.

Criterio de glosa: G3 – Incumplimiento a lineamientos
Mes: Enero 2026
Hallazgo:
Quince (15) que IEC no cumplen con lo descrito en los lineamientos.

1 de VESPA
En la cual se identificó que los datos básicos del usuario relacionados en el consentimiento informado corresponden al acudiente y no al usuario notificado, por lo tanto, no concuerda el tipo y número de documento y el nombre. En cuanto a la fecha de caracterización se evidencia inconsistencia al relacionar el 16/01/2026, pero el consentimiento informa el 06/01/2026. No se encontró información sobre el seguimiento a las atenciones en salud teniendo en cuenta que es una menor de 15 años, así mismo, no se identifica información del porqué se realiza la canalización hasta el día del cierre, pues la necesidad de reportar a la EAPB y al IDRD se hizo el día de la caracterización y se refleja dentro del plan de acción.

7 DE SIVIM
Se evidenciaron múltiples inconsistencias en los registros de las fichas IEC y consentimientos informados, incluyendo diferencias en direcciones registradas, tachones o falta de legibilidad en documentos, errores en la aplicación y puntuación de la escala APGAR, ausencia de información relevante en variables como gestación, condiciones de vida, atenciones en salud y seguimiento familiar, especialmente en casos con menores de edad y diagnósticos como autismo o situaciones de violencia. También se identificaron fallas en la valoración integral del núcleo familiar según el nivel de riesgo, omisión de criterios o aplicación inadecuada de escalas, falta de pertinencia o soporte en canalizaciones (incluyendo fechas inconsistentes o no registradas), ausencia de evidencia de envío de estas, e incumplimiento de requisitos técnicos en modalidades de atención y registro de la información.

5 DE SISVECOS

Se evidencian incumplimientos en el diligenciamiento del consentimiento informado e IEC, especialmente por la falta de selección en el ítem de consentimiento para investigación, omisión de datos de contacto como correo electrónico, ausencia de evaluación del estado mental y del test de riesgo suicida, así como debilidades en la documentación de acciones psicoeducativas y planes de intervención. También se identifican inconsistencias

en la clasificación y análisis del riesgo (incluyendo discrepancias entre escalas como SAD PERSONS, Test de Riesgo Suicida y Cara B), errores en el registro y cálculo de APGAR, falta de claridad en la secuencia temporal de registro, canalización y cierre de casos, y ausencia de activación de rutas intersectoriales frente a factores de riesgo socioeconómicos. Adicionalmente, se presentan fallas en la trazabilidad y completitud de la información, incluyendo registros incompletos de genograma, condición final del caso y soportes de atención.

2 DE SIVELCE
Se identifican inconsistencias en la clasificación del APGAR familiar al no coincidir el puntaje con el rango seleccionado, omisión de determinantes sociales en la matriz de Haddon que limita el análisis integral del evento y ausencia de uso del formato de caja de herramientas para la valoración del riesgo. Adicionalmente, se evidencian incongruencias en la clasificación clínica de una quemadura entre el diagnóstico CIE-10 y el grado registrado, junto con información incompleta en el genograma por falta de datos del padre.

Criterio de glosa: G3 – Incumplimiento a lineamientos
Mes: Febrero 2026
Hallazgo:
Ocho (8) IEC que no cumplen con lo descrito en los lineamientos. Divididas y resumidas asi:

3 DE SIVIM
Se identificaron deficiencias en el abordaje integral de los casos por falta de seguimiento a las atenciones en salud de menores de edad y sus grupos familiares, incluyendo ausencia de valoración del riesgo en otros integrantes del núcleo familiar. Adicionalmente, se evidenciaron inconsistencias en el diligenciamiento del consentimiento informado, al registrar datos que no corresponden al usuario sino a un familiar, y debilidades en la oportunidad y justificación de las canalizaciones, las cuales en algunos casos se realizaron al cierre del caso sin una adecuada articulación con las necesidades identificadas durante la caracterización.

