MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR

PRODUCTOS:

INFORME DE AVANCE EN LA GESTIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

CONVENIO 8373570 DE 2025

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E ...

FECHA (6/7/2026)

Bogotá D.C

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN 6

2. OBJETO 6

3. ALCANCE 6

4. ACCIÓN INTEGRADA E INTEGRAL CUIDADO CONTINUO POR UNA VIDA CON BIENESTAR 7

4.1. AVANZADA PARA EL ABORDAJE TERRITORIAL 7

4.2. APROPIACIÓN TERRITORIAL 8

4.2.1 Jornadas Intensificadas de Apropiación y Actualización Territorial Equipos MÁS Bienestar en tu Hogar (cuando aplique) 9

4.3. GESTORES MÁS BIENESTAR 9

4.3.1 Gestores de Bienestar en línea 9

4.3.2 Abordaje Territorial: Gestor MÁS Bienestar 14

4.4. PLANES DE BIENESTAR 16

4.4.1 Materno 17

4.4.2 Infancia 19

4.4.3 Condiciones crónicas 21

4.4.4 Salud mental 21

1.4.5 Población con discapacidad y limitación funcional 23

4.4.6 Personas con Soledad Social 25

4.4.7 Cáncer 26

4.4.8 Salud oral 26

4.4.9 Salud ambiental 27

4.4.10 Atención de jornadas y contingencias 28

4.5. SERVICIOS COMPLEMENTARIOS 28

4.5.1 Servicios Complementarios Vacunación 28

4.5.2 Servicios Complementarios_Laboratorios 29

4.5.3 Servicios Complementarios_Medicamentos 30

4.6.ABORDAJE EN EL MARCO DE LA 874.6.1 Pagadiarios con MÁS Bienestar 30

4.6.2 Abordaje Familiar en Pagadiarios 31

4.6.3 Jornadas Más Bienestar para ciudadanos con habitanza o habitabilidad en calle - Recorrido Nocturno. 32

4.6.5 Desarrollo de acciones intersectoriales en el marco de la Atención Primaria Social: Población privada de la libertad 33

4.6.8 Casas MÁS Bienestar 35

5. CUIDADO CONTINUO POR UNA VIDA CON BIENESTAR CON ENFOQUE DIFERENCIAL POBLACIONAL Y DE Gabril 36

5.1 FAMILIAS ÉTNICAS-AFRODESCENDIENTES 36

5.1.1 Plan de Bienestar con Familias Étnicas – Afrodescendientes 36

5.1.2 Apechontería con familias étnicas – Afrodescendientes 36

5.1.3 Técnicas de curación ancestral - Negras y Afrocolombianas 37

5.2 FAMILIAS ÉTNICAS-PALENQUEROS 37

5.2.1 Plan de Bienestar con Familias Étnicas - Palenqueros 37

5.2.2 Acciones Colectivas Diferenciales con familias étnicas – Palenqueros 38

5.2.3 Acciones Propias de medicina ancestral – Palenqueros. 38

5.3 FAMILIAS INDÍGENAS EMBERA 39

5.3.1 Gestión Integral del riesgo en familias indígenas embera 39

5.3.2 Acciones promocionales Estrategia Unidad de atención integral comunitaria (UAIC) 40

5.4 FAMILIAS DEL CABILDO INDIGENA WOUNAAN 41

5.4.1 Gestión del riesgo en familias del cabildo indígena Wounaan de Bogota D.C Comunidad Baud Mos. 41

5.4.2 Acciones con enfoque en medicina ancestral cabildo indigena Wounaan comunidad Baud Mos 42

5.5 FAMILIAS CUMPAÑA ROMANI 42

5.6 FAMILIAS COMUNIDADES INDÍGENAS MUISCA 43

5.6.1 Plan de Cuido para las Familias de las comunidades indígenas Muiscas Bosa y Muiscas Suba 43

6. CUIDADO CONTINUO POR UNA VIDA CON BIENESTAR PARA LA RURALIDAD DE BOGOTÁ. 45

6.1 GESTORES MÁS BIENESTAR: Abordaje Territorial: Gestor MÁS Bienestar 45

6.2 PLANES DE BIENESTAR 45

7. GESTIÓN TERRITORIAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA SOCIAL DESDE LOS EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR 47

7.1 COORDINACIÓN DE LOS EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR 47

7.1.1 Coordinación de los Equipos de MÁS Bienestar en tu hogar 47

7.1.2 Gestión financiera integral del convenio 47
7.1.3 Resultados operativos del proceso de supervisión 53
7.2 GRUPO DE GESTIÓN DE LOS EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR 53
7.2.1 Gestión de la información para la planeación, toma de decisiones y análisis de resultados 53
7.2.2 Seguimiento y gestión de las derivaciones y activaciones de rutas sectoriales e intersectoriales 55
7.2.3 Ruta de aseguramiento 58
7.2.4 Líder de acceso y EPS 59
7.2.5 Seguimiento a cohorte 60
7.2.6 Inducción, seguimiento y acompañamiento al talento humano 60
7.3 DINAMIZACIÓN DE LAS ACCIONES DE LOS EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR 61
7.3.1 Liderazgo para la dinamización de las acciones 61
7.3.2 Planeación y gestión territorial para la toma de decisiones con base en el análisis espacial y su incidencia en los resultados en salud 61
7.4. GESTIÓN OPERATIVA DE LOS EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR 64
7.4.1 APOYO A LA GESTIÓN OPERATIVA DE LOS EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR 64
7.4.2 DESARROLLO DE CAPACIDADES DEL TALENTO HUMANO A NIVEL DISTRITAL 64
7.4.3 GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y SOPORTE A NIVEL DISTRITAL 65
8. ACCIONES DE BIENESTAR COMITÉS DE CUIDADO 67
8.1 REUNIÓN DE EQUIPO 67
8.2 DESARROLLO DE CAPACIDADES DE LOS EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR 67
8.3 COMITÉ TERRITORIAL 67
8.4 ESPACIOS DE PRECRÍTICA Y SEGUIMIENTO 67
8.5 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE INDUCCIÓN Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS TÉCNICAS DE LOS EQUIPOS DEL CONVENIO (SÓLO PARA OCTUBRE Y NOVIEMBRE DE 2025) 67

BOGOTÁ | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
SUR OCCIDENTE ESE

BOGOTÁ | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

1. INTRODUCCIÓN

El presente documento da cuenta del avance de los procesos en la gestión administrativa y técnica en la ejecución del convenio interadministrativo N° 8373570 de 2025 por parte de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. En él se presenta información consolidada de las actividades realizadas del 1 de abril de 2026 al 30 de junio de 2026.

2. OBJETO

Aunar esfuerzos entre el FFDS y la Subred Integrada de Servicios de Salud Subred Sur Occidente E.S.E, para realizar actividades de la Gestión del riesgo individual y colectivo en la modalidad extramural de acuerdo con las necesidades y prioridades de la población a nivel individual, familiar y territorial de los sectores catastrales asignados en el Distrito Capital, en concordancia con las normas que regulan el sistema general de seguridad social en salud, el plan territorial en salud y el modelo de atención en salud “MÁS Bienestar”.

3. ALCANCE

A través de este convenio se aunarán esfuerzos entre el FFDS-SDS y la Subred Integrada de Servicios de Salud Subred Sur Occidente E.S.E; en cumplimiento del objeto del convenio, las partes se comprometen a aportar los recursos económicos, técnicos y administrativos, de acuerdo con los compromisos de cada entidad, para la implementación de actividades de gestión del riesgo individual y colectivo, y de promoción para el cuidado de la salud, en la modalidad extramural de acuerdo con las necesidades y prioridades de la población a nivel individual, familiar y territorial en el Distrito Capital; de acuerdo con el Plan Territorial de Salud y las metas de los proyectos de inversión, los lineamientos señalados en los Anexos Nº.5 “lineamiento operativo”; Anexo Nº 6 “ Plan Programático y Presupuestal -PPP” y Anexo Nº.7.“Insumos requeridos”; en los cuales se establecen las directrices para la ejecución de las acciones

4. ACCIÓN INTEGRADA E INTEGRAL CUIDADO CONTINUO POR UNA VIDA CON BIENESTAR

4.1. AVANZADA PARA EL ABORDAJE TERRITORIAL

Durante el periodo comprendido entre abril y junio de 2026, el equipo de Gestión Territorial Avanzada desarrolló diversas acciones orientadas al posicionamiento del Modelo Territorial de Salud Más Bienestar en Tu Hogar, mediante estrategias de articulación comunitaria, intersectorial e interinstitucional, fortaleciendo la presencia institucional en los territorios y promoviendo la participación social como un eje fundamental para la gestión del riesgo y el bienestar de las comunidades.

Las acciones implementadas no se limitaron únicamente al desarrollo de las tres propuestas priorizadas por el equipo: la articulación con Vigilancia Epidemiológica Basada en Comunidad, el acercamiento con referentes religiosos y culturales y el abordaje de territorios con dinámicas especiales. De manera transversal, el equipo desarrolló un ejercicio permanente de identificación, reconocimiento y acercamiento directo con actores comunitarios e institucionales estratégicos, consolidando redes de trabajo colaborativo y fortaleciendo los procesos de gobernanza y participación social en los territorios. En este sentido, el equipo de Gestión Territorial Avanzada realizó un importante trabajo de mapeo y reconocimiento de actores, logrando identificar y gestionar un total de ciento nueve (109) actores comunitarios e institucionales durante el periodo evaluado, distribuidos de la siguiente manera: Bosa: 46 actores, Kennedy: 47 actores, Fontibón: 11 actores, Puente Aranda: 5 actores.

Los actores identificados corresponden a presidentes de Juntas de Acción Comunal, líderes sociales, colectivos comunitarios, referentes religiosos, organizaciones de base comunitaria, líderes juveniles, líderes ambientales, representantes de organizaciones sociales y actores institucionales con incidencia en los territorios.
De igual manera, se continuó fortaleciendo la articulación con el equipo de Vigilancia Epidemiológica Basada en Comunidad, reconociendo su trayectoria y el trabajo adelantado con las comunidades, lo cual permitió ampliar el alcance de las intervenciones comunitarias y fortalecer el relacionamiento con actores clave de los territorios. Asimismo, se desarrollaron procesos de acercamiento con referentes religiosos, reconociendo el papel que desempeñan como líderes de opinión y actores de confianza dentro de las comunidades.
El equipo de Gestión Territorial Avanzada participó de manera permanente en las Mesas Interlocales de las localidades de Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda, escenarios que permitieron fortalecer la articulación entre equipos, identificar necesidades territoriales comunes y consolidar acciones conjuntas para el posicionamiento del Modelo Territorial de Salud Más Bienestar en Tu Hogar. Asimismo, se fortaleció la articulación sectorial con el equipo de Análisis de Políticas para el Bienestar de la Subred Sur Occidente, con el

Comentado [1]: El apartado refleja un despliegue territorial de altísimo impacto y demuestra una madurez organizativa excepcional por parte del equipo de Avanzada. Es sumamente positivo y destacable el mapeo estructurado de 109 actores estratégicos y el éxito rotundo al lograr el 100% de apertura en las 41 zonas de difícil acceso; esto evidencia una capacidad de gestión, mediación y concertación comunitaria (especialmente con JAC y referentes religiosos) verdaderamente efectiva. Adicionalmente, el uso de metodologías de evaluación (pretest y postest) para medir la apropiación de la Prescripción Social en los equipos, sumado a la vinculación nominal y activa de veedoras ciudadanas en terreno, demuestra un compromiso palpable con la calidad técnica, la transparencia y la gobernanza del modelo en la Subred Sur Occidente. ¡Un balance operativo excelente!
1 reacción en total
Equipo Avanzada Sur Occidente reaccionó con 😉 a la/s 2026-08-03 7:12 p.m. UTC

Comentado [2R1]: resuelto

propósito de ampliar los escenarios de difusión y posicionamiento del Modelo Territorial de Salud. Esta articulación permitió la participación del equipo de Gestión Territorial Avanzada en diferentes espacios intersectoriales liderados por dicho equipo, favoreciendo la socialización del modelo no solamente con actores comunitarios, sino también con instituciones, entidades y organizaciones presentes en el territorio, promoviendo la corresponsabilidad y el reconocimiento de la estrategia Más Bienestar en Tu Hogar como una apuesta integral para el bienestar de las comunidades.

Finalmente, se fortaleció el desarrollo de tomas sectoriales focalizadas en territorios priorizados por condiciones de vulnerabilidad, dificultades de acceso, indicadores de salud y dinámicas territoriales complejas, permitiendo acercar la oferta institucional a la comunidad, mejorar los procesos de captación y fortalecer la presencia de la institucionalidad en sectores con barreras de acceso.

Las acciones de movilización y participación comunitaria se desarrollaron a través de estrategias de convocatoria, acompañamiento y fortalecimiento de capacidades comunitarias, promoviendo la participación activa de los diferentes actores sociales y comunitarios. Durante el periodo se realizaron procesos de socialización y posicionamiento del Modelo Territorial de Salud Más Bienestar en Tu Hogar en escenarios comunitarios, reuniones con líderes, encuentros con actores institucionales y espacios de articulación intersectorial, permitiendo dar a conocer la oferta de servicios, las rutas de atención y las acciones de promoción de la salud y gestión del riesgo que se desarrollan en el territorio.

El trabajo desarrollado permitió avanzar en el posicionamiento del modelo a partir de la construcción de relaciones de confianza con las comunidades, facilitando el reconocimiento de los Equipos Más Bienestar en Tu Hogar como una estrategia cercana a las necesidades de la población. La movilización comunitaria se fortaleció mediante la participación en escenarios comunitarios liderados por el equipo de Vigilancia Epidemiológica Basada en Comunidad, el acompañamiento a líderes comunitarios y Juntas de Acción Comunal, el acercamiento con referentes religiosos y culturales, la participación en actividades comunitarias y jornadas territoriales, el desarrollo de tomás sectoriales focalizadas y la identificación de necesidades y problemáticas comunitarias para su respectiva gestión institucional.

De igual manera, se fortaleció la articulación intersectorial mediante la remisión de situaciones identificadas en territorio, particularmente aquellas relacionadas con problemáticas ambientales, riesgos sanitarios, necesidades sociales y situaciones de vulnerabilidad que requerían la participación de otras entidades distritales.

El equipo de Gestión Territorial Avanzada desarrolló múltiples acciones de articulación con actores comunitarios, institucionales y sectoriales, las cuales permitieron fortalecer la capacidad de respuesta institucional y mejorar los procesos de coordinación en los territorios. Las acciones adelantadas incluyeron reuniones periódicas de articulación con los referentes de Vigilancia Epidemiológica Basada en Comunidad de las localidades de Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda; el acompañamiento a espacios comunitarios liderados por esta estrategia; la gestión y articulación con presidentes de Juntas de Acción Comunal, líderes comunitarios y organizaciones de base; el acercamiento con actores religiosos, entre ellos la Parroquia El Paraíso la Iglesia Nuestra Señora del Milagro Tintalito

I y Parroquia Santa María de Cana, De igual manera, se participó de manera permanente en las Mesas Interlocales de las localidades de Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda, fortaleciendo la coordinación territorial, entre equipos y la construcción de estrategias conjuntas para el abordaje de las necesidades identificadas en los territorios. Asimismo, se consolidó la articulación sectorial con el equipo de Análisis de Políticas para el Bienestar de la Subred Sur Occidente, lo que permitió ampliar los escenarios de difusión y posicionamiento del Modelo Territorial de Salud Más Bienestar en Tu Hogar en espacios intersectoriales de incidencia territorial.

Producto de esta articulación, el equipo de Gestión Territorial Avanzada participó en diferentes escenarios intersectoriales, entre ellos el Comité Operativo Local para las Familias (COLFA), el Comité Operativo Local de Infancia y Adolescencia (COLIA) y la Mesa Interlocal de las Manzanas del Cuidado (SIDICU), espacios que permitieron socializar el Modelo Territorial de Salud, la oferta de los Equipos Más Bienestar en Tu Hogar y la estrategia de Prescripción Social ante diferentes entidades, organizaciones e instituciones presentes en el territorio, favoreciendo la generación de alianzas, la identificación de oportunidades de trabajo conjunto y el fortalecimiento de las redes institucionales para la promoción del bienestar de las comunidades.

Las acciones desarrolladas permitieron consolidar relaciones de confianza entre la comunidad y la institucionalidad, generar canales de comunicación permanentes, fortalecer las redes de apoyo para la identificación de necesidades y situaciones de riesgo, y posicionar el Modelo Territorial de Salud Más Bienestar en Tu Hogar como una estrategia que promueve la corresponsabilidad y el trabajo articulado entre los diferentes sectores para la garantía del bienestar integral de la población.

Las acciones desarrolladas durante el periodo abril-junio de 2026 permitieron avances significativos en el posicionamiento y reconocimiento del Modelo Territorial de Salud Más Bienestar en Tu Hogar en las localidades de Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda, fortaleciendo tanto las relaciones comunitarias como la articulación institucional e intersectorial necesaria para la implementación del modelo en los territorios.

Uno de los principales logros del periodo fue la identificación y articulación de ciento nueve (109) actores estratégicos, entre líderes comunitarios, presidentes de Juntas de Acción Comunal, referentes religiosos, organizaciones de base comunitaria, colectivos sociales y actores institucionales, lo que permitió ampliar las redes de apoyo y fortalecer las posibilidades de intervención en territorios con dinámicas complejas, dificultades de acceso y condiciones de vulnerabilidad social.

Asimismo, se fortaleció el relacionamiento con actores de amplia aceptación y reconocimiento en las comunidades, facilitando el ingreso de los equipos a los territorios, mejorando los procesos de convocatoria y promoviendo la apropiación del Modelo Territorial de Salud por parte de la ciudadanía y de las organizaciones presentes en los diferentes sectores.

Se evidenció un mayor reconocimiento de los Equipos Más Bienestar en Tu Hogar como una estrategia cercana a las necesidades de las comunidades, así como un incremento en la participación de actores comunitarios e institucionales en los diferentes espacios de socialización, articulación y trabajo conjunto desarrollados durante el periodo.

La participación permanente en las Mesas Interlocales de las cuatro localidades de la Subred Sur Occidente y la articulación con el equipo de Análisis de Políticas para el Bienestar permitieron ampliar los escenarios de incidencia y posicionamiento del modelo, logrando que la difusión de la estrategia trascendiera el ámbito comunitario y llegará a espacios institucionales e intersectoriales como el Comité Operativo Local para las Familias (COLFA), el Comité Operativo Local de Infancia y Adolescencia (COLIA) y la Mesa Interlocal de las Manzanas del Cuidado (SIDICU). Estos escenarios favorecieron la generación de nuevas alianzas institucionales, el reconocimiento del Modelo Territorial de Salud por parte de otros sectores y la consolidación de acciones articuladas orientadas al bienestar de las comunidades.

Por su parte, las tomas sectoriales desarrolladas en los diferentes territorios permitieron acercar la oferta institucional a sectores priorizados de las localidades, favoreciendo el acceso de las familias a los servicios de salud, fortaleciendo la presencia institucional en territorios históricamente caracterizados por la desconfianza o las barreras de acceso y permitiendo una mayor comprensión de las dinámicas territoriales que inciden en las condiciones de salud y bienestar de la población.

- **Factores facilitadores**

Se identificaron diferentes factores que favorecieron el desarrollo de las acciones de Gestión Territorial Avanzada. Entre ellos se destaca la disposición y el compromiso de líderes comunitarios, actores religiosos y organizaciones de base para trabajar de manera conjunta con la institucionalidad; el reconocimiento y la legitimidad del equipo de Vigilancia Epidemiológica Basada en Comunidad en los territorios, lo que facilitó el acceso a escenarios comunitarios y a actores estratégicos, así mismo los delegados del equipo de análisis de políticas públicas de las Subred Sur Occidente dando paso desde lo sectorial a espacios intersectoriales; la existencia de procesos organizativos consolidados en las localidades; la participación de las instituciones en espacios intersectoriales y el interés de las comunidades por conocer la oferta institucional y las estrategias de acompañamiento brindadas por los Equipos Más Bienestar en Tu Hogar.

Asimismo, la participación en las Mesas Interlocales y en espacios intersectoriales favoreció el posicionamiento del modelo y permitió fortalecer las redes de articulación con otros sectores y entidades presentes en los territorios.

- **Barreras identificadas**

A pesar de los avances alcanzados, durante el periodo persisten algunas barreras que incidieron en el desarrollo de las acciones territoriales. Entre ellas se identificaron dinámicas de inseguridad en algunos sectores, la desconfianza de ciertos grupos poblacionales frente a la institucionalidad y al ingreso de los equipos a las viviendas, la alta movilidad poblacional y las condiciones de vulnerabilidad social presentes en algunos territorios.

De igual manera, se evidenciaron dificultades de acceso geográfico en determinados sectores, especialmente en zonas periféricas o con condiciones territoriales complejas.

Asimismo, durante el periodo de elecciones y posterior conformación de las nuevas Juntas de Acción Comunal (JAC), algunos escenarios de articulación y espacios previamente programados debieron ser postergados hasta la consolidación de los nuevos liderazgos comunitarios. No obstante, esta situación no representó una interrupción del abordaje territorial, ya que el Equipo de Avanzada mantuvo de manera permanente el acompañamiento, la gestión en territorio y el relacionamiento con los actores comunitarios e institucionales, garantizando la continuidad de las acciones y retomando los procesos de articulación una vez se estabilizaron las nuevas representaciones comunales.

Adicionalmente, se identificó que, aunque existe una amplia oferta institucional en los territorios, aún persisten retos relacionados con el desconocimiento del Modelo Territorial de Salud Más Bienestar en Tu Hogar por parte de algunas instituciones y actores sociales, lo que hace necesario continuar fortaleciendo las estrategias de difusión y posicionamiento del modelo. Como oportunidad de mejora, se propone institucionalizar una estrategia de empalme con las nuevas Juntas de Acción Comunal, que incluya procesos de socialización del modelo, transferencia de información sobre los avances territoriales y presentación de los procesos de articulación previamente consolidados, con el fin de preservar la confianza construida en las zonas de difícil acceso y asegurar la continuidad de las acciones comunitarias.

- **Aprendizajes obtenidos**

El periodo evaluado permitió evidenciar que la presencia permanente en el territorio y la construcción de relaciones de confianza con las comunidades constituyen elementos fundamentales para el posicionamiento del Modelo Territorial de Salud y para el fortalecimiento de la participación social.
Asimismo, se identificó que la articulación con líderes comunitarios, referentes religiosos, organizaciones sociales, instituciones y espacios intersectoriales amplía significativamente el alcance de las intervenciones y facilita la identificación de necesidades, riesgos y oportunidades de trabajo conjunto en los territorios.
De igual manera, se reconoce que la participación en escenarios intersectoriales constituye una estrategia fundamental para posicionar el Modelo Territorial de Salud Más Bienestar en Tu Hogar, ya que permite que otros sectores conozcan la estrategia, se conviertan en multiplicadores de la información y contribuyan a la identificación de población que pueda beneficiarse de las acciones desarrolladas por los equipos territoriales.
Finalmente, se concluye que la gestión territorial requiere un ejercicio permanente de escucha, diálogo, concertación y articulación entre comunidad, instituciones y sectores, entendiendo que el bienestar de las comunidades solo es posible a partir de acciones integrales, coordinadas y participativas que respondan de manera oportuna a las necesidades de la población y fortalezcan la gobernanza y la corresponsabilidad territorial.
Se implementaron estrategias diferenciadas en sectores catastrales con dinámicas especiales, priorizando aquellos con barreras de acceso, baja receptividad comunitaria, dificultades de ingreso a conjuntos residenciales y territorios con dinámicas sociales

Comentado [3]: Teniendo en cuenta los excelentes resultados de aprendizaje evaluados con pretest/postest, ¿se tiene contemplado georreferenciar las "canalizaciones efectivas" que hagan los equipos hacia esos recursos comunitarios para medir su impacto real en el territorio?

Comentado [4R3]: Sí. Como oportunidad de fortalecimiento del proceso, se contempla avanzar hacia la georreferenciación de las canalizaciones efectivas realizadas por los equipos hacia recursos comunitarios e institucionales, con el propósito de identificar su distribución territorial, analizar patrones de acceso y realizar seguimiento a la utilización de dichos recursos por parte de la población. Esta información permitirá evaluar el impacto de la prescripción social en los diferentes territorios, identificar brechas de acceso, fortalecer la toma de decisiones basada en evidencia y orientar la gestión territorial hacia la consolidación de redes comunitarias más efectivas, en concordancia con los principios del Modelo Territorial de Salud Más Bienestar en Tu Hogar.

Comentado [5R3]: resuelto

complejas. Las acciones desarrolladas, entre ellas las tomas sectoriales, la articulación con líderes comunitarios, el acompañamiento de actores estratégicos y el fortalecimiento de la gestión intersectorial, permitieron mejorar la efectividad operativa de los Equipos Más Bienestar en Tu Hogar, favoreciendo el ingreso a territorios priorizados, incrementando la capacidad de respuesta institucional y fortaleciendo el posicionamiento del Modelo Territorial de Salud en las comunidades

Por lo anterior, se concluye que la implementación de estrategias diferenciales en los sectores catastrales con dinámicas especiales constituyó un elemento determinante para mejorar la efectividad operativa de los Equipos Más Bienestar en Tu Hogar, al permitir una respuesta más pertinente y adaptada a las realidades territoriales, fortalecer la capacidad de gestión de los equipos y consolidar procesos de intervención más efectivos, sostenibles y acordes con las necesidades de las comunidades.

Sí. Como oportunidad de fortalecimiento del proceso, se contempla avanzar hacia la georreferenciación de las canalizaciones efectivas realizadas por los equipos hacia recursos comunitarios e institucionales, con el propósito de identificar su distribución territorial, analizar patrones de acceso y realizar seguimiento a la utilización de dichos recursos por parte de la población. Esta información permitirá evaluar el impacto de la prescripción social en los diferentes territorios, identificar brechas de acceso, fortalecer la toma de decisiones basada en evidencia y orientar la gestión territorial hacia la consolidación de redes comunitarias más efectivas, en concordancia con los principios del Modelo Territorial de Salud Más Bienestar en Tu Hogar.

Tabla 1. Zonas de difícil acceso

LOCALIDAD	ZONAS DE DIFÍCIL ACCESO IDENTIFICADAS	ZONAS DE DIFÍCIL ACCESO APERTURADAS	%
KENNEDY	**20**	**20**	**100%**
BOSA	**14**	**14**	**100%**
FONTIBÓN	**4**	**4**	**100%**
PUENTE ARANDA	**3**	**3**	**100%**

Total Subred: 4	**41**	**41**	**100%**

Fuente: Matriz zonas identificadas (abril-junio 2026)

Durante el periodo comprendido entre abril y junio de 2026, el equipo de Gestión Territorial Avanzada continuó fortaleciendo las competencias de los Equipos Más Bienestar en Tu Hogar en la Subred Sur Occidente logró la apertura del 100 % de las zonas de difícil acceso identificadas en las localidades de Kennedy (20), Bosa (14), Fontibón (4) y Puente Aranda (3), evidenciando una respuesta efectiva de las estrategias implementadas en la apertura de los mismos. Este resultado fue posible gracias al análisis previo de las dinámicas territoriales y a la implementación de estrategias diferenciales orientadas al fortalecimiento de la interlocución con facilitadores territoriales, entre ellos presidentes de Juntas de Acción Comunal, líderes comunitarios, administradores de conjuntos residenciales y actores institucionales con reconocimiento en los territorios.
La efectividad de las estrategias estuvo asociada principalmente a la construcción de relaciones de confianza con la comunidad, el desarrollo de tomás sectoriales focalizadas, Estas acciones permitieron disminuir las barreras de acceso, mejorar la receptividad de la población y facilitar el ingreso de los Equipos Más Bienestar en Tu Hogar a sectores que históricamente presentaban dificultades para la implementación de las acciones institucionales.

No obstante, el comportamiento de algunos territorios continúa evidenciando condiciones que requieren fortalecimiento y seguimiento permanente, tales como las dinámicas de inseguridad, la alta movilidad poblacional, la desconfianza hacia la institucionalidad y las restricciones de acceso en algunos conjuntos residenciales. Estas condiciones hacen necesario mantener las estrategias de articulación comunitaria y continuar consolidando alianzas con actores territoriales que permitan garantizar la sostenibilidad de las intervenciones. En términos generales, los resultados obtenidos demuestran que las estrategias diferenciales implementadas fueron pertinentes y efectivas, permitiendo alcanzar la apertura total de las zonas identificadas y fortaleciendo la capacidad operativa de los Equipos Más Bienestar en Tu Hogar para desarrollar intervenciones más oportunas, integrales y adaptadas a las particularidades de cada territorio.

En relación con la estrategia de Prescripción Social, reconociéndose como una herramienta fundamental para la gestión integral de las necesidades sociales y el fortalecimiento de los factores protectores presentes en los territorios.
El proceso de fortalecimiento se desarrolló mediante espacios mensuales de capacitación dirigidos a los equipos territoriales, en los cuales se abordaron temáticas relacionadas con los conceptos y alcances de la Prescripción Social, el reconocimiento de la oferta comunitaria y sectorial disponible en las localidades, la identificación de activos sociales, las rutas para la activación de recursos territoriales y la importancia del trabajo intersectorial en la respuesta a las necesidades de las familias.
Asimismo, se realizaron procesos permanentes de socialización de la oferta comunitaria e institucional identificada en los territorios, permitiendo que los Equipos Más Bienestar en Tu Hogar ampliarán su conocimiento sobre los recursos disponibles para la gestión de

necesidades relacionadas con el bienestar emocional, el fortalecimiento de redes de apoyo, la participación social, el envejecimiento activo, la actividad física, la seguridad alimentaria, la cultura, la educación y otros determinantes sociales de la salud.

Como resultado de las acciones desarrolladas por el equipo de Gestión Territorial Avanzada, se fortaleció la capacidad de los equipos territoriales para identificar oportunidades de Prescripción Social y realizar procesos de orientación más integrales a las familias, promoviendo la activación de recursos comunitarios e institucionales como una alternativa para mejorar las condiciones de bienestar y fortalecer las redes de apoyo existentes en los territorios.

Adicionalmente, con el propósito de medir el impacto de los procesos de fortalecimiento desarrollados, el equipo de Gestión Territorial Avanzada implementó una estrategia de evaluación del aprendizaje mediante la aplicación de un pretest y un postest durante cada una de las jornadas mensuales de capacitación realizadas con los Equipos Más Bienestar en Tu Hogar. Esta metodología permitió identificar el nivel de conocimientos iniciales de los participantes y valorar los avances alcanzados posterior al proceso de asistencia técnica.

A partir de los resultados obtenidos se realizó un análisis individualizado de cada uno de los participantes, identificando fortalezas, oportunidades de mejora y necesidades específicas de acompañamiento técnico. Este ejercicio ha permitido orientar de manera más precisa las acciones de fortalecimiento, adaptar los contenidos a las necesidades identificadas y realizar un seguimiento continuo al proceso de apropiación de la estrategia de Prescripción Social por parte de los equipos territoriales.

En términos de impacto, estos procesos de fortalecimiento han contribuido a mejorar la capacidad de respuesta de los equipos frente a las necesidades sociales identificadas en los territorios, favoreciendo una mayor articulación con la oferta comunitaria e institucional y promoviendo intervenciones más integrales, oportunas y pertinentes para las familias priorizadas. Asimismo, han permitido avanzar en el posicionamiento de la Prescripción Social como una herramienta estratégica para la gestión territorial y para la consolidación del Modelo Territorial de Salud Más Bienestar en Tu Hogar.

El equipo de Gestión Territorial Avanzada continuó fortaleciendo la gestión para la apertura de territorios con dinámicas especiales, entendiendo que estos sectores presentan condiciones sociales, territoriales y comunitarias que limitan la implementación de las acciones de los Equipos Más Bienestar en Tu Hogar y generan barreras para el acceso de las familias a la oferta institucional.

El análisis territorial realizado permitió identificar sectores caracterizados por dinámicas de inseguridad, baja cobertura, desconfianza hacia la institucionalidad, alta movilidad poblacional, presencia de emergencias sociosanitarias, condiciones ambientales desfavorables, zonas altamente industrializadas y conjuntos residenciales con restricciones de acceso. A partir de estas características, se diseñaron e implementaron estrategias diferenciales orientadas a responder a las particularidades de cada territorio y facilitar el desarrollo de las acciones comunitarias.

Se logró la apertura y gestión de treinta (30) territorios con dinámicas especiales, distribuidos en las cuatro localidades de la Subred Sur Occidente. Para el mes de abril se gestionaron seis (6) territorios, en mayo nueve (9) y en junio quince (15), evidenciando un

incremento progresivo en la capacidad de identificación, análisis y abordaje de sectores priorizados.

Las estrategias implementadas estuvieron orientadas principalmente al fortalecimiento del relacionamiento con actores clave de los territorios, destacándose la interlocución permanente con presidentes de Juntas de Acción Comunal, administradores de conjuntos residenciales, líderes sociales y otros referentes comunitarios reconocidos por la población.

La matriz de seguimiento evidencia que la principal estrategia de apertura territorial se centró en la articulación con facilitadores territoriales, particularmente con presidentes de las Juntas de Acción Comunal, quienes se constituyeron en aliados estratégicos para generar confianza, facilitar el ingreso de los equipos y promover el reconocimiento de la oferta institucional.

Dentro de las estrategias diferenciales implementadas se destacan:

- La socialización del Modelo Territorial de Salud Más Bienestar en Tu Hogar con actores estratégicos de los territorios.
- El desarrollo de tomás sectoriales focalizadas en sectores con baja cobertura o dificultades de acceso.
- La articulación con líderes comunitarios para fortalecer los procesos de convocatoria y sensibilización.
- El acercamiento con administradores de conjuntos residenciales y actores institucionales.
- El acompañamiento a situaciones de emergencia sociosanitaria y problemáticas ambientales.
- La construcción de acuerdos con actores comunitarios para mejorar la receptividad de la población frente al abordaje de los Equipos Más Bienestar en Tu Hogar.

La interlocución con facilitadores territoriales constituyó uno de los principales factores de éxito para la apertura de estos sectores. El establecimiento de canales de comunicación permanentes con presidentes de Juntas de Acción Comunal, líderes sociales y administradores permitió disminuir la desconfianza de la comunidad, mejorar los procesos de convocatoria, identificar necesidades específicas de los territorios y generar condiciones más favorables para el ingreso de los equipos y el abordaje de las familias.

En términos de efectividad, las estrategias diferenciales implementadas demostraron resultados positivos en la apertura y abordaje de los territorios con dinámicas especiales, evidenciándose una mayor capacidad de respuesta de los Equipos Más Bienestar en Tu Hogar, un incremento en las oportunidades de acceso a la población y un fortalecimiento de la presencia institucional en sectores históricamente caracterizados por barreras de acceso y baja receptividad comunitaria.

Finalmente, el análisis del periodo permite concluir que la implementación de estrategias diferenciales, basadas en el reconocimiento de las particularidades de cada territorio y en la articulación con facilitadores territoriales e instituciones presentes en las localidades, ha sido determinante para mejorar la efectividad operativa de los Equipos Más Bienestar en Tu Hogar. Estas acciones no solo han permitido la apertura de nuevos territorios y el acceso a poblaciones previamente difíciles de abordar, sino que también han fortalecido la

capacidad institucional para desarrollar intervenciones más oportunas, integrales y adaptadas a las necesidades reales de las comunidades.

El equipo de Gestión Territorial Avanzada continuó fortaleciendo el relacionamiento y la articulación con las veedurías ciudadanas de las localidades de la Subred Sur Occidente, reconociendo su papel como actores fundamentales en el ejercicio de control social, la vigilancia ciudadana y el fortalecimiento de la participación comunitaria en salud.

A la fecha, se cuenta con un total de dieciocho (18) veedores comunitarios activos, distribuidos en las localidades de Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda, quienes han participado de manera permanente en los espacios de seguimiento, socialización y acompañamiento desarrollados por los Equipos Más Bienestar en Tu Hogar. La participación de estos actores ha permitido consolidar escenarios de diálogo y corresponsabilidad entre la comunidad y la institucionalidad, favoreciendo la transparencia de las acciones desarrolladas en territorio y promoviendo un ejercicio de vigilancia ciudadana orientado al mejoramiento continuo de las intervenciones.

Durante las reuniones ordinarias de veedurías desarrolladas en el periodo evaluado se adelantaron procesos de socialización del Modelo Territorial de Salud Más Bienestar en Tu Hogar, destacando el enfoque de Atención Primaria Social, las acciones desarrolladas por los equipos territoriales y la importancia de la participación de los veedores en el seguimiento a las intervenciones implementadas en las localidades. Asimismo, se promovió la vinculación de los veedores en las tomas sectoriales desarrolladas en territorio, reconociéndose como actores estratégicos para el fortalecimiento del control social y la observación directa de las acciones desarrolladas por los equipos territoriales, un ejemplo de ello fue el acompañamiento realizado por la veedora Olga Lucía Santiago al componente de aseguramiento, permitiendo fortalecer el reconocimiento de los procesos de afiliación, seguimiento y activación de rutas integrales en salud, así como la comprensión del alcance técnico y territorial desarrollado por los equipos.

De igual manera, se destaca el acompañamiento realizado por la veedora Mirian Parra durante la toma sectorial desarrollada en la localidad de Puente Aranda, permitiendo la observación directa de las intervenciones en territorio, el seguimiento a las acciones implementadas y la generación de recomendaciones orientadas al fortalecimiento de los procesos comunitarios y territoriales.

El análisis del periodo permite evidenciar que las acciones desarrolladas con las veedurías ciudadanas aportaron significativamente al fortalecimiento de la transparencia institucional, al garantizar el acceso oportuno a la información y generar espacios de diálogo permanente entre la comunidad y la institucionalidad. Asimismo, contribuyeron al fortalecimiento de la participación comunitaria, al reconocer a los veedores como actores activos en los procesos de seguimiento, validación y acompañamiento de las acciones territoriales.

Se identificaron y consolidaron diversas prácticas exitosas que contribuyeron significativamente al fortalecimiento de la gestión territorial y al posicionamiento del Modelo Territorial de Salud Más Bienestar en Tu Hogar. Entre ellas se destaca la articulación permanente con actores comunitarios, institucionales y sectoriales, que permitió la identificación de 109 actores estratégicos y facilitó el ingreso a territorios con dinámicas especiales; la implementación de estrategias diferenciales de apertura territorial mediante

el trabajo conjunto con líderes comunitarios, presidentes de Juntas de Acción Comunal y otros facilitadores territoriales; la participación en espacios intersectoriales como COLFA, COLIA y SIDICU, que favoreció el posicionamiento del modelo y la construcción de alianzas con otras instituciones; y el fortalecimiento de las competencias de los Equipos Más Bienestar en Tu Hogar en Prescripción Social a través de las capacitaciones mensuales y la aplicación permitiendo orientar de manera más efectiva los procesos de acompañamiento a la prescripción social. Asimismo, el trabajo desarrollado con las veedurías ciudadanas, y el acompañamiento a las tomas sectoriales y a los procesos desarrollados por los EMBH, fortalecieron el ejercicio del control social, la transparencia y la participación comunitaria. Estas experiencias demostraron que la construcción de relaciones de confianza, la articulación intersectorial y el reconocimiento de las capacidades existentes en los territorios son elementos fundamentales para mejorar la efectividad operativa de los equipos, fortalecer las redes comunitarias y generar procesos sostenibles de participación y bienestar que pueden ser replicados y potenciados en periodos posteriores.

4.2. APROPIACIÓN TERRITORIAL

La subred Sur occidente es la única en el distrito que tiene la ventaja geográfica de tener la totalidad de su territorio completamente plano, esto sin lugar a duda facilita la movilidad y accesibilidad, sin embargo, y debido a la cantidad de intervenciones viales que se están presentando en la actualidad en la ciudad, esencialmente por la construcción del metro y la continuidad de Transmilenio en varias vías importantes, el acceso vial en la mayoría del tiempo es lento y hasta traumático, lo que genera en muchos de los casos demoras al talento humano para la atención de los usuarios.

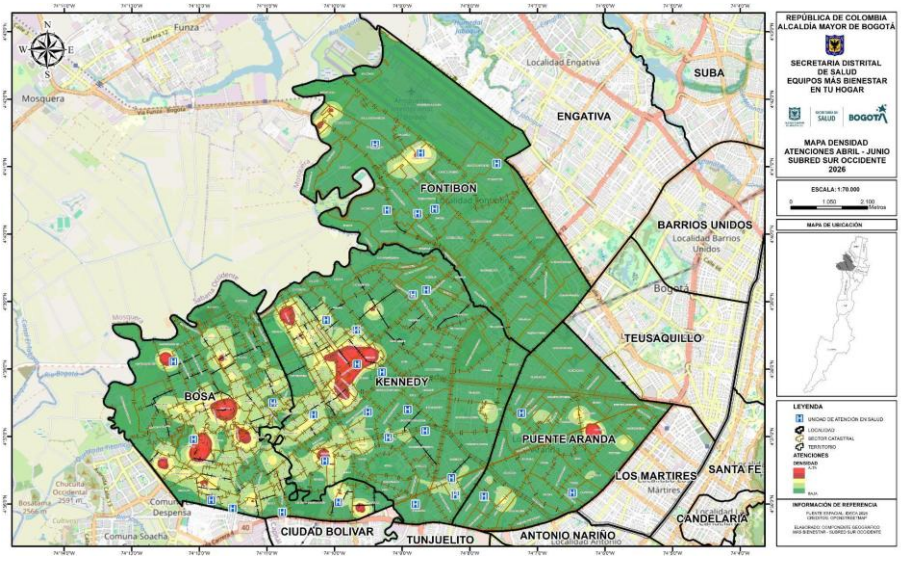
La apropiación territorial en nuestra subred se viene subrayando desde los procesos de capacitación al talento humano; al entrante en inducciones semanales y mensuales al antiguo dentro de los comités de salud, en los primeros se dan las generalidades del proceso, mientras que en los segundos se abordan temas de operación territorial. Este proceso intenta fortalecer la conexión de la subred con la comunidad permitiendo al talento humano conocer los límites administrativos y físicos de su área de gestión y que con ellos pueda adueñarse de ese entorno para beneficio mutuo, en este contexto el perfil de gestor territorial (Auxiliar de enfermería) es al que más se le recalca esta tarea pues es quien abre las puertas del hogar a los demás perfiles teniendo ese primer acercamiento con la población.

En el balance general del talento humano tenemos un total de 110 colaboradores retirados entre abril y junio, siendo la mayoría del perfil “gestor más bienestar”, lo que dificulta ese proceso de apropiación territorial necesario para generar impacto positivo en la comunidad y la vez confianza en los procesos de salud.

En cuanto a la efectividad en las atenciones y su representación en el espacio, en el mapa 1 podemos observar que mantenemos la efectividad en zonas tradicionalmente “buenas” para la atención, pero con una mayor concentración de casos, a diferencia del primer trimestre, en este segundo periodo es evidente como la efectividad en la operación estuvo marcada por las jornadas de salud realizadas justo en las áreas más densas (color rojo), siendo estas zonas priorizadas mediante ejercicios de análisis del territorio teniendo en cuenta variables como la población gestante, menores de 5 años y la efectividad consolidada, barrios como María paz, Patio bonito II sector y El amparo en Kennedy

concentraron la mayor cantidad de visitas efectivas, estas zonas vienen siendo abordados mediante estrategias de barrido casa a casa desde el mes de marzo teniendo en cuenta las poblaciones antes mencionadas. Así mismo en barrios como Kasandra, Puente grande y Las flores en Fontibón, Chico sur, La libertad, Laureles y Vizcaya en Bosa al igual que Autopista sur en Puente Aranda fueron los barrios en donde se produjo la mayor cantidad de visitas efectivas en el periodo de análisis siendo esta parte de la priorización mencionada.

Mapa 1. Densidad caracterizaciones abril - junio 2026 Subred Suroccidente. EMBH



Fuente: Elaboración propia a partir de plano caracterizaciones - aplicativo GTAPS

4.2.1 Jornadas Intensificadas de Apropiación y Actualización Territorial Equipos MÁS Bienestar en tu Hogar (cuando aplique) NO APLICA PARA ESTE PERIODO

4.3. GESTORES MÁS BIENESTAR

4.3.1 Gestores de Bienestar en línea

PLANEACIÓN DEL ABORDAJE

Durante el periodo de reporte se fortaleció la planeación mediante la distribución de las bases de los usuarios por sector catastral y cohorte de riesgo. Esta estrategia buscó que cada gestor en línea diera respuesta a su cohorte asignada realizando el seguimiento permanente al cumplimiento de las actividades como resultado se mejoró la cobertura de la población priorizada, la oportunidad de la gestión de los casos y la respuesta frente a las diferentes cohortes de riesgo.

Al comparar ambos períodos se observa un incremento significativo en el número de casos asignados a los Gestores en Línea, pasando de 29.304 a 49.089 casos, lo que representa un aumento de 19.785 casos (67,5 %) A pesar de este incremento en las asignaciones, el número de casos gestionados aumentó de 13.390 a 21.555, es decir, 8.165 casos adicionales (61 %)

GESTIÓN DE LA ESTRATEGIA DE RUTEO

Durante el periodo de reporte, la estrategia de ruteo registra un acumulado de 49098 registros asignados a las cohortes, de los cuales casos han sido gestionados 21555 dentro del análisis se puede evidencia que la cohorte con más porcentaje de efectividad es cohorte de Discapacidad Se gestionaron 23 de17 casos asignados, con una efectividad del 73,9 %, se continúa con Se asignaron cohorte materno 3.898 casos y se gestionaron 2.563, con una efectividad del 65,7 % se continúa con cohorte de crónicos Se asignaron 18.311 casos, de los cuales se gestionaron 10.202, representando el mayor volumen de trabajo y una gestión del 55,7 % se continúa con cohorte salud mental con Se asignaron 18.311 casos, de los cuales se gestionaron 10.202, representando el mayor volumen de trabajo y una gestión del 55,7 % para la cohorte de infancia Se asignaron 23.172 casos y se gestionaron 6.229, alcanzando una efectividad aproximada del 26,9 %

Durante el período evaluado se evidenció un incremento en el número de casos asignados a los gestores en línea, particularmente en la cohorte de Infancia. Una proporción importante de estos casos corresponde al estado "Visita en Campo", por lo que requieren la intervención del Gestor Más Bienestar para realizar el abordaje presencial.

En articulación con el equipo PIC, se implementó una estrategia de focalización territorial mediante la identificación de zonas de calor a través del componente geográfico, con el fin de concentrar las intervenciones en los sectores con mayor número de niños pendientes de seguimiento y con esquemas de vacunación incompletos o susceptibles de verificación.

Comentado [6]: Se solicita complementar el análisis indicando los resultados obtenidos a partir de las acciones implementadas durante la planeación del abordaje, evidenciando cómo estas contribuyeron al mejoramiento de la cobertura, la oportunidad y el avance en la gestión de los casos.

Comentado [7R6]: ajustado

Comentado [8]: Se solicita incorporar un análisis comparativo con el trimestre anterior, permitiendo evidenciar la evolución de los indicadores y los factores que incidieron en los resultados obtenidos durante el periodo.

Comentado [9R8]: resuelto

Esta estrategia busca optimizar la gestión en territorio, fortalecer la captación efectiva de los usuarios y mejorar la articulación entre los gestores en línea y los Gestores Más Bienestar. Se espera que, como resultado de estas acciones, en el próximo informe se evidencie un incremento significativo en el número de casos gestionados y en el porcentaje de avance de la cohorte de Infancia, especialmente en los casos que requieren visita en campo para garantizar la actualización del esquema de vacunación y la continuidad de la atención

Tabla 2. Casos Gestionados. Estrategia Ruteo

Grupo Riesgo	Número de casos asignados desde SDS (Gestor en línea)	Total de Casos gestionados (Gestor en línea)	Número de casos asignados desde SDS (Gestor de bienestar)	Total de Casos gestionados (Gestor de bienestar)	Número de casos asignados desde SDS (Profesionales)	Total de Casos gestionados (Profesionales)	Total de casos asignados desde SDS	Total de Casos gestionados	Porcentaje de avance en la gestión (Total gestionados/Total asignados*100)
Materno	3898	2563	16405	10332	90	51	20393	12946	63,48%
Infancia	23172	6229	9099	3157	0	0	32271	9386	29,08%
Salud mental	3620	2496	9453	3692	497	320	13570	6508	47,96%
Cáncer	65	48	2	1	0	0	67	49	73,13%
Discapacidad	23	17	15	14	80	64	118	95	80,51%
Crónicos	18311	10202	21744	11366	1	0	40056	21568	53,84%
Población general	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	49089	21555	56718	28562	668	435	106475	50552	47,48%

*Los casos gestionados, hacen referencia a aquellos con los que se logra el estado de Contactado.

*Información acumulada desde el 1 de octubre de 2025 a la fecha de corte del informe junio 2026.

Fuente: Módulo ruteo aplicativo GTAPS

Comentado [10]: Se solicita ampliar el análisis de la cohorte de infancia, indicando las causas del bajo porcentaje de avance y las acciones implementadas para fortalecer la gestión y el abordaje de esta población priorizada

Comentado [11R10]: ajustado

Comentado [12]: Revisar datos , no coinciden con lo registrado en GTAPS

Comentado [13R12]: se ajusta

Dentro del análisis podemos evidenciar el total de casos gestionados con sus diferentes estados No requiere visita – Gestión efectiva: 6.640 casos (30,8 %) en segundo lugar Rechazado – Acepta educación: 3.694 casos (17,1 %) en tercer lugar Rechazado: 3.245 casos (15,1 %) seguido Acepta atención: 2.855 casos (13,2 %) No cumple criterio: 1.680 casos (7,8 %) Fuera de la ciudad: 923 casos (4,3 %) y Otra subred: 776 casos (3,6 %)

Actualizar dirección (misma subred): 1.083 casos (5,0 %) Cambio de prioridad: 495 casos (2,3 %) y Fallecidos: 164 casos (0,8 %)

Con el propósito de incrementar la efectividad del seguimiento remoto y fortalecer las competencias de los Gestores en Línea, los líderes operativos intensificarán el acompañamiento y seguimiento presencial mediante jornadas de observación y retroalimentación durante la gestión de llamadas. Estas sesiones permitirán orientar a los gestores en la correcta aplicación del guión institucional establecido por la Secretaría Distrital de Salud, fortaleciendo las habilidades de comunicación, escucha activa, empatía y manejo de objeciones.Se espera que esta estrategia genere mayor confianza en los usuarios durante el contacto telefónico, mejore la comprensión de los beneficios de la estrategia y aumente la aceptación del acompañamiento ofrecido también por parte de líderes operativos diseñaron e implementaron una lista de chequeo para evaluar la calidad de los seguimientos telefónicos realizados por los Gestores en Línea. Esta herramienta ha permitido identificar oportunidades de mejora relacionadas con la aplicación del guión institucional, la comunicación con el usuario, el registro de la información y el abordaje de las diferentes situaciones presentadas durante las llamadas.

A partir de los hallazgos identificados, se han realizado procesos de retroalimentación individual y acompañamiento continuo, permitiendo aclarar dudas, unificar criterios de atención y fortalecer las competencias de los gestores en el desarrollo del seguimiento remoto Como resultado, se proyecta un incremento en la efectividad del contacto, una disminución de los rechazos y un mejor desempeño en los indicadores de gestión y oportunidad del seguimiento remoto.Durante el período evaluado se identificó un número importante de usuarios que rechazaron la atención ofrecida por el Gestor en Línea. Al analizar los motivos manifestados durante el contacto telefónico, se evidencian las siguientes causas principales:Los usuarios manifiestan sentirse seguros con su estado de salud, ya que consideran que no requieren acompañamiento adicional.Refieren tener sus consultas médicas y controles al día, por lo que perciben que no necesitan el seguimiento de la estrategia.Algunos usuarios cuentan con medicina prepagada o atención particular, razón por la cual consideran que sus necesidades en salud ya están cubiertas;Dentro de las causas también por tema de seguridad de brindar información los usuarios no acepta el contacto telefónicos

Tabla 3. Gestión ruteo- casos contactados

ESTADO DE LA GESTIÓN PARA LOS CASOS CONTACTADOS					
Estado de Gestión	**Gestor en Línea**	**Gestor de Bienestar**	**Profesionales**	**Total**	**Porcentaje de avance por estado (Total del estado de gestión/Total**

Comentado [14]: Se recomienda complementar el análisis identificando las principales causas de rechazo de la atención y describiendo las estrategias implementadas para incrementar la aceptación

Comentado [15R14]: ajustado

					gestionados)
Acepta Atención	2855	9046	251	12152	24,04%
Fallecido	164	146	1	311	0,62%
No Requiere Visita Gestión Efectiva	6640	2388	9	9037	17,88%
Fuera De La Ciudad	923	937	34	1894	3,75%
Rechazado	3245	2798	81	6124	12,11%
Actualizar Dirección Misma Subred	1083	1708	8	2799	5,54%
Otra Subred	776	766	16	1558	3,08%
Cambio De Prioridad	495	813	3	1311	2,59%
No Cumple Criterio	1680	458	11	2149	4,25%
Rechazado - Acepta educación	3694	9502	21	13217	26,15%
Total Gestionados	21555	28562	435	50552	100%

Fuente: Módulo ruteo aplicativo GTAPS
*Información acumulada desde el 1 de octubre de 2025 a la fecha de corte del informe junio 2026.

Comentado [16]: Se solicita ampliar el análisis del estado rechazado acepta educacion , precisando el alcance de esta gestión, las acciones desarrolladas con esta poblacipn

Comentado [17]: Revisar datos

Comentado [18R17]: se ajusta

Tabla Seguimiento remoto

A continuación, durante el periodo de reporte se evidencia un acumulado de 27.394 usuarios vinculados al seguimiento remoto, de los cuales únicamente 98 usuarios han recibido un segundo contacto telefónico, lo que representa una continuidad del 0,36%. Este comportamiento evidencia una brecha importante entre la aceptación del usuario y el inicio efectivo del seguimiento remoto se ha fortalecido con el equipo en corroborar y registrar un número alterno y un contacto de apoyo cuando sea posible. Informar al usuario la importancia de responder la llamada.

Tabla 4. Seguimiento remoto

Grupo de Riesgo	Número de usuarios vinculados a seguimiento remoto (aceptan	Número de usuarios con seguimiento remoto (contados a partir del segundo contacto	Total

	seguimiento remoto)	telefónico por el gestor en línea)	
Materno	6031	12	0,20%
Infancia	2055	14	0,68%
Salud mental	2818	16	0,57%
Cáncer	18	0	0%
Discapacidad	2	0	0%
Crónicos	10140	55	0,54%
Población general	6330	1	0,02%
TOTAL	27394	98	0,36%

Fuente: Módulo ruteo aplicativo GTAPS
*Información acumulada desde el 1 de octubre de 2025 a la fecha de corte del informe junio 2026.

Comentado [19]: Se solicita ampliar el análisis indicando las causas del bajo avance en la realización de los seguimientos remotos a los usuarios que aceptaron esta modalidad de atención

Comentado [20R19]: Ajustado

En el presente periodo se evaluó el desempeño de la estrategia de seguimiento remoto, analizando la relación entre los usuarios que aceptaron y recibieron el segundo contacto telefónico por parte del gestor en línea. Este análisis permite identificar el avance del periodo frente al acumulado.

Al analizar la información por grupo de riesgo, se observa que Crónicos concentra el mayor número de usuarios vinculados (10.140), seguido de Población General (6.330) y Materno (6.031). No obstante, la continuidad del seguimiento continúa siendo baja en todos los grupos, destacándose Infancia (0,68%), Salud Mental (0,57%) y Crónicos (0,54%) con los mayores porcentajes de segundo contacto. En contraste, Cáncer y Discapacidad no registran continuidad durante el periodo analizado.

Dentro del análisis Durante el período analizado se implementaron diversas estrategias orientadas a fortalecer la ejecución de los seguimientos remotos por parte del equipo de gestores en línea y mejorar la efectividad del contacto con los usuarios. Como parte del análisis, se evidenció que un porcentaje de usuarios que inicialmente aceptaron el seguimiento remoto ya no responde a las llamadas realizadas, principalmente por cambios o desactualización de los números telefónicos registrados.

En respuesta a esta situación, se estableció como estrategia la búsqueda y actualización de datos de contacto mediante la consulta de otras fuentes de información disponibles, como el aplicativo PAI, con el apoyo de cada uno de los líderes de localidad. Esta gestión busca identificar números telefónicos alternos que permitan restablecer el contacto con los usuarios, garantizar la continuidad del seguimiento remoto y fortalecer la adherencia al proceso de atención.

Tabla 5. Gestión ruteo – Continuidad del Cuidado en el abordaje presencial (Corresponde a los casos cargados desde la SDS).

ESTADO FINAL DEL CASO

Grupo de riesgo	# Casos que aceptan atención o visita en campo	Efectivo (si es el usuario índice)	No es el usuario índice	Fallido	No residencial	Rechazado	Total	Porcentaje de Efectividad (# casos aceptan atención + visita en campo / # casos con intervención efectiva)
Materno	11856	2415	1600	4847	1014	827	10703	20,37%
Infancia	9435	144	328	746	90	71	1379	1,53%
Salud mental	7973	493	941	4308	1221	462	7425	6,18%
Cáncer	34	7	7	10	0	2	26	20,59%
Discapacidad	72	37	9	4	4	0	54	51,39%
Crónicos	23782	4363	3202	10454	2617	1221	21857	18,35%
Población general	0	0	0	0	0	0	0	0%
TOTAL	53152	7459	6087	20369	4946	2583	41444	14,03%

Fuente: Módulo ruteo aplicativo GTAPS

*Información acumulada desde el 1 de octubre de 2025 a la fecha de corte del informe 30 de junio 2026.

ACCESO

En el marco del proceso de acceso y enlace para los Equipos MÁS Bienestar en Tu Hogar (EMBH), se consolidó una alianza estratégica con el área de Mercadeo de la Subred Suroccidente. Esta sinergia institucional ha sido fundamental para garantizar la vigencia y trazabilidad de la contratación por capitación, permitiendo que los equipos territoriales cuenten con información confiable y en tiempo real para la toma de decisiones, así mismo se ha obtenido buena respuesta de EPS como Salud Total, Compensar, Famisanar, Sura en los casos que se requiere priorización de autorizaciones o de agendamientos directos en dichas EPS, para usuarios con prioridades altas en salud; con tiempos de respuesta a las solicitudes vía correo electrónico en un aproximado de 8 días.

La colaboración técnica con la referente de mercadeo no solo ha optimizado la orientación de los usuarios hacia las Unidades Básicas Resolutivas, sino que ha servido como canal de interlocución directa con las EPS. A través de este mecanismo, se han implementado estrategias de mejora continua que facilitan la socialización de los avances e hitos alcanzados en la atención domiciliaria. Este modelo de comunicación bidireccional en los seguimientos de las EPS con la subred de manera mensual en la cual se indican los logros y dificultades en salud de los usuarios atendidos en casa sean reconocidos por las aseguradoras, fortaleciendo la continuidad del cuidado y la eficiencia operativa de la Subred.

Por otra parte se ha logrado establecer y mejorar de manera presencial vínculos con la EPS Virrey solís para generar agendamiento de manera presencial de los usuarios identificados por ruteo y que requieren ser vinculado directamente a las RÍAS de dicha EPS; para ello en este periodo se estableció como estrategia designar a un gestor en línea el cual habilitando la línea telefónica y de WhatsApp institucional se solicitó diligenciar el formato establecido con los datos requeridos de los usuarios pertenecientes a esta EPS, para poder permitir que el gestor en línea se acercara directamente a realizar la solicitud de las citas requeridas.

Se destaca un avance significativo en la oportunidad de acceso y articulación con Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) como Sanitas, Salud Total, Famisanar y Compensar. Esta gestión interinstitucional ha sido determinante para garantizar la atención médica integral de la población Privada de la Libertad (PPL) ubicada en los centros penitenciarios bajo la jurisdicción de la Subred Suroccidente.

Mediante esta coordinación, se ha logrado el despliegue efectivo del perfil de medicina y psicología de los Equipos MÁS Bienestar en Tu Hogar dentro de las URIS y Estaciones de Policía. Este esfuerzo conjunto asegura que la población PPL reciba atención de salud directamente en su lugar de reclusión, reduciendo barreras de acceso, optimizando los tiempos de respuesta y dando cumplimiento a los protocolos de atención diferencial y resolutiva vigentes para el periodo 2026.

AGENDAMIENTO

En cuanto al agendamiento realizado desde los EMBH de la Subred Suroccidente se ha logrado con el equipo de agendamiento dar respuesta a las solicitudes de agendamiento de los equipos de tal manera que se evidencia que se recibieron 3.281 solicitudes de agendamiento durante el periodo, se lograron 3.681 citas agendadas, cifra superior a las solicitudes recibidas, esto representa un cumplimiento del 112,2 %, la diferencia de 400 citas adicionales corresponde, según la definición del indicador, a citas programadas para usuarios que provenían de periodos anteriores o a la gestión de órdenes pendientes. En cuanto al agendamiento de los usuarios tipo 4, se solicitaron 295 agendamientos, se programaron las 295 citas, alcanzando un 100 % de cumplimiento.

Por otro lado se creó un Drive en el cual los gestores en línea pueden cargar la información de los agendamientos que se realizan pero por frecuencias de uso u otras dificultades con GTAPS no permite el cargue de la misma en dicho aplicativo, para este trimestre se reporta en dicho instrumento de drive un total de 70 agendamientos efectivos.

El desempeño del proceso de agendamiento fue sobresaliente, alcanzando el 100 % de atención de la demanda vigente y recuperando citas pendientes de períodos anteriores, sin dejar solicitudes pendientes al cierre del periodo.

Número de usuarios priorizados que completan su atención en continuidad del cuidado / Número total de usuarios priorizados con necesidad de atención × 100: Durante el período comprendido entre abril y junio, el indicador presentó un comportamiento variable. En abril se alcanzó un cumplimiento del 62,80 %, lo que evidenció que cerca de seis de cada diez usuarios priorizados lograron completar la continuidad del cuidado mediante el proceso de agendamiento y articulación con la EPS.

Comentado [21]: se describen acciones realizadas, pero no se presentan indicadores que permitan medir su impacto.

Comentado [22R21]: Ajustado

En mayo, el indicador disminuyó a 59,26 %, registrando una reducción de 3,54 puntos porcentuales respecto al mes anterior. Este comportamiento estuvo asociado a una disminución en el número de usuarios que completaron la continuidad del cuidado (de 4.270 a 4.044), mientras que el número de usuarios priorizados permaneció prácticamente estable (6.799 vs. 6.824). Esta variación puede estar relacionada con barreras en el acceso a los servicios, demoras en autorizaciones, dificultades en la asignación de citas o inasistencia de los usuarios.

Para junio, el indicador mostró una recuperación, alcanzando 63,42 %, el valor más alto del trimestre. Aunque el número de usuarios priorizados aumentó significativamente hasta 8.346, también se incrementó el número de usuarios que completaron la continuidad del cuidado (5.293), permitiendo mejorar el desempeño en 4,16 puntos porcentuales respecto a mayo y 0,62 puntos porcentuales frente a abril.

Adicional como se mencionaba anteriormente se establece la estrategia de agendamiento de los usuarios Virrey solís con un gestor en línea que asiste de manera presencial a los puntos de atención de dicha EAPB para poder gestionar las citas de los usuarios con prioridades altas en salud, esto ha permitido el reconocimiento constante de los EMBH por parte de virrey solís; en esta estrategia se lograron 9 citas a usuarios con prioridades altas de los cuales 6 corresponden a seguimiento cardiovascular, 2 a medicina general para crónicos y 1 de control de ginecobstetricia, esto permite que los usuarios sean captados de manera oportuna y se les pueda gestionar el riesgo de manera más eficiente, solo se requiere mejorar los procesos de divulgación por parte de la IPS Virrey solís a los funcionarios de sus sedes para que en el momento que los colaboradores de los equipos más bienestar en Tu Hogar se acerquen de manera presencial a solicitar citas de usuarios Tipo 4 se les brinde de manera oportuna la gestión de las mismas.

Comentado [23]: Se recomienda incorporar los resultados obtenidos con la estrategia implementada para la gestión de usuarios de la EPS Virrey Solís, indicando el número de usuarios gestionados, citas obtenidas y el impacto sobre la oportunidad en el acceso.

Comentado [24R23]: AJUSTADO

Por otro lado y como no se puede evidenciar en las tablas a continuación mencionada, se realiza la estrategia institucional de atención de seguimiento de Binomios (madre e hijo) posparto en la vivienda de las usuarias, permitiendo que los médicos de los EMBH realicen esta acción con agendamiento desde la intramuralidad; esto permite poder identificar las condiciones en las cuales se encuentra habitando dichos binomios y los posibles riesgos en salud, adicional se gestiona de manera paralela la caracterización de los mismos.

Durante este periodo se realizó la articulación inter-institucional con la gestión del riesgo individual - RIAS, con el fin de trabajar de manera mancomunada para la vinculación y adherencia de los usuarios de alto riesgo en las Rutas Integrales de Atención en Salud y así mismo bidireccionalmente, lograr ubicar en territorio aquellos usuarios adscritos a las RÍAS inasistentes a controles médicos y tratamientos.

Así mismo la profesional líder acceso y enlace, ha contado con reuniones periódicas con algunos de los líderes de las unidades SER para verificar la particularidad de las agendas de dichas sedes y así garantizar la atención oportuna sin cancelaciones y sin afectar tampoco la productividad de la intramuralidad.

Se realiza de manera quincenal seguimiento con el grupo de agendadores de los EMBH para verificar los hallazgos evidenciados por el equipo de sistemas de la información, logrando así reforzar técnicamente el manejo del agendamiento tanto en dinámica como con el aplicativo GTAPS y disminuir así en posteriores agendamientos la posibilidad de presentar falencias en el mismo.

Se informa de manera semanal a las líderes operativas de los territorios, los avances dificultades y hallazgos del agendamiento de manera semanal y así brindar información importante para generar estrategias de mejora con los gestores en línea agendadores.

El proceso de agendamiento de visitas médicas domiciliarias constituye una estrategia que fortalece el acceso oportuno a los servicios de salud, particularmente para los pacientes con enfermedades crónicas y aquellos con limitaciones para desplazarse a una institución prestadora de servicios. La programación de la atención en el domicilio favorece la continuidad del seguimiento clínico, contribuye a una atención más humanizada y mejora la adherencia a los controles médicos.

Adicionalmente, el contacto telefónico previo permite coordinar la prestación del servicio de manera anticipada, evidenciándose una adecuada aceptación por parte de la mayoría de los usuarios, quienes confirman la programación y expresan satisfacción por recibir la atención en su hogar. Este modelo optimiza la atención centrada en el paciente y promueve una mayor accesibilidad a los servicios de salud.

A pesar de la aceptación inicial del agendamiento, se presentan situaciones que afectan la eficiencia del proceso. En algunos casos, al momento de la visita domiciliaria, el usuario no se encuentra en la vivienda, no responde al llamado del profesional de salud o manifiesta haber recibido atención por otro medio, sin informar previamente la cancelación de la cita.

Estas situaciones generan desplazamientos improductivos, incremento en los tiempos operativos y una utilización ineficiente del recurso humano y logístico, afectando la programación de las rutas domiciliarias y limitando la posibilidad de asignar dichos espacios a otros usuarios con necesidad de atención.

Así mismo, se identifica como una barrera la desconfianza que algunos usuarios manifiestan frente a las llamadas telefónicas utilizadas para el proceso de agendamiento, lo que dificulta la comunicación, reduce la efectividad en la confirmación de las visitas y puede impactar el cumplimiento de la atención programada.

En consecuencia, se evidencia la necesidad de fortalecer los mecanismos de confirmación de citas y las estrategias de comunicación con los usuarios, con el propósito de optimizar el aprovechamiento de los recursos disponibles, mejorar la oportunidad en la prestación del servicio y disminuir el número de visitas no efectivas.

Tabla 6. Agendamiento

Agendamiento / Consultas	**Requerimiento de agendamiento solicitadas en el periodo de reporte**	**Total, Citas agendadas (Incluir las citas agendadas para períodos posteriores)**	**Pendientes**
Agenda en unidades básicas resolutivas (se incluye la gestión de órdenes identificadas como	842	842	460

pendientes en las diferentes intervenciones, gestión de las órdenes generadas en las atenciones individuales y las solicitadas por los equipos para usuarios capitados con la SISS)			
Agenda en unidades básicas resolutivas de usuarios **tipo 4** realizadas por gestores y profesionales.	295	295	0
Agenda de profesionales de los Equipos MÁS Bienestar para atención individual en domicilio.	7483	7488	5306
Total	**11059**	**11459**	**0**

Fuente: Aplicativo GTAPS módulo de agendamiento.

*Información acumulada desde el 1 de octubre de 2025 a la fecha de corte del informe.