2 DE VESPA
Se identificaron inconsistencias en el diligenciamiento del consentimiento informado, incluyendo registros incompletos de autorización para uso de datos y ausencia de soporte de canalizaciones. También se evidenciaron errores en la información de contacto del usuario entre los diferentes documentos, así como falta de coherencia en el análisis del caso, con omisión de antecedentes de violencia, deficiencias en la indagación de condiciones asociadas a embarazo y aborto en menor de edad, e inconsistencias entre la información reportada y la descripción del evento. Adicionalmente, no se evidenció seguimiento a las atenciones en salud de menores involucrados.

3 DE SISVECOS
Se evidencian múltiples deficiencias en el diligenciamiento de la IEC, incluyendo omisión de instrumentos obligatorios como genograma, APGAR y Test de Riesgo Suicida, así como uso inadecuado de denominaciones como “plan de acción” en lugar de registros correspondientes. También se identifican inconsistencias en la valoración del riesgo suicida, con discrepancias entre la escala SAD PERSONS, el Test de Riesgo Suicida y la información consignada en la Cara B, especialmente frente a antecedentes de intentos previos, depresión y psicosis. Adicionalmente, se presentan fallas en la trazabilidad y calidad del registro (correo electrónico, soporte de consentimiento, alistamiento), omisión de datos relevantes del contexto relacional y social, y ausencia de canalizaciones intersectoriales frente a factores socioeconómicos identificados

PLANES DE MEJORA

SUBRED CENTRO ORIENTE:

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

SUBRED SUR OCCIDENTE:
213 Gestión de la información del componente de salud mental
Debilidades en la etapa de precrítica 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:

215 Investigaciones epidemiológicas de eventos prioritarios en salud mental

Debilidad para implementar puntos de control críticos que garanticen la veracidad y la integralidad 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 está consignando de manera independiente la información sobre determinantes sociales en sus niveles micro, macro e intermedio.

SUBRED NORTE
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 sivigila lo que ha generado envío inoportuno.

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

Actualmente no se cuenta con una rutina especifica 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 DE OCTUBRE A DICIEMBRE CUMPLIERON Y QUEDARON ABIERTOS LOS QUE TIENEN FECHAS PENDIENTES POR EJECUCION.

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

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

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.

SEGUIMIENTOS EN CAMPO

CENTRO ORIENTE

215-2 (SISVECOS)

1_Garantizar la entrega del consentimiento informado al usuario antes de iniciar la intervención, así como la explicación sobre el objetivo que cumple el QR y el acceso a la encuesta de satisfacción.
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.

SUR
215-1 (SIVIM)
1_Fortalecer el registro de la información en la ficha de IEC velando por garantizar la descripción de las condiciones en las que se realiza la visita e integrar esta información al análisis del evento.

Tener en cuenta la totalidad de la información reportada en la ficha de notificación del caso.

Garantizar la entrega del consentimiento informado al usuario antes de iniciar la intervención, así como la explicación sobre el objetivo que cumple el QR y el acceso a la encuesta de satisfacción.

2_Indagar la presencia de trastornos mentales o déficits cognitivos.

Realizar una lectura pausada y verificar la comprensión de la paciente.

Consultar si se autoriza la presencia de la madre.

Investigar las alusiones a "daños causados por familiares", dado su alto peso clínico.

Crear un espacio para que relate a detalle el episodio de conducta suicida.

Evaluar la experiencia de la paciente con los servicios de salud recibidos anteriormente.

Brindar tiempo y retroalimentación activa ante señales de autorreproche y racionalización.

Informar sobre factores de riesgo, mantenedores y distorsiones cognitivas.

Explicar criterios diagnósticos de ansiedad y depresión observados.

Capacitar en esta técnica mediante tareas fijas y medibles para fomentar la autonomía.

El plan debe enfocarse en reducir los factores mantenedores de la conducta suicida y ser acordado para fortalecer su capacidad de decisión y autonomía.