Seguimiento a las citas agendadas

Se programaron 3.710 citas, de las cuales 2.309 fueron cumplidas (62,2 %), Se registraron 1.153 inasistencias (31,1 %), siendo el principal factor que afectó el cumplimiento de este proceso a pesar que los gestores en línea realizar en su totalidad la recordación de la cita algunos usuarios no toman la importancia de la oportunidad que se les brinda al buscar agenda a las solicitudes realizadas por los equipos, adicional, hubo 118 citas en estado de inatención (3,2 %) para este apartado se ha realizado articulación con el director de ambulatorios mostrando la importancia de volver a programar directamente desde las unidades SER las citas a los usuarios y 130 pendientes de seguimiento (3,5 %).

Se agendaron 260 citas, de las cuales 144 se cumplieron (55,4 %) se presentaron 53 inasistencias (20,4 %) lo cual permite realizar en este periodo una alerta a los gestores y profesionales MÁS bienestar para generar compromiso en las citas que se agendan y la importancia del cumplimiento de las mismas evitando empeorar los riesgos de salud de los usuarios, así mismo se observan 55 citas pendientes de seguimiento (21,2 %), dichas citas no fueron posibles realizarles seguimiento ya que se cargaron de manera tardía lo que imposibilita generar recordación y verificación oportuna.

En cuanto a la atención domiciliaria por profesionales de los Equipos MÁS Bienestar, se programaron 7.483 citas, todas cumplidas (100 %), no se reportaron inasistencias, inatenciones ni pendientes, este comportamiento evidencia un excelente desempeño operativo y una adecuada gestión del seguimiento en esta modalidad de atención.

El seguimiento al agendamiento evidencia un desempeño global favorable, impulsado principalmente por la excelente ejecución de las atenciones domiciliarias. Sin embargo, las modalidades de citas gestionadas por los gestores presentan oportunidades de mejora, especialmente en la reducción de las inasistencias y el cierre oportuno de los seguimientos. Se trabajará en el fortalecimiento de las estrategias de confirmación previa, recordatorios

de citas, contacto con los usuarios y reprogramación oportuna, con el fin de incrementar el porcentaje de cumplimiento y disminuir las pérdidas asociadas al ausentismo.

Las principales causas de inasistencia a las citas médicas programadas es falta de compromiso de parte de los usuarios, ya que a pesar que se realiza el llamado un día antes de la cita se envia al igual a aquellos usuarios que cuentan con WhatsApp un mensaje recordando el sitio, fecha , hora y profesional así como el boucher de nuevo para que no olviden su asistencia al mismo, se les ha mencionado también la importancia de los deberes del usuario, avisar con antelación al agendador que lo contactó la importancia de avisar tres horas antes si no va asistir a dicha cita ser reasignada a otra persona que pueda cumplir con la asistencia a dicha citas asignadas.

Tabla 7. Seguimiento a agendamiento

Agendamiento / Consultas	**Citas agendadas**	**Citas con estado cumplido**	**Citas con estado inasistentes**	**Citas con estado inatención**	**Citas pendientes por seguimiento**	**Total**
Citas agendadas por el gestor en línea de usuarios que capitán con la SISS.	3710	2309	1153	118	130	3710
Citas Agendadas por el gestor de bienestar o profesional - Tipo 4	260	144	53	2	55	260
Citas agendadas de profesionales de los Equipos MÁS Bienestar para atención individual en domicilio.	7483	7483	0	0	0	7483

Fuente aplicativo GTAPS- Base agendamiento

*Información acumulada desde el 1 de octubre de 2025 a la fecha de corte del informe.

4.3.2 Abordaje Territorial: Gestor MÁS Bienestar

En el marco del Modelo de Atención en Salud Territorial y de los lineamientos de los Equipos Más Bienestar en Tu Hogar, el análisis de los sectores catastrales constituye una herramienta fundamental para la identificación de las necesidades en salud, la priorización de riesgos y la planeación de las intervenciones territoriales. Este proceso permite orientar las acciones del equipo interdisciplinario, integrado por medicina, enfermería, psicología, nutrición, rehabilitación y demás perfiles de apoyo, favoreciendo una respuesta integral, oportuna y centrada en las condiciones familiares y comunitarias identificadas en el territorio.

Las acciones desarrolladas por los gestores de bienestar se fundamentan en el análisis permanente de la información territorial y en la articulación con los gestores en línea y los profesionales responsables de cada sector catastral, garantizando el contacto inicial con los usuarios de las diferentes cohortes de riesgo, la valoración integral de salud, la concertación del plan de bienestar y compromisos junto con la activación de las rutas de promoción y mantenimiento de la salud , agendamiento , conforme a las necesidades identificadas durante la intervención.

Durante el abordaje familiar en los territorios asignados, los gestores de bienestar realizan la identificación de riesgos colectivos e individuales, ambientales y sociales, permitiendo establecer un análisis integral de las condiciones de salud de los integrantes del hogar. Este proceso facilita la caracterización o actualización de la información familiar, fortalece la identificación de determinantes sociales en salud y orienta la formulación de intervenciones acordes con las prioridades identificadas, promoviendo la continuidad del cuidado y el seguimiento por parte de los diferentes perfiles de los Equipos Más Bienestar en Tu Hogar.

De acuerdo con la información presentada en la tabla, las localidades de Kennedy y Bosa concentran el mayor volumen de gestión de predios, reflejando una alta capacidad operativa y una importante cobertura territorial. La localidad de Kennedy registró un total de 6.794 predios gestionados, de los cuales 6.749 corresponden a gestiones efectivas con un porcentaje del (99,3 %), mientras que la localidad de Bosa reportó 6.421 predios gestionados, alcanzando 6.410 gestiones efectivas (99,8%). Por su parte, la localidad de Fontibón gestionó 1.545 predios, con 1.544 intervenciones efectivas (99,9 %), y la localidad de Puente Aranda registró 1.503 predios gestionados, de los cuales 1.480 fueron efectivos (98,4%). Estos resultados evidencian un alto nivel de cumplimiento de las actividades programadas y una adecuada capacidad de respuesta territorial para el desarrollo de las intervenciones definidas por el modelo Más Bienestar.

No obstante, el análisis comparativo de los resultados evidencia que la localidad de Kennedy presenta una mayor proporción de predios con gestión fallida en relación con las demás localidades intervenidas. Esta situación puede asociarse a factores propios del territorio, entre ellos condiciones de seguridad que limitan el acceso domiciliario, rechazo por parte de algunos usuarios, ausencia de personas al momento de la visita, dificultades para establecer contacto efectivo y una baja percepción de la importancia de la atención extramural, dado que algunos usuarios manifiestan preferencia por la atención intramural ofrecida por sus EAPB. Estos hallazgos constituyen un insumo para fortalecer las estrategias de información, educación y comunicación dirigidas a la comunidad, así como para optimizar las acciones de planeación territorial y gestión del riesgo desarrolladas por los Equipos Más Bienestar en Tu Hogar.

Tabla 8. Abordaje Territorial – Estrategia Barrido Casa a Casa y Ruteo.

LOCALIDAD	TOTAL PREDIOS GESTIONADOS POR LOS GESTORES	TOTAL DE PREDIOS CON GESTIÓN EFECTIVA	TOTAL DE PREDIOS CON GESTIÓN FALLIDA	TOTAL DE PREDIOS CON GESTIÓN EN ESTADO RECHAZADOS	TOTAL DE PREDIOS CON GESTIÓN EN ESTADO NO RESIDENCIAL	TOTAL DE PREDIOS CON GESTIÓN EN AUSENTES
07- Bosa	6421	6410	0	0	8	3
08 - Kennedy	6794	6749	34	1	7	3
09 - Fontibón	1545	1544	0	0	1	0
16 - Puente Aranda	1503	1480	15	3	3	2
Total	16263	16183	49	4	19	8

Fuente: Plano GTAPS periodo Abril 2026 a Junio 2026.

Tabla 9. Prioridades identificadas

Durante el periodo de reporte, los Equipos Más Bienestar en Tu Hogar caracterizaron 15.853 familias en las localidades de Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda**.** Adicionalmente, se realizaron 5.586 actualizaciones de caracterización, alcanzando un total de 31.221 intervenciones ejecutadas por los Gestores Más Bienestar. Estos resultados evidencian un avance significativo en el proceso de identificación, seguimiento y actualización de la información de las familias, fortaleciendo la gestión territorial y la implementación de acciones orientadas a la gestión integral del riesgo.

Al analizar el comportamiento por localidad, se observa que Kennedy registra el mayor número de familias caracterizadas durante el periodo 6.883 familias, seguida de Bosa 6.139 familias. No obstante, Bosa presenta el mayor número de actualizaciones de caracterización 2.743 familias**,** en comparación con Kennedy 1.995 familias, lo que refleja un mayor dinamismo en la revisión y actualización de la información de las familias previamente intervenidas. Por su parte, las localidades de Fontibón y Puente Aranda

continúan aportando al cumplimiento de las metas institucionales, con 1.553 y 1.278 familias caracterizadas, respectivamente.

En relación con la clasificación de las familias según el nivel de prioridad, durante el periodo se identificaron 844 familias en prioridad alta**,** 2.830 familias en prioridad media y 17.765 familias en prioridad baja**.** La localidad de Kennedy concentra el mayor número de familias clasificadas en prioridad alta 408 casos, seguida de Bosa 332 casos. Si bien esta clasificación evidencia la adecuada identificación de las familias con mayor nivel de riesgo, también se observa que un número importante de estos casos aún no ha recibido el abordaje por parte de los profesionales o no ha alcanzado el cierre del plan de bienestar por el equipo multidisciplinario, situación que representa una oportunidad de fortalecimiento en la oportunidad y continuidad de la atención.

Respecto a la prioridad media**,** Bosa registra 1.179 casos y Kennedy 1.171 casos, presentando un comportamiento similar que refleja un volumen considerable de familias que requieren seguimiento permanente para evitar la progresión de los factores de riesgo y garantizar el cumplimiento de los planes de bienestar definidos. En cuanto a la prioridad baja, se concentra el mayor número de familias clasificadas 17.765 casos, comportamiento esperado dentro del modelo de gestión del riesgo, dado que corresponde a familias con menor complejidad clínica y social, pero que requieren acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y seguimiento periódico para mantener condiciones favorables de bienestar.

Comentado [25]: Ajustar según actualización de la tabla

Comentado [26R25]: Se verifico

AVANCE EN EL PERIODO DE REPORTE							**ACUMULADO VIGENCIA**	
LOCALIDAD	**Total De Familias Caracterizadas Por Gestor**	**Total Familias con Actualización**	**Total de Individuos Caracterizados y Actualizados**	**Total de Familias Clasificadas en Prioridad Alta**	**Total de Familias Clasificadas en Prioridad Media**	**Total de Familias Clasificadas en Prioridad Baja**	**Total De Familias Caracterizadas**	**Total de Individuos Caracterizados**
07-Bosa	6139	2743	12746	332	1179	7371	31275	42091
08 - Kennedy	6883	1995	12674	408	1171	7299	31476	39775
09 - Fontibón	1553	479	2806	69	227	1736	5102	6801

16 - Puente Aranda	1278	369	2995	35	253	1359	4402	6105
Total	15853	5586	31221	844	2830	17765	72255	94772

Fuente: Plano GTAPS periodo abril 2026 a junio 2026.

Durante el periodo de reporte se proyectó la realización de 25.654 seguimientos familiares de acuerdo con la clasificación del riesgo establecida para las familias caracterizadas, de este total se ejecutaron 5.586 seguimientos con un porcentaje del 21.7 % de la meta proyectada, evidenciado la necesidad de fortalecer la oportunidad en la ejecución de las acciones de seguimiento para garantizar la continuidad de la atención y cumplimiento de los planes de bienestar.

En las familias clasificadas en prioridad alta se proyectaron 910 seguimientos, de los cuales se realizaron 314 con un cumplimiento del 34.5 % de cumplimiento. Si bien este porcentaje corresponde al mayor nivel de ejecución entre las tres categorías de riesgo, aún permanecen 596 seguimientos pendientes, situación que requiere priorizar la gestión por parte del equipo, considerando que esta familia presenta una mayor vulnerabilidad y demandan intervenciones oportunas para disminuir el riesgo y prevenir la aparición de eventos en salud.

Respecto a las familias en prioridad media se programaron, se programaron 3.512 seguimientos y se ejecutaron 1.006 con un porcentaje de 28,6 %, donde se evidencia avances en el proceso de seguimiento; sin embargo, persiste el volumen importante de familias que requieren acompañamiento para garantizar el acompañamiento para garantizar la implementación y el cierre de los planes de bienestar, así evitando la progresión de los factores de riesgo identificados en la caracterización.

Durante el periodo de análisis se implementaron estrategias de seguimiento y monitoreo orientadas a fortalecer la gestión de los casos priorizados mediante el uso permanente del aplicativo GTAPS, el seguimiento a las derivaciones y la realización de espacios de retroalimentación con los equipos operativos. Asimismo, se mantuvo el proceso de actualización de la caracterización de las familias durante las intervenciones territoriales y los contactos telefónicos, permitiendo identificar cambios en la composición familiar, afiliación al sistema de salud y condiciones de riesgo. De igual forma, se fortaleció la articulación entre los Gestores Más Bienestar, Gestores en Línea y el equipo multidisciplinario para facilitar la asignación de casos, la gestión del ruteo y el seguimiento de las intervenciones registradas en el aplicativo. Estas acciones permitieron mejorar la trazabilidad de la información, optimizar el seguimiento de los casos derivados y favorecer la oportunidad en la atención de la población priorizada; sin embargo, se identificó la necesidad de continuar fortaleciendo el cierre oportuno de los planes de bienestar y el seguimiento a los casos de mayor complejidad para mantener la continuidad de la atención y evitar la acumulación de intervenciones pendientes.

Comentado [27]: esto no se desarrolla en el equipo de gestión. que se implmentó? que funcionó? cuales son los resultados?

Comentado [28R27]: Ajustado

Tabla 10. Acciones de seguimiento familiar acorde a prioridad:

Modalidad	**Seguimientos a Familias con Prioridad Alta**		**Seguimientos a Familias con Prioridad Media**		**Seguimientos a Familias con Prioridad Baja**	
	Proyectados	Realizados	Proyectados	Realizados	Proyectados	Realizados
Presenciales	910	314	3512	1006	21232	4266
Telefónicos	0	0	0	0	0	0
Total	910	314	3512	1006	21232	4266

Fuente: Plano GTAPS periodo abril 2026 a junio 2026.

4.4. PLANES DE BIENESTAR

Tabla 11. planes de bienestar

PRIORIDAD	CASOS ASIGNADOS (todas las fuentes, incluye derivaciones)	PDB CONCERTADOS EN EL PERIODO DE REPORTE	PDB CONCERTADOS EN LA VIGENCIA-ACUMULADO (Desde 01/1/02025 a la fecha de reporte)	PDB CON CIERRE EN EL MES DE REPORTE	PDB CON CIERRE EN LA VIGENCIA-ACUMULADO (Desde 01/1/02025 a la fecha de reporte)	% DE PDB CON CIERRE (Acumulado de PDB Concertado / Acumulado de PDB con cierre)	PDB ACTIVOS CON MÁS DE 6 SESIONES DE IMPLEMENTACIÓN	CASOS PENDIENTES (todas las fuentes)
GESTANTES	1256	668	1386	183	762	54,98 %	249	588
MENOR DE 5 AÑOS	239	100	218	12	114	52,29 %	34	139
CRÓNICOS	1230	19	754	268	780	103%	8	1181

Comentado [29]: revisar datos de gestantes, cronicos y cancer
1 reacción en total
SistemasDeInformacion EBEH reaccionó con 👍 a la/s 2026-08-03 2:59 p.m. UTC

Comentado [30R29]: AJUSTADO

Comentado [31]: Revisar, según GTAPS, se tiene un mejor comportamiento del indicador de cierres. Revisar la cantidad de pendientes
1 reacción en total
SistemasDeInformacion EBEH reaccionó con 👍 a la/s 2026-08-03 2:59 p.m. UTC

Comentado [32R31]: AJUSTADO

SALUD MENTAL	3889	1697	3335	353	1776	53,25 %	358	2192
DISCAPACIDAD	301	454	1339	77	537	40,10%	6	0
LIMITACION FUNCONAL	0	0	0	0	0	0	0	0
SOLEDAD SOCIAL	44	131	513	9	179	34,89%	14	0
CÁNCER	30	0	19	5	13	68%	1	30
ENFERMEDADES HUÉRFANAS	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Aplicativo GITAPS

Se evidencia la gestión realizada en las diferentes prioridades del Plan de Bienestar, siguiendo las fases establecidas en la ficha técnica: asignación del caso, contacto inicial, identificación de riesgos, concertación, implementación, cierre y seguimiento, cuyo objetivo es fortalecer las capacidades familiares para el cuidado de la salud y la gestión de los riesgos identificados.

Durante el periodo evaluado se asignaron 6.036 casos, distribuidos en las diferentes prioridades de intervención. La mayor carga corresponde a Salud Mental (3.889 casos; 64,4%), seguida por Gestantes (1.256 casos; 20,8%), Condiciones Crónicas (1.230 casos; 20,4%), Discapacidad y Limitación Funcional (301 casos), Menores de 5 años (239 casos), Soledad Social (44 casos) y Cáncer (30 casos).

En relación con la concertación del Plan de Bienestar

se observa que, Salud Mental presenta el mayor número de planes concertados (3.335), lo que demuestra una importante capacidad para avanzar hacia la formulación de compromisos familiares, Gestantes registra 1.386 planes concertados, Discapacidad y Limitación Funcional alcanza 1.339 planes concertados, Condiciones Crónicas reporta 823, Menores de 5 años registra 218, Soledad Social alcanza 513, Cáncer presenta 23 planes concertados.

La ficha técnica del plan de bienestar, establece que la concertación constituye una fase esencial del proceso, ya que permite definir de manera conjunta con la familia los compromisos orientados a fortalecer prácticas de autocuidado, mitigar riesgos y favorecer la corresponsabilidad en el cumplimiento del plan

Enfermedades huérfanas a la fecha no han reportado ni por ruteo ni por derivaciones, sin embargo, se trabajarán sobre los casos a reportar para abordaje del equipo EMBH.

En las tablas de resultados evidenciamos un alto volumen de concertación de planes, especialmente en Salud Mental, Gestantes y Condiciones Crónicas, lo que refleja una adecuada captación y caracterización de la población priorizada. Sin embargo, persisten retos importantes para incrementar la implementación efectiva y el cierre de los planes, particularmente en Soledad Social y Discapacidad y Limitación Funcional, donde los porcentajes de cierre son inferiores al 50 % , se continúa teniendo comité RBC en donde se trabajan el abordaje de los casos asignados , se continúa el fortalecimiento al personal que ingresa en la correcta derivación de casos encontrados durante cada caracterización.

4.4.1 Materno

En cumplimiento de los lineamientos establecidos para el seguimiento de la cohorte materna, se presenta el análisis correspondiente al trimestre comprendido entre abril y junio de 2026, tomando como referencia el indicador:

N.º de gestantes atendidas bajo la estrategia / N.º total de usuarias gestantes caracterizadas para la estrategia × 100

El presente informe contempla el comportamiento de las estrategias Gestantes con Más Bienestar, Ángeles Guardianes y Sí la Sífilis Gestacional se Previene, tu Bebé se Protege, incluyendo el análisis de cobertura, cierres de caso, continuidad de la atención y acciones implementadas para fortalecer la gestión integral del riesgo materno.

Durante el primer trimestre (enero, febrero y marzo) de 2026 se reportó una cobertura global del 30,55%, con 392 gestantes aperturadas de un total de 1.283 caracterizadas. Para el segundo trimestre se evidencia un fortalecimiento importante de la gestión de las estrategias maternas, observándose un incremento significativo en el número de planes de bienestar concertados y en los cierres efectivos de casos, producto de la continuidad de las intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería y de la consolidación de los procesos de búsqueda activa y gestión del riesgo. A continuación, se puede evidenciar los datos que sustentan el anterior análisis.

Tabla 12. **Estrategias de planes de bienestar de la cohorte materno**

Estrategias	PDB CONCERTADOS EN EL PERIODO DE REPORTE	CASOS ASIGNADOS todas las fuentes	PDB CONCERTADOS EN LA VIGENCIA - ACUMULADO (Desde 01/1/02025 a la fecha de reporte)	PDB CON CIERRE EN EL MES DE REPORTE	PDB CON CIERRE EN LA VIGENCIA- ACUMULADO (Desde 01/1/02025 a la fecha de reporte)	% DE PDB CON CIERRE (Acumulado de PDB Concertado / Acumulado de PDB con cierre)	PDB ACTIVOS CON MÁS DE 6 SESIONES DE IMPLEMENTACIÓN	CASOS PENDIENTES todas las fuentes
Estrategia Gestantes con más bienestar	419	831	674	118	297	44%	186	412
Estrategia Ángeles Guardianes	215	356	609	105	443	72,74 %	50	141
Estrategia Sí la sífilis gestacional se previene, tu bebe se protege.	34	69	94	5	27	28,72 %	13	35

Fuente: Planos aplicativo GTAPS 2026

Frente a la Estrategia Gestantes con Más Bienestar se evidencia que Durante el periodo evaluado se contó con 831 gestantes asignadas, de las cuales se registran 683 planes de bienestar concertados acumulados, reflejando una importante capacidad de captación,

Comentado [33]: revisar datos de estas estrategias
1 reacción en total
SistemasDeInformacion EBEH reaccionó con 👍 a la/s 2026-08-03 3:26 p.m. UTC

Comentado [34R33]: AJUSTADO

caracterización y acompañamiento de la población materna de alto riesgo. Adicionalmente, durante el trimestre se realizaron 73 cierres efectivos, alcanzando un acumulado de 292 cierres, equivalente a un porcentaje de cierre del 42,75%.

Se identifican 186 gestantes activas con más de seis sesiones de implementación, aspecto que evidencia la continuidad y permanencia de las intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería. Este comportamiento es consistente con la naturaleza de la estrategia, donde el objetivo no se limita a la apertura de planes de bienestar, sino que busca garantizar procesos sostenidos de educación, adherencia a controles prenatales, fortalecimiento de redes de apoyo, identificación temprana de signos de alarma y articulación con las rutas institucionales de atención.

Comparado con el trimestre anterior, donde se reportaban 961 casos asignados y 187 aperturas, se evidencia una consolidación de los procesos de seguimiento y una mayor madurez operativa de la estrategia, reflejada en el incremento de planes concertados y cierres acumulados.

No obstante, continúan presentándose barreras relacionadas con rechazo por parte de algunas usuarias, seguimiento exclusivo por EPS, datos de contacto errados, cambios de residencia, casos fuera de la ciudad y dificultades para la localización efectiva, situaciones que impactan la posibilidad de instaurar o culminar los planes de bienestar.

Frente al abordaje de los equipos de la subred suroccidente para la estrategia de ángeles guardianes, se logra identificar y gestionar el riesgo oportuno del total de 130 para el periodo acumulado, pertenecientes a la aseguradora Capital salud y fondo financiero, con un porcentaje de cobertura del 99,2%, efectividad del 91,5% y un 100% en los cierres de la estrategia (42 días post evento obstétrico), consolidando un gran avance en la gestión de estas usuarias con presencia de morbilidades maternas extremas, donde para estos casos desde la intramuralidad son notificados a los equipos, para el pertinente abordaje y acompañamiento en el domicilio, donde se busca orientar, educar y gestionar oportunamente los riesgos de estas usuarias con alto riesgo de morbimortalidad materno perinatal; dado la importancia del rol del profesional de enfermería que interviene esta población en el territorio, se ha logrado verificar el método de planificación de las usuarias en su puerperio, asistencia a control de binomio, control postparto por ginecología, adherencia al tratamiento farmacológico, junto con el bienestar del binomio y derivación oportuna a los servicios de urgencias, de llegar a ser necesario, si la usuaria es reportada tempranamente en su gestación se realiza el seguimiento estricto a sus controles prenatales y remisiones requeridas.

Dado que la estrategia busca realizar el abordaje de todas las usuarias notificadas y asignadas, desde los equipos se gestionan también las usuarias pertenecientes a los distintos regímenes de afiliación, que son notificadas de igual manera por la intramuralidad, dada la necesidad de mitigar el riesgo en estas usuarias, ya que reconocen la importancia del monitoreo permanente de las usuarias y gracias a la articulación, se ha impactado

positivamente en las usuarias; de igual manera que los casos que son remitidos por fuente de información desde SDS, como ángeles de otra EAPB, son asignados y gestionados por profesionales de enfermería del equipo, buscando una efectividad y abordaje oportuno, sin embargo, durante su ejecución se presentan casos con estados finales como lo son fuera de Bogotá, interlocales, rechazados o fallidos, donde siempre se busca una efectividad del 100%, por medio de las búsquedas activas, con el fin de lograr el abordaje, aunque a pesar de esta gestión finalmente se mantienen dichos estados. Para el periodo vigente durante el abordaje de las usuarias con morbilidad no se registraron casos de mortalidad materna, en las usuarias previamente notificadas y con implementaciones de planes de bienestar, lo que evidencia el impacto de la estrategia, como se menciona anteriormente, en todas las intervenciones del equipo de enfermería se enfocaron en la atención según el riesgo identificado, la educación sobre signos de alarma, la adherencia a controles y tratamientos, y el acompañamiento e información a las familias, sin importar la fuente de información.

Con respecto a la Estrategia “Sí la Sífilis Gestacional se Previene, tu Bebé se Protege” se protege se evidencia que en porcentaje de cobertura con el total de (69/34)*100= 49,28%, donde para el total de abordadas se cuentan con estado fallido 8, fuera de Bogotá 6, otra subred 10, rechazados 11, donde en las 34 familias con instauración de planes de bienestar, las acciones implementadas tuvieron como objetivo principal, la garantización, seguimiento y continuidad, frente al tratamiento oportuno y efectivo durante la gestación y sus parejas sexuales, con el fin de reducir el margen de complicaciones maternas y perinatales, así como evitar la ocurrencia de casos de sífilis congénita. De acuerdo a las distintas fuentes de remisión de los casos, se puede observar que la principal es dada por la articulación mensual con la Ruta Materno Perinatal y VSP, por medio de espacios de análisis, como la Mesa de SSR, donde en estos escenarios se permiten establecer y fortalecer el proceso de abordaje integral de los casos notificados por sífilis gestacional, sífilis congénita y eventos obstétricos asociados.

Frente al trimestre anterior, la estrategia mantiene una gestión constante centrada en la continuidad del cuidado más que en la resolución rápida de los casos. Es importante considerar que la duración del seguimiento depende del momento de notificación del evento, la respuesta al tratamiento, la adherencia de la gestante y su pareja, así como la eventual ocurrencia de reinfecciones, situaciones que pueden prolongar los tiempos de cierre.

Frente a los principales avances identificados se encuentra que durante el periodo abril-junio de 2026 se destacan los siguientes logros:

- Fortalecimiento de la identificación temprana de gestantes mediante la articulación con vigilancia epidemiológica, gestores territoriales y servicios intramurales.
- Incremento en el número de planes de bienestar concertados y seguimiento continuo de casos de alto riesgo.
- Consolidación de la estrategia Ángeles Guardianes como una intervención altamente resolutiva para eventos de morbilidad materna extrema.

- Mantenimiento de procesos de acompañamiento prolongado orientados a la adherencia terapéutica y prevención de complicaciones maternas y perinatales.
- Fortalecimiento de la educación en salud, signos de alarma, adherencia a controles prenatales, lactancia materna, salud sexual y reproductiva y planificación familiar.
- Continuidad de la articulación interinstitucional para la gestión integral de los casos identificados.

A pesar de los avances alcanzados, persisten algunas situaciones que limitan la cobertura efectiva de las estrategias:

- Información de contacto errada o desactualizada.
- Casos con traslado de residencia fuera de Bogotá o fuera del área de cobertura.
- Rechazo de la atención por parte de algunas usuarias.
- Gestantes que refieren encontrarse en seguimiento exclusivo por su EPS.
- Dificultades para la localización territorial pese a las acciones de búsqueda activa.
- Casos notificados de manera tardía, especialmente en eventos de sífilis gestacional

Con el propósito de fortalecer la atención integral de la población gestante, durante el trimestre se desarrollaron las siguientes acciones:

- Intensificación de las búsquedas activas telefónicas y territoriales para los casos pendientes de contacto.
- Fortalecimiento de la articulación con las fuentes generadoras de información para mejorar la calidad y actualización de los datos de contacto.
- Seguimiento permanente a los casos de alta complejidad mediante reuniones técnicas y monitoreo continuo.
- Refuerzo de las estrategias educativas dirigidas a gestantes y familias para favorecer la aceptación del acompañamiento institucional.
- Priorización de casos con factores de riesgo obstétrico, social y epidemiológico.
- Monitoreo permanente de los indicadores de cobertura, concertación y cierre para orientar oportunamente la toma de decisiones.

Los resultados obtenidos durante el trimestre abril-junio de 2026 evidencian la consolidación de los Equipos Más Bienestar a Tu Hogar como un actor fundamental en la gestión integral del riesgo materno. La capacidad de identificación temprana, seguimiento continuo, articulación interinstitucional y acompañamiento prolongado ha permitido fortalecer las rutas de atención y garantizar una respuesta diferenciada según el nivel de riesgo de cada gestante.

Si bien persisten barreras relacionadas con la localización y aceptación de algunas usuarias, los indicadores reflejan avances importantes en la concertación de planes de bienestar, continuidad de la atención y cierre efectivo de casos, contribuyendo al fortalecimiento de la salud materna y perinatal, la prevención de eventos adversos y la mejora de los resultados en salud de las gestantes y sus familias.

4.4.2 Infancia

Durante el periodo se abordaron 239 familias con niños y niñas menores de 5 años, en el marco de las estrategias Ángeles Kids, Prevención de la Enfermedad Respiratoria Aguda (ERA) y Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), y Seguimiento a la Recuperación Nutricional. A través de estas intervenciones fue posible identificar oportunamente factores de riesgo que afectan el bienestar de la población infantil y sus familias, permitiendo brindar una respuesta inicial por parte del gestor de bienestar y, cuando fue requerido, realizar la derivación al profesional correspondiente para garantizar la continuidad del acompañamiento y la atención integral.

Con relación a los indicadores del trimestre, se alcanzó una cobertura de 132 familias abordadas, con las cuales se realizó la concertación del Plan de Cuidado Familiar y el inicio de los respectivos Planes de Bienestar. De igual manera, se efectuó el cierre de 106 familias, evidenciando el cumplimiento de los compromisos establecidos y el logro de resultados favorables derivados del proceso de acompañamiento.

Entre los principales avances alcanzados se destacan el fortalecimiento en el que se logra incentivar a las familias en el conocimiento de manejo de enfermedades de la primera infancia, evidenciado el énfasis y adopción de hábitos de alimentación saludable, el reconocimiento de la importancia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y de la alimentación complementaria a partir de esta edad, la identificación oportuna de signos de alarma en niños y niñas, el incremento en el cumplimiento de los esquemas de vacunación y la asistencia regular a los controles de infancia de cueros a resolución 3280 del 2018 Estos resultados reflejan un mayor compromiso de las familias con las prácticas de cuidado y promoción de la salud, contribuyendo a la disminución de riesgos y al fortalecimiento del bienestar infantil.

Desde la gestión territorial se implementan acciones orientadas a favorecer la continuidad de la atención dentro del plan de bienestar, estableciendo estrategias como múltiples intentos de contacto por diferentes medios, programación de visitas domiciliarias cuando es pertinente, flexibilización de horarios de atención y orientación a las familias enfatizando la importancia de mantener el proceso de acompañamiento. En los casos en que se confirma el traslado del núcleo familiar a otra localidad o municipio, o cuando persiste la imposibilidad de contacto pese a las gestiones realizadas, se documenta la novedad conforme a los lineamientos técnicos y, de ser posible, se realiza la respectiva canalización o articulación para garantizar la continuidad de la atención.

Comentado [35]: Ajustar según actualización de la tabla y relcioanr los resultados y logors

Comentado [36R35]: ajustado debajo de la tabla se mencionan inidcadores y logros y acciones de mejora segun ind trazadores

Tabla 13. infancia

Estrategias	**CASOS ASIGNADOS** todas las fuentes	**PDB CONCERTADOS EN EL PERIODO DE REPORTE**	**PDB CONCERTADOS EN LA VIGENCIA- ACUMULADO (Desde 01/1/02025 a la fecha de reporte)**	**PDB CON CIERRE EN EL MES DE REPORTE**	**PDB CON CIERRE EN LA VIGENCIA- ACUMULADO (Desde 01/1/02025 a la fecha de reporte)**	**% DE PDB CON CIERRE (Acumulado de PDB Concertado / Acumulado de PDB con cierre)**	**PDB ACTIVOS CON MÁS DE 6 SESIONES DE IMPLEMENTACIÓN**	**CASOS PENDIENTES** todas las fuentes
Estrategia Ángeles Kids	8	3	13	2	12	92,31 %	0	5
Estrategia para la prevención, manejo y control de la Infección Respiratoria Aguda (IRA) y Enfermedad Diarreica Aguda EDA: Alto riesgo	3	1	2	0	1	50,00 %	0	2

respiratorio y gastrointestinal								
Estrategia De Seguimiento a la Recuperación Nutricional.	86	14	117	7	93	79,49 %	1	72

Fuente:Fuente:Aplicativo GTAPS 2025- 2026

Comentado [37]: ajustar según base general de planes de bienestar
1 reacción en total
SistemasDeInformacion EBEH reaccionó con 👍 a la/s 2026-08-03 3:07 p.m. UTC

Comentado [38R37]: datos se sacan desde base vsp

Se mantiene una alta efectividad acumulada en la Estrategia Ángeles Kids (92,31%), evidenciando el cumplimiento de los compromisos establecidos con las familias; así mismo se evidencia el seguimiento a los niños y niñas con riesgo nutricional, favoreciendo la continuidad de los procesos de recuperación y la articulación con los servicios de salud y realizando la identificación temprana de factores de riesgo asociados a enfermedades prevalentes de la infancia, permitiendo la activación de rutas institucionales cuando es requerido y el acompañamiento familiar mediante la implementación de Planes de Bienestar orientados al cuidado integral de la primera infancia.

Como indicador trazador, la recuperación nutricional alcanzó un 35,48%, correspondiente a 143 menores de cinco años que, durante el desarrollo del Plan de Bienestar, evolucionaron desde un diagnóstico de desnutrición hacia una condición de riesgo de desnutrición o peso adecuado para la talla, de un total de 403 menores intervenidos.

Este resultado refleja el impacto de las acciones de acompañamiento familiar desarrolladas en articulación con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), considerando que los niños y niñas permanecen en seguimiento clínico y nutricional por parte de los profesionales de medicina, enfermería y nutrición de su EAPB

Desde la gestión territorial, las intervenciones se orientan a fortalecer las capacidades de cuidado de las familias mediante educación en prácticas de alimentación saludable, adherencia a la suplementación nutricional prescrita, cumplimiento de controles de crecimiento y desarrollo, asistencia a las citas de seguimiento y promoción de hábitos que favorezcan la recuperación del estado nutricional.

El porcentaje de recuperación evidencia la efectividad del trabajo articulado entre las familias, el equipo de gestión territorial y las EAPB para favorecer el avance del estado

nutricional de la población atendida. En los casos en los que al cierre del Plan de Bienestar no se alcanza la recuperación esperada, se garantiza la canalización, activación de rutas y seguimiento con la EAPB correspondiente, asegurando la continuidad del proceso de atención y disminuyendo el riesgo de progresión de la desnutrición.

Como oportunidad de mejora, se recomienda continuar fortaleciendo la adherencia de las familias a las recomendaciones nutricionales y a los controles establecidos en la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS), promover el acceso oportuno a los suplementos nutricionales cuando sean formulados, verificar permanentemente el esquema de vacunación acorde con la edad y mantener el seguimiento intersectorial de los casos con mayor vulnerabilidad, con el propósito de incrementar el porcentaje de recuperación nutricional y garantizar el desarrollo integral de los niños y niñas menores de cinco años.

Total de niños menores de 5 años que han recibido todas las vacunas definidas para su edad durante el período de evaluación / Total de niños menores de 5 años en el territorio asignado a los equipos: 1571 niños menores de 5 años con esquemas de vacunación al día / 1710 menores intervenidos por los equipos de más bienestar en tu hogar: se evidencia un porcentaje del 91.8% de los menores intervenidos con el esquema de vacunación completo, los cuidadores de los menores que no cuentan con el esquema completos fueron sensibilizados frente a la importancia de mantener el esquema de vacunación acorde a la edad, de igual forma los casos que se identificadores con el esquema incompleto fueron remitidos a los vacunadores del equipo y se evidencia un aumento en las coberturas con relación al periodo anterior.

4.4.3 Condiciones crónicas

Para el indicador Total de personas con patología crónica no adherentes e inasistentes 871 / Total de personas encontradas con patología crónica adherentes y asistentes a las actividades de la ruta cardio-cerebrovascular y metabólica 10497. Durante el trimestre abril–junio de 2026, el indicador presentó un valor de 8,2 %, lo que evidencia que, si bien la mayoría de las personas con patología crónica se encuentran adherentes a la ruta de atención, persiste un grupo relevante de usuarios con inasistencia y no adherencia, lo cual representa un riesgo para el control de las enfermedades crónicas y la prevención de eventos cardio-cerebro vasculares y metabólicos. Durante la intervención inicial realizada por los equipos con aquellos usuarios que se identifican sin control se realiza la respectiva gestión del agendamiento de cita con el fin de garantizar que los crónicos no adherentes accedan a los servicios de salud y den continuidad a sus controles y adherencia a los tratamientos.

Comentado [39]: revisar datos
1 reacción en total
SistemasDeInformacion EBEH reaccionó con 👍 a la/s 2026-08-03 3:30 p.m. UTC

Comentado [40R39]: el dato fue tomado sobre el plano de alertas

Durante el periodo de reporte de condiciones crónicas registra un total de 1.230 casos asignados provenientes de las fuentes de sistemas de Información, de estos 49 Planes de bienestar fueron concertados en el periodo, alcanzando un acumulado de 823 Planes de bienestar (PDB) concertados en la vigencia abril – junio 2026.

En relación con el cierre de los PDB, se evidencia que 4 PDB fueron cerrados, para un acumulado de 708 PDB con cierre en la vigencia. Este comportamiento refleja una gestión activa en el avance de los planes, superando el número de PDB concertados en el

periodo.

El porcentaje acumulado de PDB con cierre es del 86,03 %, lo cual indica un desempeño superior a lo proyectado, dado que el número de cierres acumulados excede los PDB concertados, evidenciando recuperación de planes de periodos anteriores ya que algunos casos venían abiertos del convenio anterior.

Adicionalmente, se identifican 8 PDB activos con más de 6 sesiones de implementación, lo que sugiere casos que requieren seguimiento especial para garantizar su cierre oportuno.

Finalmente, permanecen 1.181 casos pendientes, los cuales representan un reto importante para la gestión futura y demandan estrategias de priorización e intervención ya que el lineamiento indica que la atención al usuario con condiciones crónicas por parte de más bienestar debe ser mayor un año de haber sido atendido.

La gestión de los PDB presenta un desempeño positivo, reflejado en el alto porcentaje de cierres acumulados durante la vigencia.
El 86.03 % de cumplimiento en cierres evidencia eficiencia operativa y recuperación de periodos anteriores.
A pesar de los avances, el número de casos pendientes (1.181) indica la necesidad de fortalecer las estrategias de concertación y cierre.
Los PDB activos con más de 6 sesiones de implementación requieren seguimiento focalizado para evitar prolongaciones innecesarias

Estrategias	CASOS ASIGNADOS todas las fuentes	PDB CONCERTADOS EN EL PERIODO DE REPORTE	PDB CONCERTADOS EN LA VIGENCIA - ACUMULADO (Desde 01/1/02025 a la fecha de reporte)	PDB CON CIERRE EN EL MES DE REPORTE	PDB CON CIERRE EN LA VIGENCIA- ACUMULADO (Desde 01/1/02025 a la fecha de reporte)	% DE PDB CON CIERRE (Acumulado de PDB Concertado / Acumulado de PDB con cierre)	PDB ACTIVOS CON MÁS DE 6 SESIONES DE IMPLEMENTACIÓN	CASOS PENDIENTES todas las fuentes
Crónicos	1230	49	823	4	708	86,03 %	8	1181

4.4.4 Salud mental

Durante el periodo abril - junio de 2026, en el marco de la Estrategia Más Bienestar en tu Hogar y específicamente dentro de los Planes de Bienestar Familiar en salud mental, el equipo de profesionales ejecutó acciones alineadas con las estrategias definidas en el lineamiento técnico del Plan de Bienestar. Estas intervenciones se orientaron a promover el bienestar psicoemocional de las familias atendidas. Los planes de bienestar fueron concertados de manera conjunta, a partir de la identificación de necesidades y riesgos, con el propósito de fortalecer las capacidades familiares para el cuidado de la salud mental y la adecuada gestión de los factores de riesgo detectados.

Teniendo en cuenta la perspectiva de gestión del riesgo psicosocial, se presenta en este informe trimestral, de acuerdo con la siguiente tabla y los indicadores requeridos:

Tabla 14. Salud mental

Estrategias	CASOS ASIGNADOS todas las fuentes	PDB CONCERTADOS EN EL PERIODO DE REPORTE	PDB CONCERTADOS EN LA VIGENCIA-ACUMULADO (Desde 01/1/02026 a la fecha de reporte)	PDB CON CIERRE EN EL MES DE REPORTE	PDB CON CIERRE EN LA VIGENCIA-ACUMULADO (Desde 01/10/02026 a la fecha de reporte)	% DE PDB CON CIERRE (Acumulado de PDB Concertado / Acumulado de PDB con cierre)	PDB ACTIVOS CON MÁS DE 6 SESIONES DE IMPLEMENTACIÓN
Estrategia Confróntese 7	454	124	360	108	366	102%	89
Estrategia Fortalecimiento de las Pautas de Crianza	211	102	289	87	280	97%	48
Estrategia Apoyo psicológico en casos de duelo	199	42	162	0	142	88%	18
Estrategia de acompañamiento integral en salud para las mujeres.	0	11	110	0	63	57%	4

Comentado [41]: Se agradece el reporte de la información remitida, la cual cumple con los criterios técnicos establecidos. No obstante, se identifican las siguientes oportunidades de mejora:
1. Se sugiere reubicar la Tabla 14. Salud Mental, de manera que su ubicación guarde coherencia con el análisis presentado en el documento y facilite la comprensión de la información. Asi mismo, totalizar esta paa faciliar la lectura de la misma.
2. Se solicita revisar el análisis estadístico y el despliegue de la información, toda vez que los datos descritos en el texto no guardan correspondencia con los valores reportados en la tabla, generando inconsistencias en la interpretación de los resultados.

Comentado [42R41]: 1 ajustado- 2 ajustado

Comentado [DP43R41]: Ajustado

Estrategia Adolescentes con MÁS Bienestar.	0	1	1	0	0	0%	0
Estrategia de Acompañamiento psicosocial	2.841	1.328	3.861	1.185	2.782	72%	225
Estrategia de Habilidades para la vida en adolescentes y jóvenes.	6	0	3	2	2	67%	0
Total	**3.711**	**1.608**	**4.786**	**1.382**	**3.635**	**76%**	**384**

Fuente: Aplicativo GTAPS

N.º de familias con cierre de proceso en salud mental / N.º de familias intervenidas por los planes de bienestar en Salud Mental × 100”,

Para el periodo en mención se puede evidenciar que se cerraron un total de 1382 procesos de salud mental de todas las estrategias frente a un total de 1608 intervenida por planes de bienestar en salud mental, lo que indica que el 85.95% de las familias intervenidas cuentan con cierre efectivo del proceso y las demás familias aún se encuentran en el proceso de atención.

En cuanto a las familias intervenidas se puede indicar que, desde la estrategia Confróntate 7, se concertaron 124 planes de Bienestar Familiar, en el periodo abril a junio del 2026; de las cuales 34 PBF en el mes de abril del 2026, correspondientes a las siguientes localidades: 12 en la localidad de Bosa, 16 en la localidad de Kennedy, 1 en Fontibón, 6 en Puente Aranda, para el mes de mayo 44 PBF; de los cuales distribuidos en las localidades de la subred así: 19 en la localidad de Bosa, 19 en la localidad de Kennedy, 0 en Fontibón, 6 en Puente Aranda y para el mes de junio se realizaron 46 PBF; distribuidos en las localidades de la subred así: 21 en la localidad de Bosa, 13 en la localidad de Kennedy, 6 en Fontibón, 6 en Puente Aranda. Se cerraron para el periodo 33 caos 5 para el mes de mayo (3 en Bosa y y 2 en Kennedy) y 28 en el mes de junio (10 en Bosa, 12 en Kennedy y 6 en Puente Aranda): Con el abordaje de estos Planes de Bienestar Familiar se pudo avanzar en cuanto a los casos notificados por el sistema de Vigilancia epidemiológica en salud mental; contribuyendo a la mitigación del riesgo frente de los eventos en conducta suicida y violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual reportados.

En la primera intervención de los Planes de Bienestar Familiar, el equipo de salud mental identificó tanto factores protectores como de riesgo, además de reconocer eventos estresores y los recursos personales y familiares disponibles para enfrentarlos. Se brindó

orientación sobre la importancia de recibir acompañamiento especializado en salud mental y se socializaron las líneas de atención psicosocial disponibles a nivel distrital.

Las acciones implementadas incluyeron actividades para fortalecer las estrategias de afrontamiento, promover la creación de vínculos, favorecer el manejo adecuado de emociones, impulsar procesos de reevaluación positiva y validar los esfuerzos realizados por las familias. También se reforzaron nuevas estrategias que contribuyen a mejorar la calidad de vida personal y familiar. Resultó especialmente valioso generar espacios que facilitaron la expresión de emociones, la gestión de la ansiedad y las preocupaciones, así como procesos de psicoeducación orientados a la prevención del riesgo suicida y a resaltar la importancia de la adherencia al tratamiento psicoterapéutico y farmacológico.

En cuanto a los cierres de proceso, se evidenció que se realizaron de manera oportuna, logrando una reducción del riesgo psicosocial. Esto permitió fortalecer factores protectores y generar nuevos compromisos frente al manejo de reacciones como el miedo, la culpa y la impotencia. Asimismo, se consolidó el apoyo social, lo que produjo refuerzos positivos en la paciente y su familia, mayor conciencia sobre la importancia de seguir normas, incremento en la participación y cohesión familiar, reducción significativa del tiempo dedicado al uso de pantallas, implementación de hábitos de higiene del sueño, disminución de síntomas de ansiedad, reconocimiento de factores detonantes y aplicación autónoma de técnicas de regulación emocional y respiración como principales herramientas de autorregulación.

Desde la Estrategia Fortalecimiento de las Pautas de Crianza se concertaron 102 planes de Bienestar Familiar, en el periodo abril a junio del 2026; de las cuales 41 PBF en el mes de abril del 2026, correspondientes a las siguientes localidades: 12 en la localidad de Bosa, 17 en la localidad de Kennedy, 8 en Fontibón, 4 en Puente Aranda, para el mes de mayo 30 PBF; de los cuales distribuidos en las localidades de la subred así: 10 en la localidad de Bosa, 10 en la localidad de Kennedy, 3 en Fontibón, 7 en Puente Aranda y para el mes de junio se realizaron 31 PBF; distribuidos en las localidades de la subred así: 5 en la localidad de Bosa, 14 en la localidad de Kennedy, 8 en Fontibón, 4 en Puente Aranda. Se cerraron para el periodo 45 casos: 13 para el mes de abril (4 en Bosa, 6 en Kennedy, 2 Fontibón y 1 Puente Aranda), en mayo se cerraron 15 (6 en Bosa, 5 en Kennedy, 1 Fontibón y 3 Puente Aranda) y en junio se cerraron 17 casos (3 en Bosa, 8 en Kennedy, 4 Fontibón y 2 Puente Aranda): El acompañamiento a las familias que tuvieron la intervención de esta estrategia permitió generar en el abordaje alternativas de solución frente a las situaciones conflictivas presentadas en cuento a la crianza y cognotarlas de una manera positiva permitiendo generar desde sus propias herramientas familiares y personales estrategias para mitigar ese riesgo presentado en su dinámica familiar actual.

A lo largo de las sesiones, y tras la identificación inicial de factores de riesgo y protección, dinámicas familiares y estrategias de afrontamiento, el equipo desarrolló acciones orientadas al manejo de emociones y sentimientos, la creación de vínculos, la promoción de una comunicación asertiva y la educación en habilidades sociales y emocionales.

También se trabajó en el establecimiento de normas y límites, el manejo de conductas y la gestión de la tensión y el estrés.

Estas intervenciones se llevaron a cabo mediante espacios de diálogo reflexivo en el ámbito familiar, junto con actividades prácticas y tareas para el hogar. Todo ello buscó fomentar una crianza positiva, afectiva y respetuosa, con normas y límites claros, fortaleciendo el vínculo afectivo y promoviendo un mejor manejo de las emociones y los comportamientos.

En cuanto a violencia a gestantes en el periodo se encuentran activos dos casos, ante el cual se están abordando acciones de fortalecimiento de herramientas de afrontamiento enfocado en confrontación, manejo de emociones, establecimientos de normas, límites, aceptación, reevaluación positiva.

En cuanto a la estrategia Apoyo psicológico en casos de duelo, se concertaron 42 Planes de Bienestar Familiar, en el periodo abril a junio del 2026. De los cuales:

En el mes de abril del 2026, se concertaron 23 planes de bienestar familiar, de los cuales, 17 se concertaron con las familias en la localidad de Bosa, 5 en la localidad de Kennedy y 1 en la localidad de Fontibón.

Para el mes de mayo se concertaron 5 planes de bienestar familiar, de los cuales, 3 se concertaron con las familias en la localidad de Bosa, y 1 en la localidad de Kennedy y 1 en la localidad de Puente Aranda.

En el mes de junio del 2026, se concertaron 14 planes de bienestar familiar, de los cuales, 12 se concertaron en la localidad de Bosa, y 2 en la localidad de Kennedy.

En la primera sesión de caracterización o acercamiento, el equipo de profesionales especializados identificó factores de riesgo y protección, dinámicas familiares, roles, eventos estresores y detonantes. A partir de este diagnóstico, se diseñó un abordaje específico para cada caso, desarrollando acciones y actividades orientadas a crear espacios de expresión emocional frente al dolor por la pérdida, brindar psicoeducación sobre el manejo del duelo, trabajar en la gestión de emociones y sentimientos asociados, fortalecer el vínculo con la persona fallecida y orientar en el reconocimiento y aprovechamiento de las redes de apoyo social.

De igual manera, en los espacios reflexivos y prácticos se promovió el fortalecimiento de herramientas de afrontamiento y el procesamiento del duelo, lo que contribuyó a disminuir el malestar emocional y favorecer una adaptación más saludable ante la pérdida.

Estrategia de acompañamiento integral en salud para las mujeres, Estrategia 107, se concertaron 11 planes de Bienestar Familiar:

En abril se concertaron 11 planes de bienestar familiar, de los cuales, 11 se concertaron con las familias en la localidad de Bosa.

En el desarrollo de las intervenciones se promovió el fortalecimiento de competencias psicosociales en espacios informativo y psicoeducativos, orientados a consolidar habilidades de escucha activa, facilitar la expresión emocional, favorecer la toma de decisiones y optimizar el manejo de emociones y sentimientos. Asimismo, se trabajó en el distanciamiento cognitivo, la instauración de normas y límites claros y el desarrollo del autocontrol.

De manera complementaria, se implementaron escenarios para potenciar estrategias de regulación emocional, promover la expresión adaptativa de sentimientos, consolidar redes de apoyo y esquemas de autoconocimiento, así como para el abordaje y resolución de problemas y conflictos, contribuyendo a la reducción de factores de riesgo psicosocial y al fortalecimiento de recursos protectores individuales y familiares.

Estrategia de Acompañamiento psicosocial se concertaron 1328 planes de Bienestar Familiar, en el periodo abril a junio del 2026; de las cuales 379 PBF en el mes de abril del 2026, correspondientes a las siguientes localidades: 176 en la localidad de Bosa, 162 en la localidad de Kennedy, 16 en Fontibón, 25 en Puente Aranda, para el mes de mayo 450 PBF; de los cuales distribuidos en las localidades de la subred así: 228 en la localidad de Bosa, 163 en la localidad de Kennedy, 21 en Fontibón, 38 en Puente Aranda y para el mes de junio se realizaron 499 PBF; distribuidos en las localidades de la subred así: 262 en la localidad de Bosa, 172 en la localidad de Kennedy, 19 en Fontibón, 46 en Puente Aranda. Se cerraron para el periodo 321 casos: 5 para el mes de abril (3 en Bosa, 2 en Kennedy), en mayo se cerraron 57 (27 en Bosa, 27 en Kennedy, 0 Fontibón y 3 Puente Aranda) y 259 en el mes de junio (134 en Bosa, 96 en Kennedy, 3 Fontibón y 26 en Puente Aranda), las familias que fueron intervenidas por esta estrategia se beneficiaron en poder encontrar acompañadas del profesional de fortalecimiento de factores protectores en beneficio personal y familiar.

Los profesionales realizaron una caracterización inicial en la que identificaron factores de riesgo y protección, dinámicas familiares, roles, eventos detonantes y estresores que inciden en la salud psicoemocional y contribuyen a mantener los riesgos. Los tamizajes aplicados permitieron precisar necesidades de atención relacionadas con el fortalecimiento de habilidades para la vida. En respuesta, las acciones se enfocaron en el desarrollo de competencias como la comunicación asertiva, el manejo adecuado de emociones y sentimientos, la gestión de la tensión y el estrés, la empatía, el autoconocimiento, la resolución de problemas y conflictos, así como la mejora de las relaciones interpersonales. Durante este proceso, se promovió la sensibilización sobre la importancia de la corresponsabilidad familiar, el acompañamiento emocional y el fortalecimiento de las redes de apoyo, elementos fundamentales para la reducción del riesgo psicosocial y la promoción del bienestar integral.

Nº de familias con mejoramiento en habilidades de afrontamiento / Nº de familias intervenidas por los planes de bienestar en Salud Mental:

Se evidencia que el 53,25% de familias intervenidas por los planes de bienestar en salud mental durante el periodo y acumulado, evidenciaron un mejoramiento en las habilidades de afrontamiento. Los resultados obtenidos evidencian la efectividad de las intervenciones psicosociales desarrolladas por el equipo de salud mental, así como un adecuado nivel de adherencia y disposición al cambio por parte de las familias participantes. Esto ha favorecido la incorporación de estrategias de afrontamiento funcionales, acordes a las necesidades y dinámicas de la vida cotidiana. Es importante aclarar que hay planes que aún se encuentran en proceso de intervención por parte de los profesionales por tanto el porcentaje arrojado da cuenta de aquellos casos que se han cerrado, en su mayoría los cierres fueron realizados en el mes de junio.

En el componente emocional, las familias logran aprender y fortalecer nuevas estrategias y habilidades de regulación emocional, así como el fortalecimiento de sus propias estrategias de afrontamiento, reflejadas en una mejor identificación, expresión y canalización de las emociones. De igual manera, se reportan avances en los procesos de autoestima, junto con una mayor capacidad para la gestión de la tensión y el estrés frente a situaciones de demanda psicosocial.

En relación con las dinámicas familiares, se identifican avances significativos en el fortalecimiento de la comunicación intrafamiliar, evidenciados en la apropiación y aplicación de técnicas de comunicación asertiva. Asimismo, se observa progreso en el establecimiento, comprensión e internalización de límites y normas dentro del sistema familiar y en sus interacciones interpersonales.

Asimismo, el equipo abrió espacios de socialización orientado al fortalecimiento de capacidades en las familias respecto a las rutas de atención psicosocial a nivel distrital y línea de emergencia. Esta acción contribuye al reconocimiento y activación de recursos de afrontamiento a nivel individual y familiar, así como a la identificación y uso de redes de apoyo formales e informales presentes en el territorio. En este sentido, se favorece la articulación con la oferta institucional y comunitaria disponible, promoviendo el acceso oportuno a servicios de orientación, atención y acompañamiento ante la presencia de situaciones de alta complejidad.

Finalmente, se destaca el reconocimiento y la activación de redes de apoyo social como factores protectores, los cuales contribuyen al fortalecimiento de los recursos individuales y familiares, favoreciendo la sostenibilidad de las estrategias de afrontamiento y promoviendo el bienestar psicosocial.

A pesar de la difusión del Modelo Más Bienestar, y la de Estrategia Más Bienestar en tu Hogar, a través de los diferentes medios de comunicación, se requiere, como acción de mejora, una mayor difusión y su mantenimiento dado los traslados de las personas entre

localidades, así como la persistencia de la desconfianza y los imaginarios de algunas familias, referente a que la estrategia sólo es aplicable para las personas vulnerables y como tienen EPS, o medicina complementaria, no requieren recibir el servicio. Dado lo anterior, se mantiene como acción de mejora la divulgación de los vídeos institucionales sobre el Modelo y la Estrategia Más Bienestar en tu Hogar.

Se identifica como una barrera persistente la inexactitud en las direcciones y números de contacto de las personas derivadas a través del ruteo. Esta situación afecta de manera directa la calidad de la información de base, generando un aumento de los fallidos en la contactabilidad y visitas en campo. Como consecuencia, no es posible garantizar el abordaje del 100% de las familias derivadas, lo que incide negativamente en la cobertura esperada del programa. Asimismo, esta problemática dificulta el cumplimiento de metas operativas por parte de los profesionales responsables. Adicionalmente, se evidencia una inversión de tiempo y recursos en actividades de localización de los usuarios (búsqueda en campo, verificación de direcciones y contactos), la cual estas acciones actualmente no se encuentran reconocidas dentro de operatividad. Esta situación repercute en la eficiencia del proceso y genera desmotivación y frustración en el talento humano.

1.4.5 Población con discapacidad y limitación funcional

Comentado [44]: Agregar un párrafo introductorio que de cuenta de lo que se va a encontrar

Comentado [45R44]: Resuelto

Como parte de la implementación del Modelo de Salud Más Bienestar, la Estrategia Más Bienestar en tu Hogar orienta sus acciones hacia el fortalecimiento de las capacidades individuales, familiares y comunitarias para favorecer el bienestar y la permanencia de las personas en su entorno. En la población con discapacidad y limitación funcional, estas acciones se desarrollan mediante la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC), la cual incorpora un enfoque diferencial basado en la gestión del riesgo, reconociendo tanto las necesidades de la persona con discapacidad como las condiciones de la persona cuidadora. El proceso Rehabilitación basada en comunidad para población con discapacidad se lleva a cabo mediante la asesoría en hogar a la persona con discapacidad, su familia y la persona cuidadora. Contiene acciones centradas en la familia, con el objetivo de favorecer sus capacidades y empoderamiento para mayor percepción de bienestar, autonomía y dominio del entorno, incluye promover los factores protectores en el marco de sus derechos. En este apartado se presentan los resultados de las intervenciones realizadas en las localidades bajo la cobertura de la Subred Suroccidente en el periodo abril a junio del 2026,

diferenciando los abordajes según la condición de sobrecarga del cuidador, la participación del equipo interdisciplinario, los logros alcanzados durante el acompañamiento y las principales oportunidades de mejora para fortalecer la continuidad e integralidad de la atención.

Tabla 15. **Abordaje familias con población con discapacidad - Condición del cuidador sin sobrecarga**

CONDICIÓN DEL CUIDADOR: SIN SOBRECARGA		**Familias**	**Terapeuta**		**Agente de cambio**	
Localidad	**Población**	**Total, de familias acompañadas en la actividad de la RBC**	**Sesiones Presencial**	**Seguimiento (Telefónico)**	**Sesión Presencial**	**Seguimiento**
7(Bosa)	Discapacidad	51	80	10	6	5
	Limitación Funcional	335	427	135	19	33
8 (Kennedy)	Discapacidad	44	67	8	7	7
	Limitación Funcional	331	441	166	34	42
9 Fontibón	Discapacidad	4	6	2	0	0
	Limitación Funcional	36	31	16	34	42

Fuente: planos aplicativo GTAPS “sesiones RBC”, abril- junio 2026

Tabla 16. Abordaje familias con población con discapacidad - Condición del cuidador: con sobrecarga

Tabla 17.

CONDICIÓN DEL CUIDADOR: CON SOBRECARGA		**Familias**	**Terapeuta**		**Agente de cambio**		**Auxiliar de Cuidado**	**Psicólogo**	
Localidad	**Población**	**Total, de familias acompañadas en la actividad de la RBC**	**Sesiones Presencial**	**Seguimiento (Telefónico)**	**Sesión Presencial**	**Seguimiento**	**Sesión Presencial**	**Sesión Presencial**	**Seguimiento**
7 - BOSA	Discapacidad	51	80	10	6	5	3	23	0
	Limitación Funcional	335	427	135	19	0	177	23	0
8 - KENNEDY	Discapacidad	44	67	8	7	7	0	17	0
	Limitación Funcional	331	441	166	34	42	181	17	0
9 - FONTIBÓN	Discapacidad	4	6	2	0	0	4	4	0
	Limitación Funcional	36	31	16	0	0	23	4	0
16 - PUENTE ARANDA	Discapacidad	8	10	0	0	0	0	6	0
	Limitación Funcional	53	45	13	0	0	37	6	0

Fuente: planos aplicativos GTAPS “sesiones RBC”, abril- junio 2026

Durante el periodo ejecutado abril a junio de 2026, en el marco del Modelo de Salud Más Bienestar y la Estrategia Más Bienestar en tu Hogar, la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) desarrolló acciones de acompañamiento integral dirigidas a familias con personas en condición de discapacidad o limitación funcional en las localidades de Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda. De conformidad con la Guía Operativa de la Estrategia, las intervenciones se desarrollaron bajo el enfoque de gestión integral del riesgo, priorizando la identificación de necesidades, capacidades y factores protectores presentes en la persona, la familia y el entorno, con el propósito de fortalecer la autonomía, la funcionalidad, la inclusión social y la permanencia de las personas en su entorno familiar y comunitario.

Comentado [46]: Revisar este apartado y ampliar el detalle en el marco de la Guía operativa

Comentado [47R46]: Resuelto

En este contexto, el acompañamiento interdisciplinario se orientó a fortalecer las capacidades familiares para el cuidado, promover el autocuidado de la persona cuidadora, favorecer la adherencia a los procesos de atención en salud y rehabilitación, identificar oportunamente riesgos asociados a la discapacidad y a la limitación funcional, así como gestionar la articulación con la oferta institucional, intersectorial y comunitaria disponible en el territorio. Conforme a los lineamientos de la Guía Operativa, el abordaje incorporó la valoración de la condición de sobrecarga de la persona cuidadora mediante la aplicación del tamizaje de Zarit, permitiendo diferenciar la intensidad y el tipo de intervenciones requeridas, priorizando aquellas familias con mayor vulnerabilidad y riesgo de deterioro del bienestar físico, emocional y social del cuidador.

Los resultados presentados en este apartado permiten evidenciar la implementación del proceso operativo de la estrategia mediante el desarrollo de acciones de identificación, intervención, seguimiento, educación para la salud, fortalecimiento de capacidades familiares, gestión de redes de apoyo y articulación con rutas sectoriales e intersectoriales. Asimismo, se describe la distribución territorial de los abordajes, la participación de los diferentes perfiles profesionales, los resultados obtenidos de acuerdo con la condición de sobrecarga de la persona cuidadora y las oportunidades de fortalecimiento identificadas para consolidar la atención integral centrada en la persona, la familia y la comunidad.

De acuerdo con la información registrada, la mayor demanda de acompañamiento correspondió a familias con personas que presentan limitación funcional, tanto en hogares con personas cuidadoras sin sobrecarga como en aquellos con sobrecarga. Este comportamiento evidencia la importancia de mantener intervenciones continuas en el territorio que, además de responder a las necesidades funcionales de la persona con discapacidad, fortalezcan las competencias familiares para el cuidado, promuevan la corresponsabilidad en el proceso de atención, favorezcan el desarrollo de la autonomía e independencia, impulsen la participación social y faciliten la articulación efectiva con los servicios de salud, protección social y demás recursos comunitarios disponibles, tal como lo establece la Guía Operativa de la Estrategia Más Bienestar en tu Hogar.

Desde el enfoque de gestión integral del riesgo, las intervenciones no se limitaron a responder a las necesidades identificadas durante el acompañamiento, sino que buscaron

anticipar situaciones que pudieran afectar la funcionalidad, la calidad de vida y la permanencia de las personas en su entorno familiar. En este sentido, el equipo interdisciplinario implementó acciones de promoción de la salud, prevención del deterioro funcional, fortalecimiento de factores protectores, identificación temprana de riesgos biopsicosociales y gestión de respuestas articuladas con la red institucional, favoreciendo la continuidad del cuidado y la disminución de las brechas de acceso a los servicios En las familias con personas cuidadoras sin sobrecarga, Bosa concentró el 48,2 % de los abordajes y Kennedy el 46,8 %, mientras que Fontibón representó el 5,0 %. Esta distribución evidencia que las acciones de Más Bienestar en tu Hogar han fortalecido el componente preventivo del cuidado, promoviendo el desarrollo de capacidades familiares, el autocuidado de la persona cuidadora y la prevención de factores que puedan incrementar la carga derivada del cuidado permanente. En este grupo, las intervenciones se orientaron principalmente al fortalecimiento de la autonomía de la persona con discapacidad o limitación funcional, la educación en prácticas de cuidado y la articulación con la oferta institucional y comunitaria, en coherencia con los principios de la RBC. En el grupo de personas cuidadoras con sobrecarga, Bosa concentró el 44,8 % de los abordajes, Kennedy el 43,5 %, Puente Aranda el 7,1 % y Fontibón el 4,6 %. Lo anterior evidencia que las acciones de Estrategia RBC ha dado cobertura en las 4 localidades para atender familias y aporta a la calidad de vida personal y familiar al incorporar intervenciones dirigidas al bienestar físico y emocional de la persona cuidadora, mediante el trabajo articulado entre terapeuta, agente de cambio, auxiliar de cuidado y psicología.

En términos territoriales, el desarrollo de ambas estrategias evidencia un fortalecimiento del modelo de atención familiar y comunitaria, al promover intervenciones interdisciplinarias que no solo responden a las necesidades funcionales de la persona con discapacidad o limitación funcional, sino que también reconocen a la persona cuidadora como un sujeto prioritario de intervención. Este enfoque contribuye a mejorar la calidad del cuidado, fortalecer la autonomía familiar y favorecer la permanencia de las personas en su entorno con mejores condiciones de bienestar y participación social.

En cuanto a la participación de los perfiles que integran la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad –RBC, se puede evidenciar que los terapeutas desarrollaron actividades de valoración, orientación y seguimiento dirigidas a la persona con discapacidad y a su núcleo familiar. La combinación de sesiones presenciales y seguimientos telefónicos permitió garantizar la continuidad del proceso, realizar monitoreo de la evolución funcional y ajustar oportunamente las recomendaciones de acuerdo con las necesidades identificadas durante el acompañamiento. En lo que respecta a los agentes de cambio, durante el periodo lograron fortalecer la articulación con la oferta institucional disponible en cada territorio, lo que favoreció el acercamiento entre las familias y los servicios sociales y de salud, contribuyendo a disminuir barreras relacionadas con el acceso a la atención y fortaleciendo las redes de apoyo comunitarias.

En las familias clasificadas con cuidador con sobrecarga, a través de la estrategia Más Bienestar para la persona cuidadora, las auxiliares de cuidado y profesionales en

psicología, lograron responder de manera más integral a las necesidades identificadas, a través de actividades básicas del cuidado, apoyo y educación favoreciendo condiciones más seguras para la atención de la persona con discapacidad y su cuidador; las acciones desarrolladas por el equipo interdisciplinario logró una mayor adherencia a los controles médicos, tratamientos y procesos terapéuticos, acompañada de una mejor comprensión de las rutas de acceso al sistema de salud y de los mecanismos para eliminar barreras administrativas mediante PQRS y gestión institucional. Esto favoreció la continuidad de la atención y el acceso oportuno a servicios especializados. También aportó a la disminución significativa de la sobrecarga de las personas cuidadoras. La participación de los profesionales en psicología en el desarrollo de la estrategia, aportaron en la generación de espacios de reconocimiento de factores detonantes de estrés, el fortalecimiento de estrategias de afrontamiento y el desarrollo de habilidades para el autocuidado, fortalecimiento de redes. Estas intervenciones contribuyeron al bienestar emocional de la persona cuidadora promoviendo la permanencia del cuidado en el entorno familiar y por ende a la calidad de vida del grupo familiar.

Adicional, los resultados del tamizaje Zarit soportan lo mencionado arriba, al evidenciar cambios favorables en la condición de sobrecarga de las personas cuidadoras entre el primer y el segundo momento de valoración, reflejando el impacto del acompañamiento interdisciplinario desarrollado en el marco de la Estrategia Más Bienestar en tu Hogar y de la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC).