SUR OCCIDENTE

215-2 (SISVECOS)
1_Hallazgos

- No contaba con los soportes de ficha de IEC, escalas aplicadas ni canalización al momento de realizar el seguimiento.
- Inconsistencias en las fechas de la visita en campo.
- En cuanto al registro dentro del aplicativo SIVIGILA D.C., se encontró como fallido, pero se confirmó que si fue un caso efectivo.

GLOSA SI

- La Subred debe establecer puntos de control para garantizar la veracidad, oportunidad y calidad de información de las intervenciones en campo.
- Fortalecer la organización y entrega de soportes que componen la IEC por parte de los profesionales a cargo de abordar los casos.

2_Guardar una postura al lado o al frente, no al lado de la usuaria para que la expresión emocional sea más directa y se puedan advertir de manera más rápida los signos de lenguaje no verbal más cuando el psicólogo de manera simultánea va tomando.

En el relato deberá exponer los hechos que la precisan, aclarando que no es caso integral dado a que supera el año epidemiológico.

Es importante ir consignando la orientación, así como la psicoeducacion en los criterios diagnósticos y el plan que incluya actividades de dominio desde la estrategia de activación conductual.

NORTE

215-2 (SISVECOS)

1_Hallazgos

- Inconsistencias en las fechas de la visita en campo y fecha de cierre del caso.
- Abordaje no oportuno de acuerdo con la fecha de notificación.
- Inconsistencias en la representación del genograma.

GLOSA SI

- La Subred debe establecer puntos de control para garantizar la veracidad, oportunidad y calidad de información de las intervenciones en campo.
- Fortalecer la organización y entrega de soportes que componen la IEC por parte de los profesionales a cargo de abordar los casos.

2_Urge informar sobre los efectos secundarios de la medicación para mejorar la tolerancia.

- Abordar el abandono unilateral de la medicación.
- Implementar tareas de “dominio y agrado” que sean estructuradas, observables y cuantificables para que puedan medir el progreso.
- Abordar la irritabilidad y el rechazo hacia los psicólogos mediante estrategias más directivas y regulación emocional.
- Trabajar para que la paciente deje de externalizar la culpa y asuma su rol en el mantenimiento de los síntomas.
- Entregar por escrito o medio magnético los contenidos de la sesión, las líneas de emergencia y el consentimiento.
- Remitir a Terapia Ocupacional y promover el enfoque interdisciplinario.
- Socializar estas estrategias con el equipo de SISVECOS e IEC para estandarizar el manejo en futuras visitas.

Los referentes reiteran la importancia de la calidad de las convocatorias, dado al impacto reputacional; así como para la secretaria es una alerta por suicidio para las demás entidades es igual por eso la comunicación a las UPGD y UI Deben ser de calidad.

El referente de sivim comparte el soporte de capacitación que ya realizo en genogramas y de acompañamiento técnico a las subredes. Agrega como idea hacer asistencia técnica, pero se develan falencias posiblemente de escuela de pregrado de los psicólogos.

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	13 de mayo de 2026

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	Jaher Antonio Rodríguez Gómez	JA2Rodriguez@saludcapital.gov.co	3057719081	Dirección de Vigilancia en Salud Pública.	
3	Briggitte Luzden Rey	BLRey@saludcapital.gov.co	3133501533	Dirección de Salud Colectiva	
4	William Baquero Varela	wybaquero@saludcapital.gov.co	3003502951	Dirección de Salud Colectiva	
5	Yudy Cusva Verdugo	yycusva@saludcapital.gov.co	3218097391	Dirección de Salud Colectiva	
6	Martha Vargas	MIVargas@saludcapital.gov.co	3228193950	Dirección de Vigilancia en Salud Pública.	
7	Henry Alejo	HAlejo@saludcapital.gov.co	3176770424	Dirección de Vigilancia en Salud Pública.	
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.