En el primer momento de aplicación, se identificó un predominio de personas cuidadoras con sobrecarga intensa, seguida por un menor número de cuidadores con sobrecarga leve. Estos resultados evidenciaron la alta demanda física, emocional y social asociada al cuidado permanente de personas con discapacidad o limitación funcional, situación que constituyó un criterio de priorización para el desarrollo de intervenciones interdisciplinarias orientadas a disminuir el riesgo de deterioro del bienestar de las personas cuidadoras y fortalecer las capacidades familiares para el cuidado.

Los resultados del segundo momento del tamizaje zarit, evidenció una reducción significativa de los casos de sobrecarga intensa, acompañada de un incremento importante del número de personas cuidadoras clasificadas sin sobrecarga. Asimismo, una proporción de los cuidadores que inicialmente presentaban sobrecarga intensa evolucionó hacia la categoría de sobrecarga leve, lo que evidencia una disminución gradual de la carga del cuidado como resultado del proceso de acompañamiento. Aunque persisten algunos casos con niveles de sobrecarga, estos corresponden a una proporción considerablemente menor frente a la situación inicial.

En conclusión, las intervenciones desarrolladas por el equipo interdisciplinario contribuyeron al fortalecimiento de las competencias para el cuidado, la promoción del autocuidado de la persona cuidadora, el desarrollo de estrategias de afrontamiento, el fortalecimiento de las redes de apoyo familiares e institucionales y la orientación para el acceso oportuno a los servicios de salud y protección social. De igual manera, el

acompañamiento favoreció la organización del cuidado dentro del hogar, la adherencia a los procesos terapéuticos y la apropiación de prácticas que disminuyen la carga física y emocional derivada del cuidado permanente. Así mismo, la comparación entre ambos momentos confirma que el acompañamiento interdisciplinario favorece la disminución de la sobrecarga del cuidador y fortalece las capacidades familiares para mantener el cuidado de las personas con discapacidad o limitación funcional en el entorno familiar, contribuyendo a mejorar su calidad de vida y bienestar.

No obstante, la permanencia de algunos casos con sobrecarga leve al cierre del proceso evidencia la necesidad de mantener estrategias de seguimiento para las familias con mayor vulnerabilidad a través de sus EAPB, el fortalecimiento de la articulación intersectorial y consolidar redes de apoyo comunitarias que permitan sostener los logros alcanzados y prevenir la reaparición de factores de riesgo asociados al cuidado de larga duración.

Las observaciones de cierre muestran que las familias finalizaron el acompañamiento con mayores capacidades para gestionar su salud y su proceso de cuidado, evidenciando avances en el acceso a servicios, fortalecimiento del autocuidado, conocimiento de derechos, adherencia a los tratamientos y participación comunitaria. No obstante, también se identifican casos que requirieron articulación intersectorial para garantizar la sustentabilidad de los avances logrados, debido a la persistencia de condiciones de alta dependencia, sobrecarga del cuidador, complejidad clínica o vulnerabilidad social.

A partir del análisis de las observaciones registradas por el equipo interdisciplinario, se identificaron oportunidades para fortalecer la gestión territorial, optimizar el acompañamiento interdisciplinario:

Continuar fortaleciendo la articulación con los sectores de salud, integración social, educación, organizaciones comunitarias y redes territoriales, favoreciendo la continuidad de las rutas de atención y el acceso oportuno a servicios especializados, apoyos técnicos, beneficios sociales y programas comunitarios que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las familias.

Generación de proceso de reclutamiento para el perfil agente de cambio dada la insuficiencia de este talento humano para así aumentar la cobertura de acompañamiento.

Se sugiere extender el seguimiento de aquellas familias en las que persisten condiciones de dependencia funcional, redes de apoyo limitadas o personas cuidadoras que mantienen sobrecarga intensa al cierre del proceso. Esto, aunado a los procesos de articulación intersectorial, permitirá realizar intervenciones oportunas y prevenir el deterioro de las condiciones de salud y bienestar familiar.

4.4.6 Personas con Soledad Social

El modelo de atención integral de la estrategia MÁS Bienestar contempla, dentro de sus ejes prioritarios en el entorno hogar, la gestión del riesgo social mediante la identificación e intervención oportuna de fenómenos que inciden directamente en las condiciones de salud y calidad de vida de la población de los territorios. Entre estos factores, la soledad social y el aislamiento no deseado en personas mayores se configuran como problemáticas multifactoriales que incrementan la vulnerabilidad y deterioran el bienestar emocional y físico, impactando de forma negativa el autoconcepto y limitando el ejercicio pleno de la autonomía.

A través del componente de abordaje de Soledad Social, liderado operativamente por los perfiles de trabajo social y Auxiliares de Cuidado bajo la línea “MÁS Compañía, MÁS Bienestar”, se implementan acciones técnico-promocionales orientadas a mitigar este riesgo. Estas intervenciones extramurales y de entorno se centran en el fortalecimiento de redes de apoyo primarias y secundarias, la promoción de la actividad física, el estímulo cognitivo y la vinculación activa a la oferta social y sanitaria intersectorial disponible en el Distrito.

El presente informe técnico tiene como objetivo presentar el balance cuantitativo y cualitativo de las acciones desarrolladas durante el periodo comprendido entre abril y junio de 2026, haciendo especial énfasis en el comportamiento del indicador de cobertura y en los avances operativos registrados durante el trimestre de abril a junio.

Mes	**Indicador**	**Localidad**	**Valor absoluto**	**Porcentaje**
Abril	Personas en situación de soledad social identificadas	Fontibón	6	100%
		Puente Aranda	8	
		Kennedy	15	
		Bosa	17	
		TOTAL	46	

	Personas en situación de soledad social intervenidas	Fontibón	6	89%
		Puente Aranda	8	
		Kennedy	12	
		Bosa	15	
		TOTAL	41	
Mayo	Personas en situación de soledad social identificadas	Fontibón	10	100%
		Puente Aranda	16	
		Kennedy	35	
		Bosa	45	
		TOTAL	106	
	Personas en situación de soledad social intervenidas	Fontibón	4	52%
		Puente Aranda	8	
		Kennedy	18	
		Bosa	25	
		TOTAL	55	
Junio	Personas en situación de soledad social identificadas	Fontibón	17	100%
		Puente Aranda	25	

		Kennedy	35	
		Bosa	45	
		TOTAL	122	
	Personas en situación de soledad social intervenidas	Fontibón	0	7%
		Puente Aranda	0	
		Kennedy	2	
		Bosa	6	
		TOTAL	8	
total trimestre	Personas en situación de soledad social identificadas	Fontibón	33	100%
		Puente Aranda	49	
		Kennedy	85	
		Bosa	107	
		TOTAL	274	
	Personas en situación de soledad social intervenidas	Fontibón	10	38%
		Puente Aranda	16	
		Kennedy	32	
		Bosa	46	

		TOTAL	104	

El monitoreo sistemático del indicador de efectividad en la atención, definido como la proporción entre las personas en situación de soledad social intervenidas y el total de personas identificadas con este riesgo, permite examinar la evolución del despliegue operativo durante el trimestre comprendido entre abril y junio de 2026. Al evaluar el comportamiento del periodo sin recurrir a comparaciones de históricos anteriores, se evidencia un fenómeno de asimetría inversa entre la capacidad del equipo para detectar el riesgo y la suficiencia institucional para consolidar el acompañamiento efectivo de los usuarios vulnerables.

EFECTIVIDAD POR LOCALIDAD:

Fontibón

- **Progreso y consolidado del trimestre:** para el presente trimestre se evidenció que en el mes de abril se da inicio con una cobertura del 100% con un total de 6 personas intervenidas, para el mes de mayo se captaron 10 nuevos usuarios de las cuales 6 personas fueron intervenidas y para el mes de junio se identifican 17 usuarios sin lograr intervenciones en esta población. Para la localidad al finalizar el trimestre se identificaron 33 personas con necesidades de intervención para soledad social, pero se logran solo 10 intervenciones efectivas con un porcentaje de 30%.

Puente Aranda

- **Progreso y consolidado del trimestre:** Para esta localidad el comportamiento del trimestre se discrimina por mes iniciando con abril el cual se intervinieron 8 personas de 8 personas identificadas presentando efectividad del 100%. En el mes de mayo se incrementan los usuarios identificados siendo 16 usuarios de los cuales recibieron intervención 8 personas decayendo en el 50% con respecto al mes anterior. Y para el mes de junio se captaron 25 personas con necesidad de acompañamiento sin presentarse intervenciones para este periodo. Por consiguiente la localidad presentó 49 usuarios identificados con un total de 16 usuarios intervenidos con una efectividad en el trimestre de 33%.

Kennedy

- **Progreso y consolidado del trimestre:** esta localidad registró para el mes de abril se identificaron 15 usuarios de los cuales 12 recibieron intervención para soledad social con un porcentaje del 80%. En mayo se tamizaron e identificaron 35 usuarios, logrando acompañamiento en 18 personas logrando el 51%. Finaliza mes de junio donde la identificación de usuarios alcanzó 85 personas con una intervención de

solo 2 usuarios con un 6% de efectividad. Al cerrar el presente trimestre para la localidad se identificaron 85 personas con necesidades de intervención de las cuales se intervinieron 32 usuarios con un promedio general del 38%.

Bosa

- **Progreso y consolidado del trimestre:** Bosa constituye la localidad con el mayor porcentaje de identificación e intervención de la subred suroccidente, en el mes de abril se identifican 17 usuarios de los cuales se intervienen 15 con un 88% de efectividad. Para mayo se observa un aumento de casos identificados con 45 casos de los cuales se interviene 25 usuarios para un 56%. En junio se identifica captación de 45 usuarios con una intervención de 6 personas. La localidad de Bosa cierra con un volumen de 107 usuarios identificados para acompañamiento de los cuales se intervienen 45 personas cerrando el mes con una efectividad del 13%. En conclusión, para la localidad se identifican en total para el trimestre 107 usuarios con un porcentaje de efectividad del 43%.

Conclusión: la diferencia entre personas identificadas versus personas intervenidas en la estrategia soledad social se presentó en las cuatro localidades en diferentes porcentajes, siendo la localidad de Fontibón y puente Aranda presentaron menor demanda inicial sin embargo mostraron menor efectividad, mientras que las localidades de Kennedy y Bosa presentaron mayor cantidad de usuarios identificados pero logran mantener las intervenciones entre el 6% y el 13%.

Este comportamiento reitera la necesidad planteada por la coordinación de los equipos más bienestar a nivel central: siendo la identificación de usuarios con necesidad de acompañamiento en la estrategia de soledad social más alta que la capacidad del recurso humano contratado (auxiliares de cuidado) que den respuesta y continuidad en el proceso y cierre para todas las localidades pertenecientes a la subred.

Alcance Operativo de las Acciones por el Auxiliar de Cuidado

Las intervenciones desarrolladas por los auxiliares de cuidado durante el trimestre se enfocaron en el fortalecimiento de la autonomía, el ocio saludable y la mitigación del aislamiento, distribuyéndose en las siguientes líneas de acción:

- Acompañamiento a Servicios de Salud: Se constituyó como la acción prioritaria para asegurar la continuidad asistencial. Incluyó la orientación física y la gestión de trámites para el acceso a citas médicas, órdenes y entrega de medicamentos en los Centros de Atención Prioritaria en Salud (CAPS) y puntos de atención de la entidad promotora de salud en las localidades asignadas.
- Gestión de Servicios Sociales: Orientada a garantizar el acceso a la oferta institucional comunitaria y distrital. Se promovió la vinculación activa a los Centros

Día, SuperCADEs y los servicios de las Manzanas del Cuidado. Adicionalmente, se apoyó la gestión del subsidio económico (bono) de la Secretaría de Integración Social y la articulación con las actividades recreativas del IDRD.

- Actividad Física Integral: Desarrollo de jornadas de caminatas guiadas en parques barriales, ejercicios de estiramiento, fortalecimiento muscular y pautas de respiración orientadas al mantenimiento de la movilidad y la salud general de las personas mayores.
- Acciones Culturales y Cognitivas: Implementación de talleres en los Centros de Desarrollo Comunitario (CDC) enfocados en la estimulación cerebral (sopas de letras, lectura, escritura, juegos de mesa como dominó y parqués) y la ejecución de manualidades (tejido en crochet y pintura), promoviendo la creatividad, el esparcimiento y la mejora del estado de ánimo.
- Desarrollo de Habilidades Sociales y Apoyo Emocional: Ejecución de espacios de educación y escucha activa orientados a la expresión de emociones, fortalecimiento de la salud mental y fomento del autoconcepto positivo. Asimismo, se capacitó en el uso de herramientas tecnológicas (celular y WhatsApp) para optimizar la comunicación con redes familiares y vecinales.

Análisis Cualitativo, Reducción del Riesgo y Calidad de Vida

El impacto cualitativo de las intervenciones completadas se refleja de manera positiva en la adherencia y estabilización de los usuarios vinculados. Durante el trimestre de abril a junio de 2026, el análisis consolidado de los motivos de egreso arrojó un total de 97 cierres de caso procesados en el sistema. De este universo, se identificó una efectividad sobresaliente de 94 casos con culminación exitosa bajo el criterio de cumplimiento del Plan de Cuidado Familiar (PCF) concertado. El margen restante del periodo operativo estuvo compuesto de forma mínima por 2 casos donde la familia desistió del proceso y 1 caso debido a traslados fuera de la ciudad, confirmando que la cohorte que efectivamente recibió el ciclo completo logró una reducción real de la vulnerabilidad social planificada.

Al desagregar la dinámica del trimestre a partir de los registros oficiales, el comportamiento mensual de cierres exitosos muestra que en el mes de abril se consolidaron 31 egresos por cumplimiento de metas; posteriormente, el mes de mayo representó el pico de mayor resolutividad con 62 cierres efectivos, mientras que el mes de junio registró únicamente 1 egreso exitoso. Esta drástica disminución en el último mes guarda relación directa con las limitaciones operativas de talento humano analizadas previamente, las cuales restringen el flujo regular de continuidad del servicio en la etapa de cierre del trimestre.

Por otra parte, la mitigación de la percepción subjetiva de la soledad y la modificación de conductas de aislamiento se sustentaron metodológicamente en las líneas de intervención ejecutadas por el equipo. De un total de 188 acciones registradas en el trimestre, la estrategia constituyó el eje prioritario con 155 intervenciones (distribuidas en 87 durante abril, 64 en mayo y 4 en junio). Esta prioridad operativa facilitó la implementación de espacios de educación, escucha activa y fortalecimiento del autoconcepto positivo. En

segundo lugar, se destaca el componente de Actividad Física para la Salud con 28 intervenciones acumuladas, orientadas al mantenimiento de la movilidad y la salud general.

Los cambios conductuales observados en los casos exitosos evidencian un incremento en las conexiones significativas y una mayor disposición de las personas mayores para interactuar con su entorno. No obstante, se identifica que el beneficio cualitativo de estas acciones se encuentra condicionado por determinantes estructurales externos. La persistencia de barreras de movilidad por falta de acceso a transporte para asistir a los puntos de encuentro barriales, las demoras institucionales en la asignación de apoyos alimentarios o económicos y la fragilidad histórica de las redes familiares preexistentes actúan como factores que exigen una articulación interna continua para blindar la sostenibilidad del riesgo mitigado.

4.4.7 Cáncer

Comentado [48]: registrod e la informacion acorde al estandar de las otras estrategias

Comentado [49R48]: revisado

TIPO DE CÁNCER	MES	USUARIOS ASIGNADOS	USUARIOS VALORADOS	% CUMPLIMIENTO INDICADOR	PENDIENTES
CÁNCER DE COLON Y RECTO	ABRIL	3	3	100,00%	0
CÁNCER DE CUELLO UTERINO	ABRIL	1	1	100,00%	0
CÁNCER DE COLON Y RECTO	MAYO	3	1	33,33%	2
CÁNCER DE MAMA	MAYO	1	1	100,00%	0
CÁNCER INFANTIL	MAYO	1	1	100,00%	0

CÁNCER DE COLON Y RECTO	JUNIO	1	1	100,00%	0
CÁNCER DE CUELLO UTERINO	JUNIO	1	0	0,00%	1
CÁNCER INFANTIL	JUNIO	1	1	100,00%	0
TOTAL TRIMESTRE	ABRIL MAYO JUNIO	12	9	75%	3

Durante el mes de abril se asignaron 4 usuarios, correspondientes a tres casos de cáncer de colon y recto y un caso de cáncer de cuello uterino. La totalidad de los usuarios fueron atendidos, logrando una cobertura del 100%, lo que evidencia una adecuado cumplimiento del abordaje de los casos derivados , En mayo se asignaron 5 usuarios, de los cuales 3 fueron atendidos, alcanzando una cobertura del 60%. los casos pendientes corresponden a la cohorte de cáncer de colon y recto, donde solo se atendió un usuario de los tres asignados (33,33%), quedando dos casos pendientes para seguimiento. Por su parte, los usuarios con cáncer de mama y cáncer infantil recibieron atención, alcanzando una cobertura del 100%. Para el mes de junio fueron asignados 3 usuarios y 2 recibieron atención, para una cobertura mensual del 66,7%. El caso pendiente correspondió a un usuario con cáncer de cuello uterino, quien quedó pendiente de atención al cierre del periodo. El usuario con cáncer de colon y recto y el usuario con cáncer infantil están con abordaje efectivo.

Dentro de los avances se identifica Cumplimiento del abordaje del 100% en abril, Cobertura total en cáncer de mama y cáncer infantil.dentro de las brechas se presenta que en el trimestre se presenta un cumplimiento del **75%** , evidenciando oportunidades de fortalecimiento en la oportunidad de la atención , del cual estos casos fueron derivados por ruteo a gestor en línea para ser derivados a gestor de bienestar teniendo en cuenta que por línea técnica los casos para profesional de enfermería no se abordan hasta nueva línea técnica de abordaje de esta prioridad

4.4.8 Salud oral

MES	USUARIOS ASIGNADOS (FAMILIAS)	USUARIOS VALORADOS (FAMILIAS)	% CUMPLIMIENTO INDICADOR	PENDIENTES
ABRIL	91	85	93,41%	6
MAYO	167	158	94,61%	9
JUNIO	227	196	86,34%	31
TOTAL TRIMESTRE	485	439	90,52%	46

Fuente: Aplicativo GTAPS

En el plan de bienestar de salud oral Durante el mes de abril se intervinieron 91 familias de las cuales 85 evidenciaron transformaciones positivas en las prácticas de cuidado oral, alcanzando un cumplimiento del 93,41%., Se identificaron 6 familias que no presentaron cambios significativos de acuerdo con la evaluación de compromisos de la familia, en el mes de mayo, asi mismo se presento un aumento en el abordaje de 167 familias.

De este total, 158 evidenciaron cambios positivos en el cuidado de la salud oral, obteniéndose el mejor resultado del periodo con un indicador de 94,61%. en las cuales 9 familias no registraron transformaciones significativas y una adecuada adherencia a las recomendaciones brindadas durante las intervenciones por parte del perfil de odontología en el cual estaba pendiente dar continuidad a las sesiones por parte de odontologia , en el mes de junio se intervinieron 227 familias, representando un aumento de atención del trimestre. en las cuales 196 familias fueron valoradas fomentando así cambios positivos en sus prácticas de cuidado oral, mientras que 31 familias no evidenciaron transformaciones significativas. El indicador alcanzó el 86,34%, evidenciando una disminución frente a los meses anteriores ya que se encontraban realizando cierre de casos

Dentro de los avances se evidencia familias que desarrollaron prácticas adecuadas en el cuidado de la salud oral durante el trimestre , cobertura de intervención que permite el desarrollo de los planes de bienestar en salud oral , acciones educativas que permiten que la familia tengan adecuados hábitos y transformaciones de su cuidado de salud oral en todos los integrantes de la familia según las recomendaciones brindadas en cada seguimiento fomentando así importancia de una técnica adecuada de higiene bucodental diaria y la importancia del acceso a servicios de salud

Dentro de las brechas identificadas fortalecer la adherencia de algunas familias a las prácticas de higiene oral y autocuidado teniendo en cuenta el incumplimiento en el momento del cierre del plan de cuidado. En las acciones de mejora se reforzarán las estrategias educativas mediante sesiones de recordatorio vinculando a todos los integrantes de la familia para el momento del cierre se presente un mejor resultado frente a la adherencia de buenas prácticas de su cuidado oral , periodicidad de las visitas y adicional fomentando la adecuada asistencia a los servicios de salud

4.4.9 Salud ambiental

Para el trimestre abril a junio 2026, la implementación de la gestión del componente de Salud Ambiental se ha consolidado bajo el marco técnico de la estrategia de Vivienda Saludable, la cual opera mediante un ciclo de intervención de cuatro visitas, que incluyen una caracterización e identificación de necesidades, dos sesiones de acompañamiento a la implementación del plan de bienestar y una sesión de cierre y evaluación de los avances alcanzados mediante la implementación de las diferentes acciones y módulos acorde a los riesgos priorizados.

Este proceso, liderado por técnicos en ciencias ambientales y acompañado por otros perfiles, fundamenta su acción en la Identificación de Riesgos en el Hogar, herramienta diagnóstica que permite parametrizar las vulnerabilidades del entorno habitacional y dar cumplimiento a los objetivos del modelo "Más Bienestar". Durante este periodo, se ha mantenido la prioridad operativa en familias con menores de cinco años, familias con usuarios con condiciones crónicas y cuidadores con vulnerabilidad mayor, asegurando una respuesta institucional oportuna ante los riesgos detectados y aportar en la disminución del desarrollo de enfermedades transmisibles y no transmisibles, por factores riesgo como la contaminación del aire interior, la humedad, el hacinamiento, la presencia de vectores, el uso de sustancias químicas, y la inadecuada disposición de residuos sólidos y aguas residuales.

El abordaje técnico se despliega de manera integral, en las cuatro localidades de la Subred, priorizando los territorios en los cuales se han identificado mayores índices de vulnerabilidad ambiental y social, con el fin de llevar a estos hogares acciones de educación en salud, a través de módulos especializados que transforman el microentorno familiar. En el eje de habitabilidad, se interviene el Espacio Vital, optimizando las condiciones de ventilación, iluminación y seguridad estructural para mitigar riesgos de accidentes. En cuanto al saneamiento básico, los módulos de Sorbos de Vida (Agua Potable) y Manejo de Aguas Residuales se centran en garantizar el consumo de agua segura y la disposición técnica de vertimientos, previniendo enfermedades de origen hídrico y focos de contaminación biológica.

Asimismo, la estrategia profundiza en la cultura del consumo responsable y la higiene mediante la gestión de Residuos Sólidos y el Manejo de Plagas, promoviendo la separación en la fuente y el control de vectores. El componente de inocuidad se fortalece con el módulo de Alimentos e Higiene, donde se instruye en la prevención de Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA). Complementariamente, se aborda la mitigación de Riesgos Químicos y Físicos, enfocados en el almacenamiento seguro de sustancias y la prevención de intoxicaciones por monóxido de carbono. Finalmente, el módulo de Nuestras Mascotas cierra el ciclo de bienestar mediante la promoción de la tenencia responsable y el

Comentado [50]: Se agradece el reporte de la información remitida, la cual cumple con los criterios técnicos establecidos.

Comentado [51R50]: resuelto

saneamiento ambiental asociado, consolidando entornos que protegen y promueven la salud integral en las localidades de intervención.

Para el presente informe, se presenta el seguimiento a la implementación de la estrategia de vivienda saludable, el cual se representa en el indicador: Número de familias participantes en las estrategias de Vivienda Saludable con terminación de proceso", calculado como (N.º de familias con terminación de proceso / N.º de familias intervenidas por los planes de bienestar de Vivienda Saludable) × 100

Para el periodo abril a junio de 2026, se tuvo un abordaje total de 676 familias intervenidas, de las cuales 261 familias terminaron el proceso, para un cumplimiento del 38,6%, para el trimestre reportado.

De manera mensual se tiene que para el mes de abril se realizó intervención a 235 familias, de las cuales, para este mes terminaron proceso un total de 72 familias, con un porcentaje de cumplimiento de 30,6%, lo cual obedece principalmente a que son familias que vienen con proceso iniciado en otros meses anteriores a este periodo en la mayoría de casos, otros tampoco terminaron debido a que las familias desisten del proceso o se han tenido seguimientos fallidos, lo cual dilata el tiempo de intervención para completar el proceso.

En el mes de mayo, se intervino un total de 235 familias de las cuales 93 terminaron el proceso, con un indicador de cumplimiento del 39,6%, evidenciándose una mejoría en el indicador, lo cual entre otras razones, se explica por la adherencia de las familias al proceso y la identificación de cambios positivos a partir de esta intervención; las familias que no se reportan con proceso terminado, puede deberse a que aún están transitando las sesiones de intervención y en algunos casos, han desistido del proceso.

Para el mes de junio, se observa una disminución en el número de familias intervenidas (206) familias, a la vez que se identifica un aumento de las familias con proceso terminado (117 familias), para un indicador de cumplimiento del 56,8%; encontrándose en este porcentaje, una cantidad importante de las familias que iniciaron proceso en el mes de abril.

Durante la implementación de los planes de bienestar en salud ambiental, se evidencia un abordaje relativamente estable mes a mes, aunque se evidencia una disminución de las familias abordadas, en comparación con el trimestre anterior, donde se intervienen 786 familias, con un indicador de cumplimiento del 57,51% frente al 38,6% para el trimestre de este informe.

Al analizar las razones que pueden explicar esta diferencia, se tiene entre otras, la disminución de las derivaciones realizadas por los gestores de bienestar y otros perfiles, principalmente debido a la entrada en implementación de las jornadas de intensificación de búsqueda de casos según cohortes del modelo predictivo en salud, debido a que se concentraron las acciones de ruteo telefónico y de búsqueda en el predio y posiblemente se focalizó en la identificación de factores de riesgo según prioridad, adicional a que una cantidad importante de estos casos se manejaron únicamente a través del contacto telefónico, lo que limita esa identificación de necesidades de otro tipo.

Otro factor que puede explicar la disminución de familias intervenidas entre el primer y el segundo trimestre del año, es la alta rotación de talento humano en perfiles como Gestor en Línea y Gestor de Bienestar; lo cual redunda en un retroceso y una inducción constante

a los colaboradores para fortalecerlos en la identificación integral de necesidades y su consecuente derivación; evidenciándose que una proporción importante de quienes ingresan al convenio a ejecutar las acciones, no hace apropiación de la totalidad del documento técnico y por ende, en el proceso de caracterización no profundizan en aspectos como la salud ambiental. Sin embargo, revisando comparativamente la implementación en el componente de salud ambiental, se evidencia mejoría en términos de cierres con plan de bienestar completo.

.

MES	FAMILIAS INTERVENIDAS	FAMILIAS CON PROCESO TERMINADO	% CUMPLIMIENTO INDICADOR
ABRIL	235	72	30.6%
MAYO	235	93	39.6%
JUNIO	206	117	56.8%
TOTAL, TRIMESTRE	676	261	38.6%

Fuente: Plano VSP otros casos priorizados

Durante el segundo trimestre de 2026, el reporte de gestión refleja una dinámica ascendente y de alta efectividad en los cierres, iniciando en abril con 109 familias aperturadas y 56 procesos culminados (51,4%), seguido de mayo donde se abren 79 hogares y se cerraron 93 planes de bienestar (117,7%), para finalizar en junio con una intervención en 79 hogares y la terminación satisfactoria de 78 familias (98,7%); este comportamiento consolida un resultado trimestral de 227 cierres de caso sobre un total de 267 intervenciones, lo que representa una efectividad acumulada del 85,00% para el periodo evaluado.

El análisis de los resultados revela que la capacidad operativa se ha optimizado significativamente en comparación con la vigencia anterior, logrando una mayor tasa de resolución de planes de bienestar, lo que demuestra una gestión eficiente en la transición de la fase diagnóstica hacia la culminación técnica.

El avance más notable es la consolidación de la adherencia de las familias, donde el perfil ambiental logró no solo identificar los riesgos en los 8 módulos establecidos, sino garantizar que la mayoría de las familias completaran el ciclo de transformación de su entorno habitacional.

Acciones de Mejora para el Fortalecimiento del Acompañamiento Para garantizar la sostenibilidad de las condiciones de vivienda saludable y mantener la alta tasa de finalización, se proponen las siguientes acciones:

Optimización del Cronograma: continuar con el seguimiento intensivo a las familias que permanecen activas para asegurar su finalización con proceso completo en el inicio del siguiente trimestre.

Fortalecimiento técnico: continuar socializando y fortaleciendo con los equipos la importancia de esta estrategia, así como los criterios de priorización que favorezcan la identificación de factores de riesgos y necesidades, favoreciendo la derivación al perfil ambiental y el abordaje a esas familias, que redunde en familias empoderadas y con mejora en la reducción de la ocurrencia de condiciones de salud prevenibles.

Plan de Contingencia para la Adherencia: Implementar estrategias de contacto telefónico previo para minimizar las visitas fallidas en los hogares que presentaron dificultades de agenda en febrero.

Refuerzo en Educación Ambiental: Continuar con el enfoque pedagógico en cada una de las visitas mensuales, asegurando que el cierre del proceso representa una mejora real en las condiciones de salud ambiental del hogar.

Es importante precisar para el indicador “Porcentaje de hogares que implementan unidades demostrativas (huertas)” que durante el primer trimestre del año 2026, en la Subred Suroccidente no se implementó; por lo cual para el presente informe, se consolida reporte semestral, identificándose que dicha estrategia se llevó a cabo en 5 familias (1 en el mes de abril y 4 en el mes de mayo), lo cual aunque impacta de manera importante el indicador, no refleja necesariamente un efecto negativo, ya que no todas las familias cuentan con el espacio físico, el tiempo o la disposición para llevar a cabo esta estrategia; por lo cual, se espera que en los periodos futuros se aumenta positivamente la cobertura con esta estrategia y el aumento en la participación de las familias abordadas.

A partir de los criterios de priorización definidos en el documento operativo: Familias ubicadas en Zonas con factores de riesgo geográfico, Familias que se encuentren en zonas donde se presenten alertas ambientales por contaminación y Familias con usuarios mayores de 60 años que tienen diagnóstico de HTA y/o Diabetes, sin actividades de tiempo libre y teniendo en cuenta que la intervención se desarrolla en 6 sesiones de intervención (una mensual), se espera contar con resultados concretos de la intervención al finalizar el tercer trimestre del 2026.

Esta distinción responde a que el proceso de implementación, consolidación y verificación de las unidades demostrativas en los hogares requiere un tiempo de maduración técnica que excede el ciclo mensual. Por lo tanto, los resultados consolidados de este indicador serán presentados formalmente al cierre del ciclo semestral correspondiente, garantizando así la calidad y veracidad de los datos reportados.

4.4.10 Atención de jornadas y contingencias

Atención de jornadas y contingencias

Los Equipos Más Bienestar en tu Hogar, en el marco de su operatividad territorial en las localidades de Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda, desarrollaron durante el presente trimestre un conjunto de acciones extramurales orientadas al fortalecimiento de la

promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la gestión integral del riesgo en salud. Las intervenciones se enfocaron principalmente en el apoyo y desarrollo de las jornadas de intensificación del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y en la búsqueda activa de usuarios pertenecientes a cohortes de riesgo priorizadas.

Como parte de estas estrategias, se realizaron procesos de identificación, seguimiento y captación de gestantes y personas con enfermedades crónicas mediante el análisis de mapas de calor y otras herramientas de caracterización territorial, permitiendo focalizar las intervenciones en zonas con mayor concentración de población susceptible y fortalecer el acceso oportuno a los servicios de salud. Estas acciones facilitaron la articulación con los equipos territoriales para el cierre de brechas en vacunación, el fortalecimiento de la adherencia a las rutas integrales de atención y la actualización de información en salud de las poblaciones priorizadas.

De manera complementaria, los equipos participaron activamente en la jornada distrital de intensificación de la vacunación, desarrollando actividades en puntos estratégicos de alta afluencia y en los diferentes territorios asignados, con el propósito de ampliar las coberturas de inmunización y garantizar el acceso de la población a los biológicos definidos por el Programa Ampliado de Inmunizaciones. Estas intervenciones evidencian el compromiso institucional con la protección de la salud de las familias, la disminución de riesgos asociados a enfermedades prevenibles por vacunación y el fortalecimiento de las acciones de atención primaria en salud mediante estrategias extramurales que acercan los servicios a la comunidad.

.

Tabla 18. Jornadas y contingencias realizadas en el periodo abril a junio 2026

Fecha	**Nombre de la Jornada/Contingencia**	**Actividad Realizada**	**Talento Humano que participó (Técnicos y Profesionales**	**Cantidad de Talento Humano que participó (Técnicos y Profesionales**	**Horas empleadas**
24 de abril 2026	Jornada Distrital de vacunación	Se realizó una articulación permanente con los equipos de vacunación intramural y extramural para la planeación y ejecución de la Jornada Distrital de Vacunación. En el marco de esta actividad, se hizo presencia en el Parque	3 líderes operativos 16 gestores más bienestar con rol de vacunadores	19 colaboradores	11 horas

		Fundacional de la localidad de Fontibón, donde se instaló un punto de vacunación dotado con una carpa y los insumos, equipos y talento humano requeridos para garantizar la adecuada prestación del servicio. De manera complementaria, se dispuso de un equipo conformado por 12 vacunadores que desarrollaron recorridos casa a casa en el barrio Casandra, localidad de Kennedy, implementando estrategias de demanda inducida para la identificación, captación y sensibilización de la población susceptible. Estas acciones estuvieron orientadas a promover el acceso oportuno a la vacunación, fortalecer las coberturas del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y contribuir al cumplimiento de las metas			

		establecidas para la jornada.			
1 de abril 2026	tercera fase de intensificación jornada sarampión	En el marco de la Primera Fase de Intensificación de Vacunación, el equipo desplegó una jornada de Búsqueda Activa con el objetivo de identificar a niños y niñas susceptibles de iniciar, continuar o completar sus esquemas del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), con especial énfasis en la prevención del Sarampión. Durante la actividad, se realizaron abordajes casa a casa en sectores estratégicos de las localidades, verificando antecedentes vacunales y sensibilizando a los cuidadores sobre la importancia de las dosis de refuerzo para el control de brotes. Esta intervención permitió no sólo la captación de población objeto con esquemas atrasados, sino también el fortalecimiento de la vigilancia	12 líderes operativos 157 gestores más bienestar	169 colaboradores	24 horas

		comunitaria, garantizando el acceso efectivo a los biológicos y elevando las coberturas de inmunización en los microterritorios priorizados para proteger a la primera infancia.			

Fuente: Información acumulada desde el 1 de abril de 2026 al 30 de junio de 2026.

Las actividades de intensificación y atención de contingencias se implementan en las cuatro localidades que conforman la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente: Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda, mediante una planeación territorial que prioriza sectores con mayor vulnerabilidad social y espacios de alta afluencia de población. Esta estrategia permite fortalecer la presencia institucional en el territorio y ampliar la cobertura de las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y gestión del riesgo, beneficiando tanto a la población residente como a la población flotante.

En el marco de estas intervenciones, se desarrollan jornadas de concentración de vacunación con el propósito de acercar los equipos vacunadores a la comunidad y facilitar el acceso a los servicios de inmunización. Durante estas jornadas se realiza la búsqueda activa de niñas y niños con esquemas de vacunación incompletos, verificando su estado vacunal y promoviendo la aplicación de los biológicos requeridos, con el fin de reducir las brechas de cobertura y fortalecer la protección frente a enfermedades prevenibles por vacunación.

De manera complementaria, se ejecuta la tercera fase de la estrategia de búsqueda activa de sarampión, contando con la participación del 100 % de los gestores adscritos a cada uno de los territorios intervenidos. Esta actividad se orienta a la identificación de niñas y niños susceptibles, mediante la verificación de antecedentes de vacunación y la detección de esquemas pendientes. Una vez identificados, los usuarios reciben orientación para acudir al punto de vacunación más cercano o, cuando las condiciones lo requieren, son remitidos a las binas vacunadoras para garantizar la aplicación oportuna de los biológicos y fortalecer las acciones de vigilancia y control de esta enfermedad.

4.5. SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

La población objeto de los servicios complementarios de toma de laboratorios, entrega de medicamentos y aplicación de biológicos está conformada por personas priorizadas debido a sus condiciones de vulnerabilidad, dependencia, institucionalización o dificultades para acceder oportunamente a los servicios de salud. La estrategia busca garantizar la continuidad del cuidado, el diagnóstico oportuno, la adherencia a los tratamientos y la

prevención de enfermedades mediante acciones extramurales desarrolladas por los Equipos MÁS Bienestar en Tu Hogar.

Esta población incluye:

- Personas mayores de 60 años que hacen parte de Comunidades de Cuidado y que no cuentan con redes familiares o sociales de apoyo.
- Personas habitantes de calle institucionalizadas en Comunidades de Vida.
- Personas con discapacidad entre los 18 y 59 años atendidas en Centros Integrarte de Atención Interna (CIAI).
- Usuarios de servicios sociosanitarios que requieren acciones de prevención, diagnóstico y seguimiento terapéutico.
- Personas privadas de la libertad ubicadas en URI y estaciones de policía.
- Personas atendidas en Hogares de Paso.
- Población institucionalizada en entidades con acuerdos o convenios con la Secretaría Distrital de Salud

En el componente de vacunación, además de los grupos anteriores, se priorizan los grupos definidos por el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), entre ellos niños y niñas menores de 6 años, niños, niñas y adolescentes de 9 a 17 años, mujeres en edad fértil, gestantes, personas con enfermedades crónicas y adultos mayores de 60 años, con el propósito de fortalecer las coberturas de inmunización y prevenir enfermedades inmunoprevenibles.

4.5.1 Servicios Complementarios Vacunación

Para los meses de abril a Junio se realizaron acciones de gestión como búsqueda de población objeto en el abordaje de las familias que se encuentran en las 190 unidades de gestión del riesgo (territorios), por otra parte se hace búsqueda activa con base brindada por Secretaría de Salud (Capital Salud) de menores de 5 años con esquema incompleto para la edad, también se realiza apoyo a jornadas de vacunación distritales y/o territoriales que puntual al cumplimiento de indicadores y coberturas.

De acuerdo con la población identificada y contactada, se alcanzó una cobertura de 2.404 usuarios vacunados, con la aplicación de 4.287 biológicos, evidenciando un importante alcance de la estrategia de vacunación extramural en las diferentes localidades intervenidas. El mayor volumen de atención se concentró en la población general, seguida por las gestantes, los adultos mayores y personas con enfermedades crónicas, los niños menores de cinco años y la población de niños, niñas y adolescentes entre los 9 y 17 años, lo que demuestra la priorización de los grupos definidos por el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y de las poblaciones con mayor vulnerabilidad.

Los resultados alcanzados fueron posibles gracias a la identificación y caracterización previa de la población objetivo (abordaje territorial), la coordinación con el equipo PAI de la

subred sur occidente para la capacitación a equipo operativo y entrega de biológico para las diferentes localidades, la programación de jornadas y rutas extramurales, la disponibilidad oportuna de talento humano, insumos y biológicos, el seguimiento permanente a los esquemas de vacunación y el registro oportuno de las dosis aplicadas en los sistemas de información (PAI 2.0). Estas acciones permitieron acercar los servicios de vacunación a la comunidad, disminuir barreras de acceso y facilitar el inicio, continuación y completitud de los esquemas de inmunización.

Durante el desarrollo de las actividades se presentaron retos asociados a la localización y disponibilidad de algunos usuarios (por trabajo o otros motivos personales) , la necesidad de reprogramar jornadas por condiciones operativas o logísticas, la movilización de los equipos extramurales (Disponibilidad de vehículos) . Adicionalmente, fue necesario fortalecer las acciones de información y educación para favorecer la aceptación de la vacunación y la asistencia de la población programada.

Para superar estas situaciones se implementaron medidas como la actualización permanente de los listados de población objeto (bases), la reprogramación de visitas y jornadas cuando fue necesario (disponibilidad fines de semana para las binas operativas), el seguimiento telefónico y presencial a los usuarios pendientes(ruteo), el monitoreo continuo de coberturas e indicadores, la supervisión del cumplimiento de los protocolos de bioseguridad , así como el registro oportuno en los aplicativos institucionales. Estas estrategias permitieron optimizar la oportunidad de la atención, mejorar la cobertura alcanzada y garantizar la calidad de las intervenciones realizadas.

Tabla 19. Intervenciones desarrolladas de vacunación

Tipo de población	**Localidad**	**Tipo de usuario***	**Número de usuarios vacunados**	**Número de biológicos aplicados**
Adulto mayor/crónico	Bosa	Adulto mayor	138	156
Población general	Bosa	Niño, adolescente, joven, adulto, adulto mayor	539	755
Menor de 5 años	Bosa	Niño	104	486
Gestante	Bosa	Adolescente, joven, adulto	3366	49
Niño/as 9 a 17 años 11 meses 29 días	Bosa	Niño	66	66
Adulto mayor/crónico	Fontibón	Adulto mayor	25	29

Población general	Fontibón	Niño, adolescente, joven, adulto, adulto mayor	102	118
Menor de 5 años	Fontibón	Niño	3	146
Gestante	Fontibón	Adolescente, joven, adulto	3	3
Niño/as 9 a 17 años 11 meses 29 días	Fontibón	Niño	10	10
Adulto mayor/crónico	Kennedy	Adulto mayor	291	320
Población general	Kennedy	Niño, adolescente, joven, adulto, adulto mayor	549	680
Menor de 5 años	Kennedy	Niño	30	701
Gestante	Kennedy	Adolescente, joven, adulto	32	47
Niño/as 9 a 17 años 11 meses 29 días	Kennedy	Niño	69	69
Adulto mayor/crónico	Puente Aranda	Adulto mayor	15	17
Población general	Puente Aranda	Niño, adolescente, joven, adulto, adulto mayor	234	276
Menor de 5 años	Puente Aranda	Niño	0	12
Gestante	Puente Aranda	Adolescente, joven, adulto	1	1
Niño/as 9 a 17 años 11 meses 29 días	Puente Aranda	Niño	1	1
Total			2404	4287

Fuente: Tableros de control EMBH Subred Sur Occidente, SIS, descarga aplicativa PAI 2.0

4.6. 4.5.2 Servicios Complementarios Laboratorios

Con el propósito de garantizar el acceso oportuno, seguro y equitativo a los servicios de apoyo diagnóstico, se desarrolló un proceso de planeación basado en la identificación de las necesidades de laboratorio generadas de las valoraciones integrales realizadas por los médicos del equipo. A partir de las órdenes médicas generadas, se efectuó la recolección, clasificación y consolidación de la información de los usuarios priorizados (matriz de control y registro de toma de laboratorios en GTAPS), permitiendo organizar la programación de la toma de laboratorios por parte de las gestoras más bienestar en las comunidades de cuidado transitorio, PPL e instituciones de cuidado para la población habitante de calle teniendo en cuenta los requerimientos específicos de cada paciente. De igual manera, se realizó el alistamiento de insumos, equipos y elementos de protección personal, verificando el cumplimiento de las condiciones de calidad, almacenamiento, vigencia, bioseguridad y transporte requeridas para la prestación del servicio.

Es importante mencionar que para el desarrollo de la estrategia se mantuvo una articulación permanente con las diferentes dependencias de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente , especialmente con los equipos asistenciales, de gestión operativa, logística y laboratorio clínico, con el fin de coordinar la disponibilidad de recursos, el transporte de las muestras, el seguimiento a los indicadores de oportunidad y el registro de las actividades en los sistemas de información institucionales y en el aplicativo GTAPS. Paralelamente, se estableció comunicación continua con los coordinadores y gestores más bienestar que realizan acciones en las instituciones intervenidas para concertar las fechas y horarios para la toma, verificar el cumplimiento de los requisitos de preparación de los usuarios —como el ayuno cuando era requerido— y garantizar las condiciones necesarias para el desarrollo de las actividades(espacios)

Durante la toma de laboratorios se confirmó la identidad de cada usuario, se obtuvo el consentimiento informado y se verificó el cumplimiento de las condiciones previas para la realización de los procedimientos. Posteriormente, se efectuó la toma de muestras biológicas conforme a los protocolos institucionales de bioseguridad y calidad, asegurando el correcto etiquetado, la segregación de residuos y el transporte de las muestras al laboratorio de referencia en condiciones que preservan su integridad y confiabilidad diagnóstica. Asimismo, cada atención fue registrada oportunamente en el aplicativo GTAPS, garantizando la trazabilidad del proceso y facilitando el seguimiento posterior de los resultados.

Una vez procesadas las muestras, se realizó la recepción y cargue de los resultados en los sistemas institucionales (Dinámica), así como la comunicación interdisciplinaria entre laboratorio clínico y la lides de APS social en los casos de alteraciones críticas en los resultados de los laboratorios de algún usuario, la programación de controles, definición de conductas clínicas y continuidad del cuidado de los usuarios. Estas acciones contribuyeron a mejorar la oportunidad diagnóstica, disminuir las barreras de acceso y fortalecer la continuidad de la atención integral de la población priorizada.

Tabla 20. Intervenciones desarrolladas en toma de laboratorios

Institución	Localidad	No Usuarios con requerimiento de Toma de Laboratorios	No Usuarios con Toma de Laboratorios	% Efectividad	Resultados con datos críticos
ESTACION DE POLICIA BOSA-COMUNIDAD ANTONIA SANTOS	**BOSA**	71	47	66,20%	
ESTACION DE POLICIA KENNEDY - SOCIOSANITARIOS SALUD Y VIDA -CUIDADO TRANSITORIO VILLA KENNEDY - CIAI 6-	**KENNEDY**	96	75	78,13%	2
COMUNIDAD GUARDIANES DE SUEÑOS-ESTACION DE POLICIA FONTIBON	**FONTIBÓN**	40	27	67,50%	0
CUIDADO TRANSITORIO CUNDINAMARCA - SOCIOSANITARIO MEMORIA Y SABER -URI PUENTE ARANDA-HOGAR DE PASO DIA Y NOCHE BAKATA-HOGAR DE PASO DIA Y NOCHE PUENTE ARANDA	**PUENTE ARANDA**	182	0	0,00%	0
Total		389	149	51.93%	2

Fuente: Descarga aplicativo GTAPS, tableros de control EMBH Subred Sur Occidente

NOTA: (Se evidencia que algunos usuarios no pueden ser cargados en el aplicativo GTAPS, debido a que durante la valoración médica no se realiza la gestión correspondiente en el módulo de alertas. Como consecuencia, los íconos de **Laboratorios** y **Medicamentos** no quedan habilitados en el sistema, lo que impide efectuar el registro y cargue oportuno de la información requerida. Adicionalmente, al realizar el descargue del plano, la información no puede quedar **desagregada por institución según la localidad**, lo que dificulta la consolidación, distribución y seguimiento de los registros para su correcta gestión operativa.)

Durante el período evaluado se identificaron 393 usuarios con requerimiento de toma de laboratorios, de los cuales 149 recibieron el servicio, alcanzando una efectividad del 51,93 %. Estos resultados evidencian el avance de la estrategia de toma de laboratorios extramural, permitiendo acercar los servicios diagnósticos a la población priorizada y reducir las barreras de acceso para usuarios institucionalizados y con limitaciones de movilidad.

La cobertura alcanzada fue posible gracias a la identificación oportuna de las necesidades diagnósticas derivadas de la valoración integral realizada por los equipos de salud, la consolidación de las órdenes médicas, la programación de jornadas de toma de muestras, la articulación con las instituciones intervenidas y el adecuado alistamiento de insumos, equipos y elementos de bioseguridad. De igual forma, la coordinación con el laboratorio de referencia permitió garantizar el transporte adecuado de las muestras y su procesamiento conforme a los estándares establecidos.

En cuanto a la oportunidad, la gestión estuvo orientada a disminuir el tiempo transcurrido entre la generación de la orden médica y la toma efectiva de la muestra, mediante el agendamiento oportuno de los usuarios, la verificación de los requisitos para la toma de laboratorios y el seguimiento permanente a la programación de las jornadas. Estas acciones permitieron optimizar el acceso al servicio, aunque la cobertura obtenida refleja la necesidad de continuar fortaleciendo las estrategias de captación y programación para incrementar el número de usuarios atendidos frente al total de requerimientos identificados

Los resultados de laboratorio fueron revisados y gestionados de manera articulada con el equipo tratante, garantizando su registro en el aplicativo GTAPS y la comunicación oportuna para la definición de conductas médicas, seguimiento clínico o solicitud de ayudas diagnósticas complementarias cuando fueron necesarias. El análisis de los resultados permitió dar continuidad a los procesos asistenciales y fortalecer el seguimiento de los usuarios con patologías crónicas o condiciones que requerían control permanente.

Respecto a los resultados críticos de laboratorio (2), estos fueron notificados de manera inmediata al gestor asignado en cada comunidad,PPL y centro de cuidado transitorio de habitabilidad en calle, coordinador para hacer activación de ambulancia si y/o valoración prioritaria por médico de EMBH y/o agendamiento en la intramuralidad para priorizar la atención y definir las intervenciones clínicas requeridas. Se realizó seguimiento a cada caso

hasta verificar la implementación de la conducta médica correspondiente, garantizando la trazabilidad del proceso y reduciendo el riesgo de complicaciones asociadas a la condición clínica del usuario. Durante el periodo se mantuvo un monitoreo continuo de estos eventos, asegurando una respuesta oportuna y la continuidad del cuidado de la población atendida.

NOTA: Es importante mencionar que las comunidades cuidado Cundinamarca (04/05/2026) Antonia santos (27/05/2026) y CIAI 6 (26/0572026) dejaron de operar en el mes de Mayo 2626

Tabla 21. Intervenciones desarrolladas en toma de pruebas POCT

Localidad	No Usuarios con toma de pruebas POCT	HIV	Prueba Treponémica	HbsAg	Prueba de embarazo	Otras
FONTIBÓN KENNEDY (15/04/2026)	1	1	1	0	0	0
BOSA (17/04/2026)	2	2	2	0	0	0
FONTIBÓN KENNEDY (11/05/2026)	1	1	1	0	0	0
BOSA (13/05/2026)	0	0	0	0	0	0
BOSA (15/05/2026)	1	1	1	0	0	0
PUENTE ARANDA (10/06/2026)	4	4	4	0	0	0
BOSA (12/06/2026)	6	6	6	0	0	0

Total	15	15	15	0	0	0

Fuente: Cuadro control EMBH -Registró dinámica

NOTA: (Se evidencia que el cargue de las pruebas POCT realizadas durante los recorridos nocturnos no se refleja en el aplicativo GTAPS, debido a la inexistencia del ícono correspondiente dentro del sistema para el registro de este procedimiento. En consecuencia, el profesional responsable de la toma de las pruebas debe generar una factura con el fin de registrar la atención en el sistema Dinámica, facturando las actividades de pre y posprueba, lo que permite realizar el cargue de las dos historias clínicas requeridas y garantizar la trazabilidad de la atención prestada).

Durante los recorridos nocturnos realizados en los meses de abril, mayo y junio, se llevaron a cabo las pruebas de tamizaje programadas a la población abordada, conforme a los lineamientos y protocolos institucionales. Como resultado de estas jornadas, no se presentaron pruebas con resultados positivos o reactivos que requieren la activación de la ruta de atención, la realización de pruebas confirmatorias o el inicio de manejo clínico específico. No obstante, durante cada jornada se garantizó la disponibilidad del equipo médico y del talento humano responsable, con el fin de brindar atención inmediata y dar continuidad al proceso en caso de obtener un resultado reactivo. De presentarse esta situación, se encuentra establecido el procedimiento para realizar la consejería correspondiente, gestionar la toma de pruebas confirmatorias, efectuar la notificación de acuerdo con la normatividad vigente y asegurar el ingreso oportuno del usuario a la ruta integral de atención, incluyendo el manejo clínico, tratamiento, seguimiento y acompañamiento según sus necesidades y condición de salud, garantizando la continuidad del cuidado y la atención integral.

El personal asignado a los recorridos nocturnos para la realización de pruebas rápidas POCT cuenta con la certificación y capacitación requerida para la ejecución de este tipo de actividades, garantizando el cumplimiento de los protocolos técnicos y de bioseguridad establecidos para la toma, procesamiento e interpretación de las pruebas. Esta formación permite minimizar el riesgo de errores asociados a una técnica inadecuada, reduciendo la posibilidad de obtener resultados falsos positivos o falsos negativos y asegurando la confiabilidad de los resultados emitidos. Para cada jornada se programa de manera anticipada un equipo conformado por profesionales de enfermería con experiencia en la estrategia, quienes reciben previamente la dotación de los insumos necesarios, incluidos los elementos de protección personal (EPP), pruebas POCT, material de bioseguridad y demás dispositivos requeridos para el adecuado desarrollo de la actividad. Lo anterior garantiza un abordaje integral, seguro y oportuno de la población intervenida, asegurando la calidad del proceso, la correcta atención de los usuarios y la activación inmediata de la ruta de atención en caso de identificarse un resultado reactivo.

En el cuadro anterior se evidencian las diferentes jornadas nocturnas realizadas durante el período evaluado, así como el número de usuarios abordados y tamizados mediante la aplicación de pruebas rápidas POCT. La ejecución de estas actividades respondió a la

identificación de factores de riesgo y a las necesidades detectadas en cada usuario durante el abordaje en campo, de acuerdo con los criterios establecidos en los lineamientos técnicos. Esta información permite verificar la cobertura alcanzada, la productividad de las jornadas y la oportunidad en la prestación del servicio, garantizando una atención integral orientada a la detección temprana, la activación de las rutas de atención cuando corresponda y el fortalecimiento de las acciones de prevención y promoción de la salud.

4.5.3 Servicios Complementarios Medicamentos

Para garantizar el cumplimiento de los objetivos propuestos, se desarrolló un proceso de planeación orientado a asegurar la entrega oportuna de medicamentos a la población priorizada atendida por la estrategia MÁS Bienestar en Tu Hogar. Se realizó la identificación y caracterización de los usuarios con requerimientos farmacológicos, la validación de las fórmulas médicas vigentes y la consolidación de las bases de datos para la programación de las entregas, priorizando a las personas con condiciones de vulnerabilidad, enfermedades crónicas, discapacidad, institucionalización o dificultades de acceso a los servicios de salud.

Para la ejecución de las actividades se mantuvo una articulación permanente con las diferentes dependencias de la Subred Integrada de Servicios de Salud, especialmente con los servicios farmacéuticos (Audifarma Capital Salud) con el propósito de coordinar la programación de las entregas, verificar la disponibilidad de medicamentos, gestionar novedades relacionadas con formulaciones médica. De igual forma, se fortaleció la articulación con los coordinadores de las instituciones, concertando previamente las fechas, horarios y condiciones para la entrega de medicamentos, verificando la presencia de los usuarios o de sus cuidadores y asegurando que las condiciones de almacenamiento y recepción fueran adecuadas.

Tabla 22. Intervenciones desarrolladas entrega de medicamentos

Institución	Localidad	No usuarios con orden de medicamentos	No usuarios con medicamentos entregados	% Efectividad	Resultados con datos críticos
ESTACION DE POLICIA BOSA-COMUNIDAD ANTONIA SANTOS	**BOSA**	77	45	58,44%	
ESTACION DE POLICIA KENNEDY - SOCIOSANITARI	**KENNEDY**	116	82	70,69%	

OS SALUD Y VIDA -CUIDADO TRANSITORIO VILLA KENNEDY - CIAI 6-					
COMUNIDAD GUARDIANES DE SUEÑOS-ESTACION DE POLICIA FONTIBÓN	**FONTIBÓN**	47	9	19,15%	
CUIDADO TRANSITORIO CUNDINAMARCA-SOCIOSANITARIO MEMORIA Y SABER -URI PUENTE ARANDA-HOGAR DE PASO DIA Y NOCHE BAKATA-HOGAR DE PASO DIA Y NOCHE PUENTE ARANDA	**PUENTE ARANDA**	228	0	0,00%	
Total		468	136		

Fuente: Descarga aplicativo GTAPS, tableros de control EMBH Subred Sur Occidente
NOTA: (Se evidencia que algunos usuarios no pueden ser cargados en el aplicativo GTAPS, debido a que durante la valoración médica no se realiza la gestión correspondiente en el módulo de alertas. Como consecuencia, los íconos de **Laboratorios** y **Medicamentos** no quedan habilitados en el sistema, lo que impide efectuar el registro y cargue oportuno de la información requerida. Adicionalmente, al realizar el descargue del plano, la información no puede quedar **desagregada por institución según la localidad**, lo que dificulta la consolidación, distribución y seguimiento de los registros para su correcta gestión operativa.)

Durante el período evaluado se identificaron 438 usuarios con orden médica para entrega de medicamentos, de los cuales 318 recibieron oportunamente sus tratamientos, alcanzando una efectividad del 72,60 %. Este resultado evidencia un desempeño favorable de la estrategia de entrega extramural, contribuyendo a disminuir las barreras de acceso para la población priorizada y fortaleciendo la continuidad de los tratamientos farmacológicos, especialmente en personas con enfermedades crónicas, discapacidad, institucionalizadas y con limitaciones para desplazarse a los servicios de salud.

En relación con la oportunidad, la gestión se desarrolló desde el momento de la generación de la orden médica hasta la entrega efectiva del medicamento al usuario o su cuidador, mediante la validación de las fórmulas vigentes, la programación de las rutas de entrega, la coordinación con el servicio farmacéutico y la verificación permanente de la disponibilidad de los medicamentos. Estas acciones permitieron optimizar los tiempos de dispensación y garantizar la continuidad de los tratamientos, reduciendo el riesgo de interrupciones terapéuticas y favoreciendo la adherencia al manejo farmacológico.

El análisis de los casos permitió identificar que algunos usuarios con orden médica no recibieron el medicamento durante el período evaluado, situación atribuible principalmente a dificultades administrativas relacionadas con autorizaciones por parte de las EPS Capital Salud, problemas logísticos o discontinuidad en el medicamento formulado y novedades en la disponibilidad de algunos medicamentos. Estos casos fueron objeto de seguimiento individual por parte del equipo de servicios complementarios para gestionar su resolución y garantizar la continuidad del tratamiento.

NOTA: Es importante mencionar que las comunidades cuidado Cundinamarca (04/05/2026) Antonia santos (27/05/2026) y CIAI 6 (26/0572026) dejaron de operar en el mes de Mayo 2626

4.7. ABORDAJE EN EL MARCO DE LA APSOCIAL

4.8.1 Paga diarios con MÁS Bienestar

Tabla 23. Intervenciones realizadas para la apertura de paga diarios

Localidad	Total, de paga diarios caracterizados	Principales necesidades identificadas		
		Total, de familias con Concertación de Planes de Bienestar	Total, de familias con Seguimientos	Total, de familias con Derivaciones
07- Bosa	199	28	0	28
08- Kennedy	12	0	25	0
09- Fontibón	29	0	0	0
16- Puente Aranda	11	0	0	0

Comentado [52]: cual es el perfil de morbilidad de la población atendida en esta estrategia

Comentado [53R52]: resuelto

Localidad	Total, de paga diarios caracterizados	Principales necesidades identificadas		
		Total, de familias con Concertación de Planes de Bienestar	Total, de familias con Seguimientos	Total, de familias con Derivaciones
Total	251	28	0	28

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS-Drive Secretaria de Salud

Teniendo en cuenta el objetivo de la apertura del inmueble tipo paga diario en los meses a reportar se logró una intervención integral orientada a identificar y gestionar las necesidades en salud y bienestar de una población caracterizada por condiciones de alta vulnerabilidad social, movilidad permanente, informalidad habitacional y limitaciones en el acceso a la oferta institucional. El proceso permitió establecer una caracterización integral de las familias residentes, considerando aspectos físicos, psicosociales, económicos y ambientales, lo que facilitó la clasificación de los riesgos y la priorización de las intervenciones de acuerdo con las condiciones particulares de cada núcleo familiar.

Desde la caracterización territorial, el abordaje de los paga diarios permitió identificar una concentración de población con necesidades complejas y múltiples determinantes sociales que afectan su bienestar. Entre las principales necesidades identificadas se encontraron dificultades en el acceso efectivo a los servicios de salud, debilidades en el aseguramiento, presencia de enfermedades crónicas sin seguimiento, riesgos en salud mental, condiciones de hacinamiento, inseguridad alimentaria, barreras administrativas para acceder a la atención y necesidades de protección social. Asimismo, se evidenció la presencia de grupos priorizados, entre ellos gestantes, niños y niñas menores de cinco años, personas mayores, personas con discapacidad, población migrante y personas con enfermedades crónicas, quienes requirieron una respuesta diferencial y prioritaria.

Como respuesta a las necesidades identificadas, se concertan e implementan **Planes de Bienestar** construidos de manera conjunta con las personas y las familias, definiendo acciones específicas orientadas a la reducción de riesgos, el fortalecimiento de factores protectores y el mejoramiento de las condiciones de salud y calidad de vida. Dentro de los seguimientos realizados a la población alguna de estas no fue posible encontrar en el lugar de caracterización al ser una población flotante. Es importante mencionar que los planes de bienestar concertados son para familias tipo 4 por criterio de priorización (gestantes, infancia, salud mental. cáncer, discapacidad y crónicos inhaderentes a rutas)

La gestión desarrollada contempló igualmente la activación de rutas de atención y la realización de derivaciones al perfil que se requiere según la necesidad de las familias. Los casos que requerían atención especializada fueron articulados con los diferentes profesionales del equipo MÁS Bienestar en Tu Hogar (medicina, enfermería, odontología, psicología y terapias), mientras que las necesidades que excedían la capacidad resolutiva del equipo fueron remitidas a las EPS, servicios de mayor complejidad y entidades de los sectores de integración social, educación, empleo y protección, fortaleciendo la respuesta intersectorial frente a los determinantes sociales identificados.

4.8. 4.6.2 Abordaje Familiar en Paga diarios

Tabla 24. Abordaje Familiar en Paga diarios

LOCALIDAD	TOTAL, DE FAMILIAS CARACTERIZADAS	TOTAL, FAMILIAS CON ACTUALIZACIÓN	TOTAL, DE INDIVIDUOS CARACTERIZADOS Y ACTUALIZADOS	TOTAL, DE FAMILIAS CLASIFICADAS EN PRIORIDAD ALTA	TOTAL, DE FAMILIAS CLASIFICADAS EN PRIORIDAD MEDIA	TOTAL, DE FAMILIAS CLASIFICADAS EN PRIORIDAD BAJA
07- Bosa	12	0	10	0	0	12
08- Kennedy	199	3	219	2	2	198
09-Fontibón	29	1	25	0	0	30
16- Puente Aranda	11	0	11	0	2	9
Total	251	4	265	2	4	249

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

En cuanto al seguimiento, se implementó un proceso sistemático de monitoreo basado en el nivel de riesgo y en las condiciones particulares de cada familia, garantizando la continuidad de la atención mediante visitas, seguimiento telefónico, actualización permanente de la información y acompañamiento a los usuarios con mayor vulnerabilidad. Se dio especial prioridad a gestantes sin controles prenatales, personas sin aseguramiento, usuarios remitidos a servicios de urgencias, personas con enfermedades transmisibles que requerían fortalecimiento de la adherencia terapéutica y población con actividades sexuales pagas, desarrollando acciones diferenciales orientadas a reducir riesgos y garantizar el acceso oportuno a los servicios de salud (Familias tipo 4)

Entre los principales logros del proceso se destaca la consolidación de un seguimiento sistemático que permitió verificar el cumplimiento de los compromisos establecidos en los Planes de Bienestar, fortalecer la adherencia a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), promover el acceso efectivo a los servicios de salud y facilitar la articulación con las diferentes entidades del sector salud y otros sectores sociales. Asimismo, el seguimiento favoreció la identificación oportuna de nuevos factores de riesgo, la activación de rutas de atención para casos prioritarios y el acompañamiento continuo a gestantes, niños y niñas menores de cinco años, personas con enfermedades transmisibles, personas sin aseguramiento y otros grupos de especial protección.

No obstante, el proceso también evidenció brechas relacionadas con la alta rotación de la población residente en los paga diarios, las dificultades para mantener el contacto con algunas familias, la persistencia de barreras administrativas para el acceso a los servicios

de salud, la discontinuidad en algunos tratamientos y las limitaciones derivadas de condiciones socioeconómicas que afectan la adherencia a las recomendaciones emitidas por los equipos interdisciplinarios. Estas situaciones representan desafíos para garantizar el cierre efectivo de todos los casos y exigieron una gestión permanente con las instituciones responsables de la atención.

Frente a estas brechas, se fortalecieron las acciones de seguimiento mediante visitas domiciliarias, contactos telefónicos priorizados, actualización continua de la caracterización familiar, acompañamiento en los procesos de aseguramiento, recordación y verificación de citas, derivaciones a servicios de salud y programas sectoriales e intersectoriales, así como la orientación permanente para el acceso a la oferta institucional. En los casos de mayor complejidad, se realizaron seguimientos diferenciales y coordinación con las EPS, las entidades distritales y el equipo interdisciplinario de MÁS Bienestar en Tu Hogar, con el propósito de disminuir los riesgos identificados y garantizar la continuidad del cuidado.

En términos de efectividad, las acciones implementadas contribuyeron al fortalecimiento de la atención integral mediante una respuesta más oportuna frente a las necesidades detectadas, favoreciendo la mitigación de riesgos individuales y familiares, el acceso a servicios de promoción, prevención y atención, y el fortalecimiento de las capacidades de autocuidado de las familias residente

4.9. 4.6.3 Jornadas Más Bienestar para ciudadanos con habitanza o habitabilidad en calle - Recorrido Nocturno.

Tabla 25. Jornadas Más Bienestar para ciudadanos con habitanza o habitabilidad en calle - Recorrido Nocturno.

Localidad	Fecha de la jornada	No usuarios caracterizados	No atenciones individuales
FONTIBÓN	13/04/2026	4	4
KENNEDY	14/04/2026	4	4
BOSA	17/04/2026	9	9
FONTIBÓN	11/05/2026	5	1
KENNEDY	13/05/2026	7	1
BOSA	15/05/2026	3	2
PUENTE ARANDA	10/06/2026	3	2
BOSA	12/06/2026	9	8

Durante el período evaluado se realizó la caracterización individual de 44 ciudadanos y ciudadanas habitantes de calle jornada nocturna proceso que permitió identificar las

condiciones de salud, los determinantes sociales y los principales factores de riesgo que afectan a esta población. Como resultado de la valoración integral, se efectuaron 12 atenciones individuales, dirigidas a las personas que, de acuerdo con el análisis de riesgo, requerían una intervención prioritaria por parte del equipo interdisciplinario, lo que representa una atención directa al 27,3 % de la población caracterizada.

La caracterización permitió identificar necesidades relacionadas con el acceso a los servicios de salud, aseguramiento, enfermedades crónicas sin control, consumo de sustancias psicoactivas, alteraciones en salud mental, riesgo de enfermedades transmisibles, condiciones de vulnerabilidad social y ausencia de redes de apoyo. La gestión adelantada con esta población se desarrolló de manera articulada con la Secretaría Distrital de Integración Social, mediante recorridos conjuntos, seguimiento presencial, verificación de la evolución de los casos y acompañamiento para el acceso a los servicios de salud y protección social. Las atenciones individuales estuvieron dirigidas principalmente a usuarios con mayor nivel de vulnerabilidad, quienes requirieron valoración integral, activación de rutas de atención, orientación en aseguramiento, educación en salud y derivación a los servicios correspondientes según las necesidades identificadas.

Como resultado de las acciones implementadas, se fortaleció la identificación temprana de riesgos y la capacidad de respuesta institucional frente a las necesidades priorizadas, favoreciendo la vinculación de los ciudadanos a las rutas de atención en salud y el seguimiento de los casos que requerían intervenciones específicas. El trabajo articulado entre la Secretaría Distrital de Salud y la Secretaría Distrital de Integración Social permitió optimizar la gestión de los casos, mejorar la continuidad del cuidado y facilitar el acceso a la oferta institucional para una población con alta movilidad y múltiples condiciones de vulnerabilidad.

Entre los principales logros se destacan la caracterización efectiva de 44 ciudadanos y ciudadanas habitantes de calle, la realización de 12 atenciones individuales priorizadas, el fortalecimiento de la articulación interinstitucional y la activación de rutas de atención acordes con las necesidades identificadas. No obstante, persisten brechas relacionadas con la alta movilidad de esta población, las dificultades para mantener un seguimiento continuo, la baja adherencia a algunos procesos de atención y las barreras administrativas asociadas al aseguramiento y al acceso oportuno a los servicios de salud, sin dejar a un lado los factores sociales que están presentes en este tipo de población. Frente a esto se hace articulación con integración social donde se reporta la baja adherencia de asistencia a la intramuralidad para poder educar al usuario la importancia de asistir.

Comentado [54]: describir como es la articulación para llevar a los usuarios de esta estrategia a los servicios intramurales de la entidad

Comentado [55R54]: revisado

Como oportunidades de mejora se plantea fortalecer las estrategias de búsqueda activa y seguimiento a la población, incrementar la cobertura de las atenciones individuales, consolidar mecanismos de intercambio de información entre las entidades participantes y reforzar las acciones de acompañamiento dirigidas a la población con mayor riesgo. Estas acciones permitirán mejorar la continuidad de la atención, aumentar la capacidad resolutiva

de la estrategia y avanzar en el cierre de brechas, en concordancia con los objetivos de atención integral para los ciudadanos y ciudadanas habitantes de calle.

También es importante realizar articulación con otras entidades que permiten que el equipo operativo que realiza las acciones a la población se sienta segura y no corra peligro durante el recorrido; esto debido a que los puntos donde se realizan los recorridos son peligrosos y tiene una demanda alta de inseguridad por lo cual; sería bueno contar con la policía y/o si es de pertinencia seguridad y gobierno

4.10. 4.6.4 Jornadas de identificación de riesgos y atención Integral para ciudadanos con habitanza o habitabilidad en calle.

Tabla 22. **habitanza o habitabilidad en calle.**

Nombre de la institución	**Fecha**	**No usuarios caracterizados**	**No atenciones individuales**
PARQUE TERCER MILENIO	1/4/2026	5	4
MÁRTIRES	8/4/2026	10	9
MÁRTIRES	10/4/2026	5	5
VOTO NACIONAL	15/4/2026	12	10
VOTO NACIONAL	17/4/2026	10	10
BAKATA/PUENTE ARANDA	22/4/2026	20	24
BAKATA/PUENTE ARANDA	24/4/2026	20	15
PARQUE TERCER MILENIO	29/4/2026	13	14
MÁRTIRES	6/5/2026	9	9
MÁRTIRES	8/5/2026	6	6
VOTO NACIONAL	15/5/2026	11	11
BAKATA/PUENTE ARANDA	22/5/2026	33	31
PARQUE TERCER MILENIO	29/5/2026	9	9
MÁRTIRES	5/6/2026	10	10
VOTO NACIONAL	12/6/2026	8	8
BAKATA/PUENTE ARANDA	19/6/2026	18	34
PARQUE TERCER MILENIO	26/6/2026	14	14

Las jornadas de atención permitieron realizar la caracterización individual de los ciudadanos y ciudadanas habitantes de calle con el propósito de identificar sus condiciones de salud, factores de riesgo y necesidades sociales, constituyéndose en el punto de partida para la concertación de los Planes de Bienestar y la definición de las acciones de atención y

seguimiento. La caracterización contempló la aplicación de instrumentos de valoración integral y tamizajes de riesgo, priorizando la identificación de enfermedades crónicas, alteraciones en salud mental, consumo de sustancias psicoactivas, enfermedades transmisibles, barreras de aseguramiento y otras condiciones de vulnerabilidad que pudieran afectar la continuidad del cuidado.

Desde el componente cualitativo, los principales hallazgos evidenciaron una población con múltiples necesidades en salud y protección social, asociadas a la permanencia en calle, el acceso limitado a los servicios de salud, la ausencia de redes de apoyo y la presencia de determinantes sociales que incrementan el riesgo de enfermedad y exclusión

Desde el análisis cuantitativo, la estrategia establece que cada jornada debe garantizar una atención mínima de doce usuarios por profesional, privilegiando la realización de atenciones individuales como mecanismo para fortalecer la resolutividad y la continuidad del cuidado. Para los meses reportados se caracterizan 213 usuarios y se generan 185 valoraciones individuales.

La gestión adelantada con los ciudadanos y las ciudadanas habitantes de calle se desarrolló de manera articulada con Secretaría Distrital de Integración Social, fortaleciendo la coordinación institucional desde la planeación de las jornadas hasta el seguimiento posterior de los casos. Como resultado de la valoración integral, se concertaron compromisos individuales orientados al acceso a consultas médicas, apoyo diagnóstico, aseguramiento, vacunación, educación en salud y vinculación a programas sociales, promoviendo una respuesta integral frente a las necesidades identificadas.

Como principales avances se destaca la consolidación de un modelo de atención intersectorial que permitió fortalecer la identificación temprana de riesgos, mejorar la oportunidad en la activación de rutas de atención, incrementar la articulación entre los equipos de salud y la Secretaría Distrital de Integración Social y orientar las intervenciones hacia las necesidades específicas de cada ciudadano.

4.11. 4.6.5 Desarrollo de acciones intersectoriales en el marco de la Atención Primaria Social: Población privada de la libertad

En el marco de la Atención Primaria Social, se desarrollaron acciones intersectoriales orientadas a garantizar la atención integral de la población privada de la libertad ubicada en Centros de Detención Transitoria, Unidades de Reacción Inmediata (URI) y estaciones de Policía, mediante un trabajo articulado entre el sector salud, el sector justicia y las demás entidades responsables de la custodia, protección y garantía de derechos de esta población.

Como parte del proceso, se realizaron acciones de alistamiento institucional y reconocimiento de las dinámicas propias de los centros de reclusión transitoria, estableciendo acuerdos operativos con las autoridades responsables de la custodia para

coordinar el desarrollo de las jornadas, definir rutas de articulación y garantizar condiciones adecuadas para la prestación de los servicios de salud. Estas actividades favorecieron la articulación entre los sectores salud y justicia, permitiendo una intervención organizada, segura y ajustada a las particularidades del contexto de privación de la libertad.

Durante las jornadas se efectuó la caracterización de la población privada de la libertad, la identificación temprana de riesgos individuales y colectivos, la implementación de acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, educación en salud y gestión del riesgo. Asimismo, se gestionó el acceso a consultas médicas, la activación de rutas de aseguramiento, la programación de atenciones especializadas, la toma de muestras diagnósticas, la entrega de medicamentos y la remisión a otros niveles de atención cuando la condición clínica lo requirió. Estas acciones permitieron intervenir de manera oportuna los riesgos sociales y en salud derivados de las condiciones de hacinamiento, permanencia en centros transitorios, enfermedades crónicas, enfermedades transmisibles, salud mental y demás factores asociados a la privación de la libertad.

La articulación intersectorial incluyó además la coordinación con trabajo social para la gestión de determinantes sociales que inciden en el estado de salud de las personas privadas de la libertad, el restablecimiento o verificación del aseguramiento en salud, el seguimiento a las derivaciones realizadas y el fortalecimiento de la adherencia a tratamientos y controles clínicos, favoreciendo la continuidad del cuidado aun dentro de las limitaciones propias del contexto institucional.

De manera complementaria, se desarrollaron procesos de educación para la salud orientados a fortalecer capacidades para el autocuidado, la prevención y control de enfermedades respiratorias, infecciones de transmisión sexual, enfermedades crónicas, salud bucal e higiene personal, promoviendo prácticas protectoras acordes con las condiciones de reclusión y contribuyendo a disminuir factores de riesgo que afectan esta población.

Finalmente, la gestión contempló el seguimiento continuo a la población privada de la libertad mediante el monitoreo de la adherencia a tratamientos, la verificación del cumplimiento de las atenciones programadas, el registro de novedades en los sistemas de información institucionales, la notificación de eventos de interés en salud pública y la activación de rutas de urgencias cuando fue necesario. Todo el proceso se desarrolló bajo un enfoque de derechos, equidad, pertinencia y trato digno, reconociendo las condiciones de vulnerabilidad de la población privada de la libertad y fortaleciendo la respuesta articulada entre los sectores de salud, justicia y demás actores institucionales para garantizar una atención integral, continua y resolutiva.

Tabla 23. Intervenciones desarrolladas en población privada de la libertad

URI - Estación de Policía por Localidad	N° de jornadas programadas	N° de jornadas realizadas	No usuarios caracterizados	No atenciones individuales	% cobertura
ESTACION DE POLICIA KENNEDY	5	5	64	38	59.37%
ESTACION DE POLICIA BOSA	4	4	87	33	37.93%
URI PUENTE ARANDA	13	13	403	94	23.07%
ESTACION DE POLICIA FONTIBÓN	2	2	18	18	100%
TOTAL	24	24	572	183	31.99%

En los períodos reportados se presentaron patologías como enfermedades crónicas, enfermedades respiratorias y gastrointestinales, tuberculosis (diagnosticada, tratada) dolores articulares.

4.12. 4.6.7 Desarrollo de acciones intersectoriales en el marco de la Atención Primaria Social: POBLACIÓN CON ABANDONO SOCIAL

Tabla 24. Población con abandono social

Tipo de institución	Nombre de la institución	# de jornadas realizadas	# Usuarios en la institución	# Usuarios con valoración individual	Porcentaje de cobertura (# Usuarios en la institución /# Usuarios con valoración individual)	# usuarios con requerimiento de citas	# usuarios con respuesta al agendamiento	Porcentaje de efectividad (# usuarios con requerimiento de citas/# usuarios con respuesta al agendamiento)

SOCIOSANITARIO	MEMORIA Y SABER	5	50	76	100%	32	20	62.5%
SOCIOSANITARIO	SALUD Y VIDA	5	49	66	100%	39	22	56.41%
COMUNIDAD	GUARDIANES DE SUEÑO	3	56	32	57.14 %	18	10	55.55%
COMUNIDAD	VILLA KENNEDY	4	71	43	60.56 %	15	3	20%
COMUNIDAD	ANTONIO SANTOS	3	46	31	67.39 %	21	21	0
CENTROS INTEGRARTE DE ATENCION INTERNA	CIAI 6	1	80	10	20%	58	50	90.99%

Durante el período evaluado se avanzó en la implementación de las acciones definidas para la atención integral de la población en abandono social residente en las unidades de la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS), mediante la realización de jornadas de valoración integral en salud, educación para la salud, gestión del riesgo y seguimiento a los planes de bienestar.

Entre los principales logros se destaca la consolidación de jornadas organizadas de atención que permitieron fortalecer la identificación temprana de riesgos individuales, la actualización de las condiciones de aseguramiento, la gestión de derivaciones hacia servicios de salud, la programación de consultas, procedimientos diagnósticos y el desarrollo de acciones educativas orientadas al autocuidado y la promoción de hábitos

saludables. Asimismo, se fortaleció la articulación interinstitucional para garantizar la continuidad del cuidado y el seguimiento de los casos priorizados mediante la implementación de los planes de bienestar individuales. Estas acciones contribuyeron a mejorar la oportunidad en el acceso a los servicios de salud y la gestión integral de las necesidades identificadas en la población institucionalizada.

Respecto a la cobertura de usuarios con valoración individual, aunque se evidenciaron avances importantes, no fue posible alcanzar la totalidad de la población objetivo. Entre las principales causas se identifican la alta rotación y movilidad de los usuarios entre unidades institucionales, el no querer participar de las jornadas de valoración por parte de los usuarios.

Las valoraciones individuales y los reportes institucionales permitieron identificar como principales condiciones de morbilidad una alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedad cardiovascular; trastornos osteomusculares asociados al envejecimiento y la dependencia funcional; alteraciones en salud mental, incluyendo síntomas depresivos, ansiedad, deterioro cognitivo y trastornos neuropsiquiátricos; problemas de salud oral; alteraciones nutricionales; enfermedades respiratorias recurrentes; afecciones dermatológicas relacionadas con la dependencia funcional y el cuidado de la piel(durante el periodo reportado no se evidencia casos en interés de salud pública, sin embargo se hace la claridad que se pueden presentar estas afecciones) ; así como necesidades de actualización de esquemas de vacunación y seguimiento clínico permanente. Estos hallazgos orientan la priorización de intervenciones individuales y colectivas, así como la gestión de las respectivas rutas de atención.

Comentado [56]: cuantos eventos de interes en salud publica se encontraron en estas acciones y como es el manejo de las mismas

Comentado [57R56]: revisado

En cuanto a la implementación de los planes de bienestar, se evidenciaron avances significativos en la concertación de intervenciones acordes con las necesidades identificadas durante las valoraciones individuales. Se fortaleció el seguimiento a las citas médicas, la gestión del aseguramiento, la articulación con las EPS para el cumplimiento de órdenes médicas, la remisión a servicios especializados y la coordinación con los equipos sociales de las unidades para favorecer la continuidad del cuidado. Igualmente, se desarrollaron acciones educativas dirigidas a promover el autocuidado, la prevención de enfermedades, la higiene personal, la salud mental, la alimentación saludable y la adherencia a los tratamientos. No obstante, persisten dificultades relacionadas con los tiempos de respuesta de algunos prestadores, la oportunidad en la asignación de citas especializadas, la rotación de usuarios en las instituciones

NOTA: Es importante mencionar que las comunidades cuidado Cundinamarca (04/05/2026) Antonia santos (27/05/2026) y CIAI 6 (26/0572026) dejaron de operar en el mes de Mayo 2626

4.13. 4.6.8 Casas MÁS Bienestar

Teniendo en cuenta los datos suministrados de abordaje a la población que se encuentra en las casas más bienestar se evidencia un alto nivel de cobertura en la participación de las personas convocadas a las actividades desarrolladas en las Casas Más Bienestar, alcanzando el 91,3 % de asistencia. El indicador refleja una adecuada capacidad de convocatoria, coordinación con las unidades y aceptación de las actividades propuestas por parte de la población objetivo.

El porcentaje de personas que no participaron corresponde al **8,7 %** (41 personas), situación que puede estar asociada a factores propios de la población atendida, tales como condiciones de salud que limitan la asistencia, incapacidades temporales, hospitalizaciones, citas médicas coincidentes con la programación de las actividades, dificultades de movilidad, ausencias por actividades institucionales o ingresos y egresos de las unidades durante el periodo de ejecución. En términos de gestión, el resultado demuestra que las estrategias implementadas para la convocatoria y el desarrollo de las actividades fueron efectivas; sin embargo, persiste la oportunidad de fortalecer el seguimiento nominal de las personas que no participaron, con el fin de identificar oportunamente las causas de inasistencia y generar acciones adherencia a las actividades que realizan los profesionales de EMBH

Frente al cumplimiento del **100 %** de las sesiones programadas evidencia una ejecución satisfactoria del plan operativo establecido para Casas Más Bienestar. Este resultado demuestra una adecuada planeación, organización y coordinación entre los equipos responsables, garantizando el desarrollo de la totalidad de las actividades previstas dentro del cronograma.

El cumplimiento total de las sesiones favorece la continuidad de los procesos de promoción de la salud, prevención de riesgos y fortalecimiento del bienestar físico, mental y social de los participantes, asegurando la oferta institucional prevista para el periodo evaluado.

No obstante, aunque se logró ejecutar la totalidad de las sesiones programadas, es importante considerar que el cumplimiento del cronograma no garantiza por sí solo la participación del total de usuarios convocados.

Tabla 25. Indicador Participación

	Tipo de sesión	N.º de participantes	Total personas convocadas	Resultado alcanzado
Subred	**Autocuidado Integral**	43	66	65.15%
	Autonomía Cotidiana	315	303	96.19%
	Bienestar Emocional	70	100	70%

Fuente: Archivo plano sesiones colectivas EMBH

Tabla 26. Indicador Asistencia

	Tipo de sesión	N.º de sesiones realizadas	Total, de sesiones programadas	Resultado alcanzado
Subred	**Autocuidado Integral**	11	11	100%
	Autonomía Cotidiana	81	81	100%
	Bienestar Emocional	18	18	100%

Fuente: Archivo plano sesiones colectivas EMBH

5. CUIDADO CONTINUO POR UNA VIDA CON BIENESTAR CON ENFOQUE DIFERENCIAL POBLACIONAL Y DE GÉNERO

6. 5.1 FAMILIAS ÉTNICAS-AFRODESCENDIENTES

5.1.1 Plan de Bienestar con Familias Étnicas – Afrodescendientes

Tabla 27. Plan de Bienestar Afrodescendiente

LOCALIDAD	Número de familias con Formulación e implementación de Plan de Bienestar Diferencial en Familias de comunidades Negras y Afrocolombiana
Bosa	**27**
Kennedy	**27**
Fontibón	**27**
Puente Aranda	**27**
Total	**108**

Fuente: Archivo plano plan de bienestar familiar GTAPS

Para el período El abordaje de las familias afrodescendientes por los EMBH salud brindaron una atención intercultural, respetuosa que permite afianzar y Reconocer sus prácticas

culturales, fortalecer la comunicación y promover la equidad que contribuye a una atención integral ya mejores resultados en salud, se realizaron actividades con los 4 equipos de Kilombos contratados con una intervención de 108 familias nuevas intervenidas donde a través de la priorización se realiza la búsqueda activa para la intervención y atención a 3 gestantes Sin factores de riesgo desde la medicina occidental con intervención de medicina ancestral desde la partería a través de sus usos y costumbre, **8** menores de 5 años incidiendo en el mejoramiento de sus condiciones de vida, transformación de riesgos en salud, se orientan al desarrollo o fortalecimiento de factores protectores para la salud infantil; así como a la identificación y gestión del riesgo en salud de los niños y niñas de los grupos étnicos. Se realizan acciones educativas en signos de alarma, signos de desnutrición y de cambio de comportamientos junto con la Identificación de las condiciones familiares, sociales, económicas y de acceso al sistema general de seguridad social en salud. Una de las acciones específicas es realizar seguimiento a vacunación, gestión del riesgo y seguimiento a compromisos concertados con cada una de las familias es Brindar Información y educación en salud para establecer compromisos de acciones que la familia puede y debe realizar en su vivienda para el manejo de los riesgos identificados y Desarrollar acciones promocionales para la adopción de comportamiento y conductas para la salud desde prácticas propias de salud y cuidado, donde se incluyan acciones preventivas en el hogar.

Otro factor de riesgo identificado son 25 familias con condiciones crónicas adherentes a su tratamiento con condiciones de riesgos intervenidos desde la medicina ancestral y la medicina occidental, y 72 familias Intervenidas por otros eventos en salud propios de la comunidad Afrodescendiente en donde a través de la cultura se generan acciones de seguimiento a tratamientos desde la medicina ancestral y por parte del perfil de enfermería se potencializa la educación para prevención de enfermedades. cierre de 29 familias que por periodicidad obtienen transformación positiva de los riesgos de la familia logrando desde la intervención de los equipos la transformación positiva de la dinámica familiar y la adherencia a los servicios de salud.

5.1.2 Apechontería con familias étnicas – Afrodescendientes

Tabla 28. Apechonteria con Familias étnicas Afrodescendientes

Nombre del indicador	**Frecuencia de medición**	**Fórmula**
Sesiones educativas diferenciales para las diferentes etnias. (afrodescendientes, palenqueros, Wounaan, Rrom Gitanos, Muisca Bosa y Muisca Suba)	36 sesiones	(N° sesiones educativas realizadas / N° total de sesiones programadas) Para el trimestre se realizaron 36 sesiones de apechonteria y se logro el avance a la construcción de

		contenidos diferenciales afrodescendientes con 12 encuentros del equipo

Comentado [58]: se debe mencionar si estas contrucciones se contemplan dentro del reporte de 36, teniendo en cuenta que en este caso no corresponde a espacios comunitarios, lo cual debe quedar diferenciado

Comentado [59R58]: resuelto

En la acción de Bienestar de apechonteria se realizaron sesiones de ejecución de actividades en el desarrollo solo de espacios formativos, no se soportan acciones comunitarias solo 36 sesiones de apechonteria con la participación de 426 usuarios en donde se han enmarcado acciones de protección por parte de los equipos en temas de salud ambiental. y su impacto en el contexto de ciudad , Salud sexual y reproductiva, manejo de signos de alarma en la Hipertensión y otras enfermedades Crónicas, prácticas para el cuidado de la salud y uso de las plantas desde la medicina ancestral, transmisión de saberes desde la cosmovisión y cosmogonía, Temas de medicina ancestral y ambiental y acompañamiento emocional frente a factores importantes y relevantes de encuentro personal con los equipos de apoyo y cercanía por parte de las familia reforzando la identidad comunitaria y afrodescendiente de Sanación afectiva y espiritual. Adicional a ello se lograron realizar 12 encuentros por el equipo encaminados al avance de la construcción de contenidos diferenciales .

Por parte de los técnicos Ambientales se realiza seguimiento a las iniciativas de Huertas y azoteas en donde con la comunidad han realizado diferentes actividades entre ellas la siembra de Plántulas y semillas aromáticas con asesoría de los técnicos ambientales mensualmente, siembra de semillas de hierbas aromáticas, protección del medio ambiente a través de la identidad cultural Afrodescendiente y desarrollo de la comunidad de cada una de las localidades de la subred suroccidente. La labor fundamental del técnico ambiental es desde una perspectiva integral que reconoce el valor de los saberes ancestrales de las comunidades afrodescendientes.

5.1.3 Técnicas de curación ancestral - Negras y Afrocolombianas

En relación con las técnicas de curación ancestral propias de la medicina ancestral desarrolladas por los diferentes grupos étnicos, durante el presente trimestre se realizaron 94,6 acciones en las localidades de Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda, con la participación de 885 personas, quienes recibieron atención por parte de los equipos de abordaje étnico diferencial.

Comentado [60]: validar el dato ya que por informe de gestión para el trimestre reportaron 94,6

Comentado [61R60]: resuelto

En estas acciones se implementaron técnicas tradicionales de sanación y se entregaron insumos propios de cada grupo étnico afrodescendiente, como plantas medicinales, preparados naturales y aceites, utilizados de acuerdo con los tratamientos ancestrales. Asimismo, el gestor comunitario fortaleció la estrategia permanente de convocatoria dirigida a las familias y a la comunidad para promover su participación en las actividades de medicina ancestral.

Cada grupo desarrolló intervenciones individuales según las necesidades de los participantes, mediante sesiones de armonización, atenciones espirituales, sobijos, despojos y prácticas con plantas medicinales, lideradas por parteras y sabedoras. Estas acciones estuvieron orientadas a la sanación de heridas, dolencias, malestares y enfermedades, abordando de manera integral las dimensiones física, mental, emocional y espiritual de las personas y de la comunidad.

De manera complementaria, el profesional de enfermería realizó la valoración del riesgo mediante la toma de talla y peso, además de brindar educación sobre la identificación de riesgos en salud, alimentación saludable y adherencia a los servicios de salud. Por su parte, el técnico ambiental fortaleció la identificación de riesgos ambientales, promoviendo el uso adecuado de plantas medicinales y de los recursos naturales, el manejo seguro del agua y las medidas de prevención de enfermedades respiratorias, incluyendo el lavado de manos y el uso adecuado del tapabocas.

Durante el desarrollo de estas acciones no se identificaron factores de riesgo tipo 3 o 4 que requirieran la remisión de participantes para atenciones individuales.

Tabla 29. Atenciones Individuales Afrodescendientes

LOCALIDAD	Número de atenciones Individuales de comunidades negras y afrocolombianas		
	Medicina	Enfermería	Nutrición
BOSA	0	0	0
KENNEDY	0	0	0
FONTIBÓN	0	0	0
PUENTE ARANDA	0	0	0
Total	0	0	0

A Partir de las atenciones realizadas en técnicas de curación en la Subred Suroccidente los equipos no se han identificado factores de Riesgo tipo 3 o 4 para derivar para atenciones Individuales ya que no se han atendido usuarios menores de 5 años con Desnutrición, Gestantes no adherentes o crónicos sin tratamiento, la mayor asistencia es frente a dolencias o achaques como lo refiere la comunidad Afrodescendiente No se realizan atenciones en salud para condiciones asociadas a la falta de adherencia al tratamiento

indicado, debido a que el manejo efectivo de dichas condiciones depende del cumplimiento adecuado de las recomendaciones médicas previamente establecidas por los profesionales de Salud.

5.2 FAMILIAS ÉTNICAS-PALENQUEROS

5.2.1 Plan de Bienestar con Familias Étnicas - Palenqueros

Tabla 30. Planes de Bienestar con familias Palenqueras

LOCALIDAD	Número de familias con Formulación e implementación de Plan de bienestar Diferencial en Familias de comunidades Palenqueras	Número de atenciones Individuales de comunidades Palenqueras		
		Medicina	Enfermería	Nutrición
Bosa	1	0	0	0
Kennedy	7	0	0	0
Fontibón	6	0	0	0
Santa fe	2	0	0	0
San Cristóbal	5	0	0	0
Rafael Uribe	1	0	0	0
Usme	2	0	0	0
Teusaquillo	1	0	0	0
Engativa	1	0	0	0
Total	26	0	0	0

En el marco de la implementación de la estrategia **MÁ MERISINA RÍ PALENGE – KILUMBA**, el equipo Palenquero Kilumba desarrolló las actividades programadas para el

periodo comprendido entre abril y junio de 2026, dando continuidad a las acciones orientadas al fortalecimiento de la atención integral con enfoque étnico diferencial para la población palenquera residente en las diferentes localidades del Distrito.

Durante este trimestre se mantuvo el proceso de caracterización de las familias palenqueras, así como el seguimiento permanente al **Plan de Cuidado Familiar Étnico Diferencial**, con el propósito de identificar las necesidades, capacidades y factores protectores presentes en cada núcleo familiar, favoreciendo la planeación e implementación de intervenciones integrales acordes con su contexto sociocultural.

De igual manera, las acciones desarrolladas permitieron fortalecer el acompañamiento a las familias mediante el reconocimiento de sus dinámicas, prácticas culturales y saberes ancestrales, promoviendo el acceso oportuno a las rutas de atención en salud y la articulación intersectorial, en concordancia con los principios de equidad, interculturalidad y garantía de derechos que orientan la estrategia que involucran la identificación de riesgo en donde se realizó la caracterización de **20** familias nuevas Caracterización social y ambiental y **4** familias con la implementación de plan de cuidado Familiar y monitoreo y evaluación 2 en donde se encuentran las familias priorizadas así: **5** menores de 5 años, **2** Gestante, y **19** familias priorizadas con otros eventos en salud para un total de 37 familias intervenidas en el trimestre en donde el fortalecimiento de acciones en salud genera adherencia a los servicios de salud con identificación de riesgos Gestacionales, con planes familiares concertados las cuales se encuentran priorizadas por las autoridades en diferentes localidades de del distrito con Santa fe 2, San Cristóbal 5, Rafael Uribe1, Usme 2, Teusaquillo 1, Engativá 1, Bosa 1, Kennedy 7 y Fontibón 3, con seguimiento al plan de cuidado familiar diferencial para este periodo. El abordaje étnico diferencial con el equipo Palenquero- Kilumba desarrollo acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como la reducción de factores de riesgo con el reconocimiento de las dinámicas de salud urbana, lingüística propia y adecuaciones socioculturales, que fortalezcan las prácticas de cuidado de la salud de forma integral en el distrito a través de la estrategia MÁ MERISINA RÍ PALENGE- KILUMBA.

5.2.2 Acciones Colectivas Diferenciales con familias étnicas – Palenqueros

Tabla 31. Acciones Colectivas Diferenciales Palenqueras

Nombre del indicador	**Frecuencia de medición**	**Fórmula**
Sesiones educativas diferenciales para las diferentes etnias. (afrodescendientes, palenqueros, Wounaan, Rrom	Mensual	(N° sesiones educativas realizadas / N° total de sesiones programadas) 12 sesiones colectivas y avance a la construcción de contenidos Diferenciales

Gitanos, Muisca Bosa y Muisca Suba)		

El equipo de la estrategia MÁ MERISINA RÍ PALENGE- KILUMBA para el desarrollo de sesiones colectivas logró realizar 12 sesiones colectivas con la participación de 122 personas en donde a través de los círculos de la palabra se desarrollan actividades que propenden al desarrollo acciones de promoción y prevención en salud desde los conocimientos propios de las comunidades, Dentro de las temáticas abordadas se encuentran Como priorización por la comunidad se desarrolla el tema La importancia de la Consumo de alimentos sanos y seguros, cuidados de la mujer Gestante desde la la medicina occidental y acompañamiento ancestral , sobos, dieta y limpieza , cuidado del cuerpo para el buen vivir, factor de riesgo en salud, clasificación de Residuos sólidos, cuidados en menores de 5años, ahorro de energía en la vivienda y ahorro del agua como impacto ambiental y prevención de accidentes en el hogar en menores de 5 años. Dentro de estas acciones el impacto de educación frente a la identificación de temáticas relacionadas con el sector salud han generado un alto impacto en la comunidad palenquera en la ciudad de Bogotá. Se desarrollaron 12 y 3 Actas de contenidos diferenciales con del Kuagro Moná ri Palenque MONÁ RI para un total de 15 sesiones ejecutadas con un indicador de impacto del 100%.

Así mismo el Técnico Ambiental realizó seguimiento a la iniciativa ambiental que se desarrolla en la Casona en donde se generan sesiones de seguimiento a la plantación de especies Nativas, Hierbas aromáticas, Tomate, conservación del espacio físico y ambiental como estrategia en donde se ofrecen talleres y capacitaciones a la comunidad Palenquera sobre el cuidado y mantenimiento de la huerta, con el objetivo de medir el impacto ambiental y social en la comunidad en espacios verdes que reducen el estrés y mejoran la salud. Se realiza seguimiento a la iniciativa ambiental palenquera, revisando los avances en su ejecución, el cumplimiento de las actividades programadas y la participación comunitaria.

5.2.3 Acciones Propias de medicina ancestral – Palenqueros.

Acciones Propias de Medina Ancestral Palenqueros

LOCALIDAD			
	Medicina	**Enfermería**	**Nutrición**
Bosa	0	0	0
Kennedy	0	0	0
Fontibón	0	0	0
Puente Aranda	0	0	0
Santa fe	0	0	0
Total	0	0	0

A nivel de las atenciones individuales no se soportan atenciones individuales por parte del equipo Palenquero kilumba. teniendo en cuenta que las prioridades abordadas son adherentes a Controles en su EAPB

En la Acción de Bienestar 42. Acciones Propias de medicina ancestral – Palenqueros Durante el trimestre, el equipo Kilumba desarrolló **21 acciones de medicina ancestral** con la comunidad palenquera en la localidad de Santa Fe, beneficiando a **168 participantes**. Las intervenciones incluyeron sesiones espirituales, sobos, despojos, sobijos de matriz, acompañamiento a gestantes y el uso de plantas medicinales e insumos ancestrales propios de la cultura palenquera, orientados a la prevención y tratamiento de diferentes dolencias y al fortalecimiento del bienestar integral.

De manera complementaria, el profesional de enfermería realizó la valoración integral del riesgo, educación en promoción de la salud y, cuando fue necesario, toma de medidas antropométricas y glucometría. El técnico ambiental promovió la identificación de riesgos ambientales, el uso adecuado de los recursos naturales y el cultivo de plantas medicinales. La sabedora lideró las prácticas de medicina ancestral en articulación con la medicina occidental, mientras que el gestor comunitario fortaleció la participación y la gestión intersectorial. Estas acciones contribuyeron al fortalecimiento de la identidad cultural, la preservación de los saberes ancestrales y la promoción de una atención integral con enfoque intercultural.

5.3 FAMILIAS INDÍGENAS EMBERA

La subred Sur Occidente, no cuenta con familias Emberá

5.3.1 Gestión Integral del riesgo en familias indígenas emberá

La subred Sur Occidente, no cuenta con familias Emberá

Tabla 32. Familias indígenas Emberá

Puntos de asentamiento	Número de personas identificadas	Número de acciones colectivas desarrolladas	Número de atenciones propias de medicina ancestral de Población Indígena Emberá	Número de atenciones Individuales de población Indígena Emberá
				Medicina
Rioja	0	0	0	0

Florida	0	0	0	0
Total	0	0	0	0

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

La subred Sur Occidente, no cuenta con familias Emberá

Tabla 33. Familias Emberá

RELACIÓN DE GESTIÓN DE CITAS MÉDICAS INTRAMURALES POR PUNTO DE ASENTAMIENTO			
PUNTO DE ASENTAMIENTO	**CITAS AGENDADAS**	**CITAS ASISTIDAS**	**CITAS NO ASISTIDAS**
Rioja	0	0	0
Florida	0	0	0

Fuente: Formulario Emberá aplicativo GTAPS y drive gestiones perfil social

La subred Sur Occidente, no cuenta con familias Emberá

5.3.2 Acciones promocionales Estrategia Unidad de atención integral comunitaria (UAIC)

La subred Sur Occidente, no cuenta con familias Emberá

Tabla 34. Familias Emberá

Nombre del indicador	**Frecuencia de medición**	**Fórmula**
Porcentaje de niños y niñas menores de cinco años de la comunidad indígena Emberá con identificación temprana y manejo oportuno de IRA.	Mensual	(Número de niños y niñas menores de cinco años atendidos por IRA /Total de niños y niñas menores de cinco años evaluados en la UAIC) × 100.
Porcentaje de niños y niñas menores de cinco años de la comunidad indígena Emberá con identificación temprana y manejo oportuno de EDA.	Mensual	(Número de niños y niñas menores de cinco años atendidos por EDA /Total de niños y niñas menores de cinco años evaluados en la UAIC) × 100.
Porcentaje de niños y niñas menores de cinco años de la comunidad indígena Emberá con identificación temprana y manejo oportuno de DNT.	Mensual	(Número de niños y niñas menores de cinco años atendidos por DNT /Total de niños y niñas menores de cinco años evaluados en la UAIC) × 100

La subred Sur Occidente, no cuenta con familias Embera

5.4 FAMILIAS DEL CABILDO INDIGENA WOUNAAN

La subred Sur Occidente, no cuenta con familias Wounaan

5.4.1 Gestión del riesgo en familias del cabildo indígena Wounaan de Bogota D.C Comunidad Baud Mos.

Tabla 35. Familias del cabildo Indígena Wounaan

LOCALIDAD	Número de familias con Formulación e implementación de Plan de bienestar Diferencial en Familias Indígena Wounaan Baud Mos	Número de atenciones Individuales de población Indígena Wounaan Baud Mos		
		Medicina	Enfermería	Nutrición
Ciudad Bolívar	0	0	0	0
Total	0	0	0	0

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

La subred Sur Occidente, no cuenta con familias Wounaan

Tabla 36. Familias Wounaan

Nombre del indicador	Frecuencia de medición	Fórmula
Sesiones educativas diferenciales para las diferentes etnias. (afrodescendientes, palenqueros, Wounaan, Rrom Gitanos, Muisca Bosa y Muisca Suba)	Mensual	(N° sesiones educativas realizadas / N° total de sesiones programadas)

La subred Sur Occidente, no cuenta con familias Wounaan

5.4.2 Acciones con enfoque en medicina ancestral cabildo indígena Wounaan comunidad Baud Mos

La subred Sur Occidente, no cuenta con familias Wounaan Comunidad Baud Mos.

5.5 FAMILIAS CUMPAÑA ROMANI

Tabla 37. Familias Cumpaña Romani

LOCALIDAD	Número de familias con Identificación y seguimiento del riesgo familiar Población Rrom-Gitana		Total	Número de acompañamientos hospitalarios con la población Rrom- Gitana		Total
	Organización- ProRrom	Organización- Unión Romaní		Organización- ProRrom	Organización- Unión Romaní	
Kennedy	**9**	**11**	**20**	**0**	**0**	**0**
Puente Aranda	**1**	**0**	**1**	**0**	**0**	**0**
Total	**10**	**11**	**21**	**0**	**0**	0

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Durante el trimestre Abril a Junio de 2026, el equipo Más Bienestar Diferencial Gitano intervino 21 familias del pueblo Rrom mediante acciones de búsqueda activa, identificación de riesgos e implementación del plan de cuidado familiar con enfoque diferencial. Se priorizaron 2 gestantes, quienes recibieron educación sobre cuidados durante la gestación, preparación para el parto, lactancia materna y crianza, en articulación con la sabedora de la organización Prorrom y los profesionales de enfermería y psicología. Se realizó seguimiento a un binomio madre-hijo con antecedente de sífilis gestacional, evidenciando resultado negativo para sífilis congénita en el recién nacido y continuidad del seguimiento.

Asimismo, se identificaron 12 familias con enfermedades crónicas, principalmente hipertensión y dislipidemias, a quienes se brindó educación sobre alimentación saludable, actividad física y adherencia al tratamiento. También se realizó seguimiento a 5 menores de cinco años, sin riesgo de desnutrición, y a 2 familias priorizadas por otros eventos de salud. Todas las intervenciones se desarrollaron respetando las dinámicas culturales y con autorización de las autoridades tradicionales de las organizaciones Prorrom y Unión Romaní..

Tabla 38. Arakadimos cumpañaco desde la medicina Ancestral

Nombre del indicador	Frecuencia de medición	Fórmula
Sesiones educativas diferenciales para las diferentes etnias. (afrodescendientes,	Mensual	(N° sesiones educativas realizadas / N° total de sesiones programadas) 12 sesiones= 100%

palenqueros, Wounaan, Rrom Gitanos, Muisca Bosa y Muisca Suba)		

El equipo Gitano Más Bienestar desarrolla acciones de Arakadimos Cumpañaco basadas en la medicina ancestral, en articulación con las organizaciones Prorrom y Unión Romaní. Durante el trimestre se realizaron 12 sesiones, correspondientes a dos encuentros mensuales con cada organización, orientados al fortalecimiento de los saberes tradicionales y la identidad cultural de la comunidad gitana (Rrom).

Los Arakadimos, como referentes tradicionales de la comunidad, cumplen un papel fundamental en la transmisión de conocimientos ancestrales, la orientación comunitaria y la mediación interna, fortaleciendo la cohesión social y la preservación cultural. Por esta razón, las acciones de salud se desarrollan bajo un enfoque intercultural y diferencial, reconociendo su participación dentro de los procesos comunitarios.

Las sesiones se fundamentan en la transmisión generacional de prácticas tradicionales que conciben la salud y la enfermedad como un equilibrio entre cuerpo, mente y espíritu. En estos espacios se emplean plantas medicinales como manzanilla, romero y salvia, proporcionando orientación sobre su uso y preparación según las necesidades de los participantes. Asimismo, se realizan oraciones y rituales enfocados en la protección y el bienestar de la salud.

Estos encuentros son liderados desde el diálogo y la palabra de las sabedoras, con el acompañamiento de las mayores de la comunidad, fortaleciendo la continuidad de los conocimientos ancestrales. Como complemento, el profesional de enfermería realiza valoración individual y educación en identificación de riesgos en salud, mientras que la psicóloga fortalece las redes de apoyo y brinda orientación en salud mental, teniendo en cuenta las dinámicas sociales y familiares propias de la comunidad Rrom.

Tabla 39. Atenciones individuales Población Rrom Gitano

LOCALIDAD	**Número de atenciones Individuales de población Rrom-Gitana - organización Unión Romaní**			**Número de atenciones Individuales de población Rrom-Gitana - organización Prorom**			**Total**		
	Medicina	**Enfermería**	**Nutrición**	**Medicina**	**Enfermería**	**Nutrición**	**Medicina**	**Enfermería**	**Nutrición**
Kennedy	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Total	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

A partir de las atenciones desarrolladas por el equipo no se identifican familias con usuarios tipo 3 o 4 para atención individual, cada una de las familias realiza seguimiento a sus condiciones de Riesgo acorde a la priorización, hay 2 gestantes con controles particulares que no permiten la atención individual solo asisten al parto a la EAPB o pago particular del mismo y un menor en bajo peso que no permiten con acta de desistimiento la intervención del equipo, fue caracterizado pero con dificultad con ICBF no permitieron más el ingreso por temor a que le quiten el menor, es importantes dar a conocer que el ingreso a esta población es bastante complejo teniendo en cuenta sus usos y costumbre y problemática de la misma comunidad.

5.6 FAMILIAS COMUNIDADES INDÍGENAS MUISCA

5.6.1 Plan de Cuido para las Familias de las comunidades indígenas Muiscas Bosa

Tabla 40. Familias Comunidades Indígenas Muisca de Bosa

LOCALIDAD	Número de familias con plan de bienestar instaurado	Número de seguimientos realizados	Número de atenciones desde la medicina ancestral desarrolladas	Número de espacios asistidos convocados por el cabildo	Número de atenciones Individuales de población Indígena Muisca
					Medicina
Bosa	40	119	120	9	0
Kennedy	1	1	1	0	0
Total	41	120	121	9	0

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Para el segundo trimestre del 2026 se dio continuidad al proceso de seguimiento familiar, fortaleciendo el acompañamiento integral a las familias de la comunidad indígena Muisca de Bosa mediante acciones articuladas con el equipo MAI y bajo un enfoque diferencial étnico, respetando la cosmovisión, los usos y costumbres propios del territorio.

Para el periodo de abril a Junio se realizaron 31 caracterizaciones de familias Nuevas, con priorización (9) familias con discapacidad y 22 por desarmonías, entendidas desde la cosmovisión Muisca como desequilibrios que afectan la armonía entre el ser, la familia, la comunidad y la naturaleza. La organización de la atención se realizó mediante concertación con el equipo MAI, permitiendo definir el acompañamiento de acuerdo con los criterios técnicos y diferenciales de cada equipo.

Durante este periodo se realizó el cierre de 10 familias, se dio continuidad a los procesos de seguimiento familiar, garantizando el acompañamiento permanente mediante la implementación de los planes de cuidado, el monitoreo de las situaciones identificadas y la respuesta oportuna a las necesidades priorizadas.

Las acciones desarrolladas durante el trimestre incluyeron visitas domiciliarias, espacios de orientación y acompañamiento familiar, así como la articulación con el sector salud y el componente psicosocial, favoreciendo un abordaje integral de las situaciones identificadas. De manera transversal, se incorporaron prácticas propias de la comunidad, reconociendo los saberes ancestrales relacionados con el cuidado de la vida y la salud, tales como el uso de plantas medicinales, preparados tradicionales (cremas, aceites, ungüentos y sahumerios), además de la realización de limpias, despojos y sobos, en coherencia con la espiritualidad Muisca y la relación con la Madre Tierra, reconociendo a Bosa como territorio de agua.

Todo el proceso se desarrolló bajo un enfoque diferencial étnico, fortaleciendo la pervivencia cultural mediante la integración del conocimiento ancestral con las acciones institucionales. La articulación con el equipo MAI permitió orientar la atención de las familias de acuerdo con sus necesidades específicas, favoreciendo el cuidado integral, la identificación oportuna de riesgos y la construcción de estrategias de bienestar acordes con sus realidades socioculturales.

En el marco del Gobierno Propio de la comunidad indígena Muisca de Bosa, liderado por las autoridades tradicionales reconocidas por el Ministerio del Interior, se desarrollaron acciones orientadas al fortalecimiento de la autonomía, la toma de decisiones colectivas y la consolidación del tejido comunitario, promoviendo la participación activa y la incidencia en los diferentes escenarios de gobernanza y organización comunitaria.

Durante el trimestre se garantiza la participación permanente en los espacios propios de la comunidad y en aquellos convocados por las autoridades tradicionales, entre ellos las Asambleas Generales, como máxima instancia de decisión, así como el Consejo de Gobierno y el Consejo de Salud. Estos escenarios permitieron la concertación de acciones, la identificación de necesidades y la definición de rutas de atención desde una perspectiva integral. De igual manera, se fortaleció la articulación entre los diferentes equipos que intervienen en salud, integrando el enfoque propio y el enfoque occidental, con el propósito de armonizar las intervenciones y fortalecer la atención integral a las familias desde criterios técnicos, culturales y comunitarios.

7. CUIDADO CONTINUO POR UNA VIDA CON BIENESTAR PARA LA RURALIDAD DE BOGOTÁ.

NO APLICA PARA LA SUBRED SUROCCIDENTE

7.1 GESTORES MÁS BIENESTAR: Abordaje Territorial: Gestor MÁS Bienestar

7.2 PLANES DE BIENESTAR

Tabla 41. Ruralidad Cercana

RURALIDAD CERCANA								
Prioridad	**Casos asignados (todas las fuentes)**	**PDB concertados en el periodo de reporte**	**PDB concertados vigencia – acumulado**	**PDB con cierre en el mes**	**PDB con cierre vigencia – acumulado**	**% PDB con cierre (acumulado)**	**PDB activos con más de 6 sesiones**	**Casos pendientes**
Gestantes	0	0	0	0	0	0	0	0
Infancia	0	0	0	0	0	0	0	0
Condiciones crónicas	0	0	0	0	0	0	0	0
Cáncer	0	0	0	0	0	0	0	0
Salud mental	0	0	0	0	0	0	0	0
Salud bucal	0	0	0	0	0	0	0	0
Discapacidad y cuidadores	0	0	0	0	0	0	0	0
Salud ambiental	0	0	0	0	0	0	0	0
Estrategias transversales	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabla 42. Ruralidad dispersa

RURALIDAD DISPERSA								
Prioridad	**Casos asignados (todas las fuentes)**	**PDB concertados en el periodo de reporte**	**PDB concertados vigencia – acumulado**	**PDB con cierre en el mes**	**PDB con cierre vigencia – acumulado**	**% PDB con cierre (acumulado)**	**PDB activos con más de 6 sesiones**	**Casos pendientes**
Gestantes	0	0	0	0	0	0	0	0

Infancia	0	0	0	0	0	0	0	0
Condiciones crónicas	0	0	0	0	0	0	0	0
Cáncer	0	0	0	0	0	0	0	0
Salud mental	0	0	0	0	0	0	0	0
Salud bucal	0	0	0	0	0	0	0	0
Discapacidad y cuidadores	0	0	0	0	0	0	0	0
Salud ambiental	0	0	0	0	0	0	0	0
Estrategias transversales	0	0	0	0	0	0	0	0

8. GESTIÓN TERRITORIAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA SOCIAL DESDE LOS EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR

8.1 COORDINACIÓN DE LOS EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR

7.1.1 Coordinación de los Equipos de MÁS Bienestar en tu hogar

Dirección, planeación, seguimiento y monitoreo integral del convenio

Durante el período objeto del presente informe se desarrollaron acciones de liderazgo, coordinación y seguimiento orientadas a garantizar la adecuada ejecución del convenio, mediante la planeación, el monitoreo y la evaluación permanente de las actividades programadas, asegurando su desarrollo con calidad, oportunidad y concordancia con los lineamientos técnicos y contractuales.

Como parte de estas acciones, se elaboró y presentó de manera mensual el informe de gestión, herramienta que permitió realizar el seguimiento continuo a la ejecución técnica, operativa y financiera del convenio, facilitando la identificación de avances, oportunidades de mejora y el cumplimiento oportuno de los compromisos establecidos.

De manera complementaria, se efectuó seguimiento financiero en articulación con el profesional financiero y el equipo de dinamizadoras, con el propósito de revisar, consolidar y realizar seguimiento a la Programación Presupuestal (PPP), así como a los demás procesos financieros requeridos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente. Igualmente, se brindó apoyo al proceso de contratación liderado por la Secretaría Distrital de Salud, participando en el diligenciamiento de matrices, proyectos de inversión y demás instrumentos técnicos requeridos. De igual forma, se mantuvo articulación permanente con las áreas de Costos, Cuentas por Pagar, Tesorería y el profesional financiero del PIC, con el fin de garantizar una adecuada ejecución y seguimiento de los recursos asignados al convenio.

En el marco del direccionamiento técnico se desarrollaron reuniones periódicas, con una frecuencia quincenal, con las líderes operativas, dinamizadoras y responsables de los componentes geográficos, sistemas de información, cohortes, acceso a las EAPB, activación de rutas y prescripción social. Estos espacios permitieron realizar seguimiento a la operación de los equipos, revisar el cumplimiento de las actividades definidas en las fichas técnicas y evaluar los avances frente a las metas del modelo Más Bienestar en tu Hogar.

Como resultado de este proceso de seguimiento, se diseñaron e implementaron herramientas de gestión que fortalecieron la respuesta operativa en los territorios priorizados, favoreciendo una atención más oportuna a las personas, familias y comunidades identificadas en los sectores catastrales. Asimismo, se consolidaron tableros de control para el monitoreo de las diferentes estrategias y para la priorización del ruteo de los equipos, permitiendo realizar seguimiento permanente a las acciones desarrolladas en las áreas de gestión del riesgo y orientar la toma de decisiones basada en el análisis de la información.

Adicionalmente, se programaron y lideraron reuniones periódicas con los Equipos Más

Bienestar en tu Hogar y se participó activamente en espacios de articulación con veedurías ciudadanas y el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), fortaleciendo los procesos de participación social, control ciudadano y articulación interinstitucional.

Finalmente, se garantizó la gestión oportuna de las solicitudes radicadas mediante el sistema de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias (PQRSD), relacionadas con necesidades en salud e identificación de riesgos. Estas fueron atendidas por los profesionales y gestores de los Equipos Más Bienestar en tu Hogar, de acuerdo con la pertinencia de cada caso. Asimismo, se elaboraron los informes técnicos, respuestas a derechos de petición y demás documentos requeridos por las entidades competentes, incluyendo la atención de solicitudes recibidas a través de Ágil Salud, tanto en su componente interno como externo, asegurando respuestas oportunas, completas y en cumplimiento de la normatividad vigente.

Articulación sectorial e intersectorial para la operación del convenio

La operación del convenio se fortaleció mediante procesos permanentes de coordinación y articulación con las diferentes dependencias de la Secretaría Distrital de Salud, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. y diversos actores intersectoriales, con el propósito de garantizar la implementación efectiva del modelo Más Bienestar en tu Hogar en las cuatro localidades de cobertura. Estas acciones permitieron fortalecer la respuesta institucional en el territorio, mejorar la articulación entre los diferentes niveles de atención, favorecer la adherencia de los usuarios a las Rutas Integrales de Atención en Salud y promover la apropiación del programa por parte de las personas, familias y comunidades beneficiarias.

En este contexto, se participó de manera permanente en mesas de trabajo con el equipo directivo de la Subred, orientadas al seguimiento de los procesos técnicos, administrativos y operativos requeridos para la ejecución de los productos establecidos en el convenio. Asimismo, se mantuvo articulación con la Dirección de Gestión del Riesgo para fortalecer la integración entre las acciones intramurales y extramurales, así como para gestionar la disponibilidad de los insumos necesarios para el desarrollo de las actividades programadas.

De igual manera, se consolidó el trabajo conjunto con las áreas de Facturación y Ambulatorios, con el fin de garantizar el adecuado agendamiento, la prestación y la facturación de las atenciones individuales realizadas por los Equipos Más Bienestar en tu Hogar, especialmente aquellas dirigidas al binomio madre-hijo y a las cohortes priorizadas. Esta articulación incluyó el acompañamiento permanente de la referente de facturación de la Subred, asegurando el correcto registro y reconocimiento de los servicios prestados.

Adicionalmente, se fortaleció la articulación con la Dirección de Ambulatorios para socializar la oferta de los Servicios Especializados de Referencia (SER) de la Subred Sur Occidente y facilitar la adscripción de los usuarios a los servicios de salud, de acuerdo con la población capitada de las EAPB del régimen subsidiado, entre ellas Capital Salud, Sanitas, Famisanar y Coosalud.

Con el propósito de garantizar una adecuada ejecución financiera del convenio, se mantuvo coordinación permanente con las áreas de Costos, Cuentas por Pagar, Tesorería, el profesional financiero del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Suministros y Almacén,

fortaleciendo los procesos administrativos y financieros asociados a la operación.

En el componente intersectorial, se desarrollaron acciones de articulación con la Secretaría Distrital de Integración Social para fortalecer la atención integral de la población atendida en los dispositivos sociosanitarios, usuarios vinculados al IDIPRON y población habitante de calle, favoreciendo el acceso a los servicios de salud y la continuidad de las intervenciones.

De igual forma, se estableció articulación con las Unidades de Reacción Inmediata (URI) y los coordinadores de los Comités de Justicia y Convivencia, con el fin de garantizar la continuidad de las atenciones individuales dirigidas a la población privada de la libertad, contribuyendo a los procesos de restitución del derecho fundamental a la salud.

Asimismo, se participó en las mesas institucionales de la Subred relacionadas con el seguimiento a la contratación del talento humano, la facturación de servicios y la coordinación de las atenciones del binomio madre-hijo, fortaleciendo la articulación con la Dirección de Ambulatorios, las Rutas Integrales de Atención en Salud y las EAPB para optimizar la gestión de las atenciones individuales desarrolladas por los Equipos Más Bienestar en tu Hogar.

Todos estos procesos se desarrollaron mediante espacios formales de coordinación, seguimiento y toma de decisiones, tales como reuniones técnicas, mesas de trabajo, mesas zonales y escenarios de participación institucional y comunitaria. Estos espacios permitieron realizar seguimiento al cumplimiento de las actividades definidas en las fichas técnicas del convenio, identificar oportunidades de mejora, fortalecer la articulación interinstitucional y consolidar estrategias que favorecieron el cumplimiento de las metas operativas y la atención integral de la población priorizada.

Gestión documental, administrativa y contractual del convenio

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. Cuenta con un Manual de Gestión Documental actualizado a julio de 2025, el cual hace parte de la Política Institucional de Gestión Documental. Esta política se ejecuta mediante el desarrollo de ocho procesos establecidos en la normatividad archivística vigente, orientados a garantizar el cumplimiento de los lineamientos legales y técnicos en la administración documental, y fue aprobada por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, manteniendo una articulación con el área de gestión documental con el fin de llevar un proceso organizado según lo requerido por la subred suroccidente y archivo distrital

La entidad reconoce que sus documentos constituyen una fuente histórica de información y hacen parte del patrimonio documental del Distrito. En este sentido, realiza la transferencia de aquellos documentos que, por su valoración primaria y secundaria, han adquirido un valor histórico, científico, cultural o de investigación significativo, al Archivo Histórico de la ciudad.

La ejecución de la Política de Gestión Documental se desarrolla bajo el liderazgo del despacho del gerente, la Subgerencia Corporativa y la Dirección Administrativa, de acuerdo con sus niveles de competencia. Así mismo, la Subred declara que todos sus funcionarios son responsables de la implementación de esta política, en armonía con las disposiciones establecidas en las Leyes 594 de 2000 y 734 de 2002.

En coherencia con lo anterior, la entidad se compromete a incorporar y mantener actualizada una programación específica de capacitación en gestión documental dentro de su plan institucional, a través de la Dirección de Gestión del Talento Humano. De igual forma, se adelanta la planeación de la gestión documental y la incorporación de nuevas tecnologías de la información y la comunicación, con el acompañamiento de la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional y la Oficina de Sistemas de Información – TIC.

El Programa de Gestión Documental se enmarca en los ocho procesos definidos por la normatividad vigente, permitiendo la correcta administración, organización, conservación, preservación y acceso a los documentos físicos y electrónicos que reposan en los archivos de gestión y archivo central de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

MES	N° DE PRODUCTOS ENTREGADOS FECHA DEFINIDA	TOTAL, DE PRODUCTOS PROGRAMADOS PARA ENTREGAR	% CUMPLIMIENTO INDICADOR
ABRIL	12	12	100%
MAYO	7	7	100%
JUNIO	7	7	100%

Los productos correspondientes a cada desembolso fueron entregados dentro de los plazos establecidos por la Secretaría Distrital de Salud, dando cumplimiento al cronograma definido para el convenio.

En el marco de la administración documental y contractual del convenio, se desarrollaron diversas acciones orientadas a garantizar el adecuado seguimiento y cumplimiento de las obligaciones contractuales. Entre ellas, desde la coordinación del convenio se realizaron comités periódicos de gestión con la participación de las líderes operativas y de los responsables de los componentes geográficos, dinamización, sistemas de información, cohortes, enlace, inducciones, salud materna, activación de rutas y prescripción social. Estos espacios permitieron evaluar de manera permanente el avance de las actividades ejecutadas, identificar fortalezas y oportunidades de mejora, establecer puntos de control y definir acuerdos y compromisos encaminados a mitigar las dificultades evidenciadas durante la operación.

De igual manera, se mantuvo un direccionamiento técnico permanente desde la coordinación, orientado al fortalecimiento de las acciones desarrolladas en los territorios, promoviendo una identificación oportuna del riesgo y una respuesta efectiva, con calidad y pertinencia, a las necesidades en salud de la población atendida.

En relación con la gestión documental y contractual, se realizó la solicitud de certificaciones y firmas requeridas por las diferentes áreas de la Subred. Los documentos fueron gestionados a través de la plataforma Ágil Salud para su correspondiente firma, radicación y trámite, garantizando el cumplimiento de los compromisos establecidos en la minuta del

convenio. Para ello, se mantuvo articulación permanente con las diferentes dependencias de la Subred, entre ellas Almacén, Ingeniería Biomédica, Financiera, Facturación, Tesorería y áreas administrativas, con el propósito de recopilar, validar y consolidar la información contenida en las certificaciones que soportan el cumplimiento de las obligaciones contractuales.

Adicionalmente, se capacitó a los técnicos administrativos en los procedimientos de gestión documental, de conformidad con los lineamientos institucionales de la Subred y la normatividad vigente. Asimismo, se adelantó la gestión para la creación de la Tabla de Retención Documental correspondiente a los Equipos Más Bienestar en tu Hogar, fortaleciendo los procesos de organización, conservación y administración de la documentación generada durante la ejecución del convenio.

Como resultado de estas acciones, se alcanzó un cumplimiento del 100 % en la entrega de los productos programados para los diferentes desembolsos, de acuerdo con las fechas establecidas por la Secretaría Distrital de Salud y los compromisos definidos en la minuta del convenio.

7.1.2 Gestión financiera integral del convenio

Avances en la ejecución del Plan Programático y Presupuestal (PPP) La Tabla 43 presenta el comportamiento de la ejecución financiera del Plan Programático y Presupuestal (PPP) Convenio 8373570-2025, comparando los valores programados con los valores efectivamente ejecutados durante el período comprendido entre octubre y junio. Se evidencia que entre los meses de octubre y abril se alcanzó una ejecución del 100 % de los recursos programados, sin registrarse valores de subejecución. En contraste, durante mayo y junio la ejecución fue del 67 % y 65 %, respectivamente, generando una subejecución de $845.272.687,27 y $897.950.137,12. En términos acumulados para el período analizado, se programaron recursos por $6.744.550.739,05, de los cuales se ejecutaron $5.001.327.914,66, alcanzando una ejecución financiera global del 74 % y una subejecución del 26 %, equivalente a $1.743.222.824,39. Esta subejecución obedece principalmente a pagos pendientes por concepto de facturas de proveedores, honorarios y otros gastos asociados a la ejecución del convenio. En términos generales, la ejecución financiera mantiene coherencia con el desarrollo de las actividades programadas; sin embargo, los valores presentados son de carácter parcial y podrán ser objeto de ajuste una vez finalice el proceso de conciliación con el área de costos.

Tabla 43. Ejecución financiera Plan programático y presupuestal - PPP

MES	VALOR PROGRAMADO	VALOR EJECUTADO	% DE EJECUCIÓN	VALOR SUBEJECUTADO	% SUBEJECUCIÓN
OCTUBRE	14.688.238.792,8	1468823879.28	100%	0	0 %
NOVIEMBRE	16.981.399.63	1698139963	100%	0	0 %
DICEMBRE	1.719.733.992.2	1.719.733.992.2	100%	0	0 %
ENERO	1.614.105.418.26	1.614.105.418.26	100	0	0 %

FEBRERO	1.585.534.150	1.257.675.941.95	100%	0	0 %
MARZO	1.632.677.459	1010828535.81	100%	0	0 %
ABRIL	1.555.400.686.44	1555400686.4	100%	0	0 %
MAYO	2.587.725.308.30	1.742.452.621.04	67%	845.272.687.27	33
JUNIO	2.601.424.744.30	1.703.474.607.18	65%	897.950.137.12	35%
TOTAL	6.744.550.739.05	5.001.327.914.66	74%	1.743.222.824.39	26%

Fuente: Programación desembolsos convenio 8373570-2025 - PPP

La información correspondiente a la ejecución financiera presentada en este informe es de carácter preliminar, en razón a que se encuentran pendientes de registro y pago algunas facturas de proveedores correspondientes a los meses de abril, mayo y junio de 2026, así como la ejecución de honorarios y otros gastos del mes de junio. Adicionalmente, los porcentajes de ejecución y subejecución están sujetos a ajustes derivados del proceso de conciliación con el área de costos, el cual incluye la validación de la ejecución financiera del mes de marzo. En consecuencia, los valores reportados podrán presentar variaciones una vez finalice dicho proceso de conciliación y se consolide la información financiera definitiva.

Planeación, programación y ejecución financiera de los recursos del convenio y la contrapartida

CONCEPTO	MES 1 octubre VALOR EJECUTADO	MES 2 noviembre VALOR EJECUTADO	MES 3 diciembre VALOR EJECUTADO	MES 4 ene-26 VALOR EJECUTADO	MES 5 feb-26 VALOR EJECUTADO	MES 6 mar-26 VALOR EJECUTADO	MES 7 abr-26 VALOR EJECUTADO	MES 8 may-26 VALOR EJECUTADO	MES 9 jun-26 VALOR EJECUTADO	TOTAL 9 meses VALOR EJECUTADO
Refrigerios, materiales didácticos y/o piezas comunicativas: suministro de refrigerios, materiales pedagógicos y piezas comunicativas requeridas para el desarrollo de las actividades.	$ -	$ -	$ -	1.500.532	298.070	0	11.196.408	626.912,00	0	$ 13.621.922
Talento humano, administrativo, técnico y logístico: vinculación del recurso humano, administrativo, técnico y logístico (incluida la facturación), requerido para la operación de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar.	$ 13.377.753	$ 13.377.753	$ 13.377.753	13.377.753	$ 13.377.753	$ 13.377.753	$ 13.377.753	$ 13.377.753	$ 13.377.753	$ 120.399.777
Fortalecimiento de capacidades: procesos de formación, asistencia técnica y desarrollo de competencias institucionales adelantados por la Subred, orientados a fortalecer la operación de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar.	$ 4.335.192	$ 4.335.192	$ 4.335.192	4.335.192	4.335.192	$ 4.335.192	$ 4.335.192	$ 4.335.192	$ 4.335.192	$ 39.016.728
Acciones de Resolutividad en Salud Familiar: acciones orientadas al fortalecimiento de la capacidad resolutiva de las intervenciones, articulando lo desarrollado desde el componente colectivo del entorno hogar con las atenciones individuales del Plan de Beneficios en Salud, garantizando integralidad y continuidad en la atención bajo los principios de concurrencia y complementariedad.	9.305.333	$ 11.225.732	$ 12.469.068	15.928.229	$ 15.538.960	18.043.595	16.833.001	20.949.676	31.287.882	$ 151.581.476
	232	$ 266	310	396	304	353	304	386	582	3.133
TOTAL	$ 27.018.278	$ 28.938.677	$ 30.182.013	35.141.706,00	33.549.975	35.756.540	45.742.354	39.289.533	49.000.827	$ 324.619.903

El cuadro Tabla 44. presenta la relación de los cuatro desembolsos realizados en el marco del Convenio 8373570-2025, efectuados entre octubre de 2025 y abril de 2026, para un valor acumulado de **$23.496.263.078**. Los desembolsos fueron realizados conforme a la facturación presentada, constituyendo la fuente de financiación para el desarrollo de las actividades programadas del convenio.

Tabla 44. Desembolsos realizados

NÚMERO DE DESEMBOLSO	**VALOR DESEMBOLSADO**	**No. FACTURA**	**FECHA**
PRIMER DESEMBOLSO	4.880.026.041	6800644	03/10/2025
SEGUNDO DESEMBOLSO	4.880.026.041	6825803	04/11/2025
TERCER DESEMBOLSO	6.619.003.226	6874773	02/01/2026
CUARTO DESEMBOLSO	7.117.207.770,00	6953989	6/04/2026
TOTAL	23.496.263.078		

Fuente:

Frente a la ejecución financiera se presenta información parcial de la ejecución teniendo en cuenta que aún están pendientes los pago de las facturas de algunos proveedores de los meses de Abril, Mayo y Junio, y la ejecución de pago de honorarios y gastos para el mes de Junio de 2026, como también talento humano que no ha cobrado Los porcentajes presentados se encuentran pendientes de ajuste cuando se concilie con el área de costos la ejecución del mes de Junio lo que cambiaría el valor ejecutado y subejecutado.

Tabla 45. Ejecución financiera

CONCEPTO	VALOR PROGRAMADO	VALOR EJECUTADO	% DE EJECUCIÓN	VALOR SUBEJECUTADO	% SUBEJECUCIÓN
TALENTO HUMANO	$ 11.372.280.128	$9.458.123.593	83%	$1.914.156.535	17%
INSUMOS	$ 682.336.808	$350.736.675	51%	$331.600.133	49%
ADMINISTRATIVOS VEHICULOS	$1.347.664.784	$1.167.664.784	87%	$180.000.000	13%
INSUMOS ANCESTRALES	$ 78.012.798	$70.210.000	90%	$7.802.798	10%
VALOR ADMINISTRATIVO	$1.836.573.652	$1.480.609.822	81%	$355.963.830	19%
TOTAL	$ 15.316.868.170	$12.527.344.874	82%	$2.789.523.296	18%

Tabla 46. Fuente: Matriz de ejecución SSO 2026

Describa la planeación para la ejecución del recurso y los resultados obtenidos.

La subred Sur Occidente contó durante el trimestre de Abril a Junio 2026 con el 83% del talento humano contratado para la operación de los EMBH, se cuenta con 3 sedes asignadas y dotadas para la operación de las actividades programadas para los equipos más bienestar en tu hogar EMBH, con las cuales se garantiza una adecuada operación y se provee una adecuada calidad de vida a los diferentes colaboradores. Lo pendiente por ejecutar corresponde al mes de junio

Administración del recurso humano y soporte operativo

Tabla 47. Distribución del Talento Humano

Perfil	SUBRED SUR OCCIDENTE			
	No de personas requeridas	**No de personas contratadas**	**Pendiente por contratar**	**% de contratación**
Coordinador	1	1	0	100
Técnico administrativo	2	1	1	50
Geógrafos	2	2	0	100
Dinamizador territorial de gestión del riesgo	2	2	0	100
Líder gestión operativa	14	14	0	100

Técnico administrativo gestión operativa	14	13	1	92.85
Técnicos sistemas	7	7	0	100
Profesional ingeniería sistemas	1	1	0	100
Profesional cohortes	1	1	0	100
Profesional materno/inducción	1	1	0	100
Profesional canalizaciones/rutas	1	1	0	100
Profesional trabajo social aseguramiento	1	1	0	100
Profesional enlace EPS	1	1	0	100
Ingeniero distrital	1	1	0	100
Profesionales inducción distrital	0	0	0	0
Profesional social avanzada	4	4	0	100
Gestor más bienestar en línea	109	96	13	88
Gestor más bienestar técnico	223	196	27	87.8
Gestor más bienestar técnico rural cercano	0	0	0	0
Profesional en medicina	8	6	2	75
Profesional en medicina rural	0	0	0	0
Profesional en enfermería	38	19	19	50
Profesional en enfermería rural	0	0	0	0
Profesional en psicología	34	33	1	97
Profesional en psicología rural	0	0	0	0
Profesional en nutrición	2	2	0	100
Profesional en terapias	7	7	0	100
Profesional en terapias rural	0	0	0	0
Agente de cambio	4	2	2	50
Profesional en ciencias ambientales	0	0	0	0

Técnico ciencias ambientales	5	5	0	100
Profesional en odontología	3	3	0	100
Profesional en odontología rural	0	0	0	0
Profesional en psicología clínica	3	3	0	100
Auxiliares cuidadores	9	9	0	100
Profesional en trabajador social RBC/navegadores	3	3	0	100
Gestor más bienestar técnico pagadiario	3	3	0	100
Gestor social más bienestar hc	4	4	0	100
Gestor más bienestar técnico hc	4	4	0	100
Gestor más bienestar técnico ppl comunidades de vida	11	10	1	91
Gestor más bienestar técnico pai	14	11	3	78.6
Gestores servicios complementarios (medicamentos, laboratorio)	4	4	0	100
Gestor más bienestar bachiller vacunadores pai	15	9	6	60
Profesional servicios complementarios	1	1	0	100
Profesionales casa más bienestar (artistas)	1	1	0	100
Profesional en enfermería casa más bienestar	0	0	0	0
Profesional en psicología casa más bienestar	0	0	0	0
Profesional en terapias casa más bienestar	1	1	0	100
Gestor más bienestar gestor-Sumapaz	0	0	0	0
Profesional en enfermería-Sumapaz	0	0	0	0

Profesional en psicología-Sumapaz	0	0	0	0
Profesional en terapias-Sumapaz	0	0	0	0
Profesional en ciencias ambientales-Sumapaz	0	0	0	0
Profesional en odontología-Sumapaz	0	0	0	0
Auxiliares cuidadores-Sumapaz	0	0	0	0
Profesional étnico afro	4	4	0	100
Gestor más bienestar técnico étnico afro	4	4	0	100
Gestores más bienestar ancestral étnico afro	12	12	0	100
Profesional étnico palenquero	2	2	0	100
Gestor más bienestar técnico étnico palenquero	1	1	0	100
Gestores más bienestar ancestral étnico palenquero	2	2	0	100
Profesional étnico indígena	1	1	0	100
Gestor más bienestar técnico étnico indígena	1	1	0	100
Gestores más bienestar ancestral étnico indígena	1	1	0	100
Profesional étnico gitano	2	2	0	**100**
Gestores más bienestar ancestral étnico gitano	2	2	0	100
Total	591	515	76	**87.1**

Fuente: Drive requerimiento TH convenio Más Bienestar en tu Hogar

Comentado [62]: Falta analisis de la información, principales brechas en la contratación del talento humano, perfiles de dificil consecución, estregias a emplear para mejorar el porcentaje....

Comentado [63R62]: Ajustado

La subred Sur Occidente contó durante el trimestre de abril - junio 2026 con el 87.14% del talento humano contratado para la operación de los EMBH, se cuenta con 3 sedes asignadas y dotadas para la operación de las actividades programadas para los equipos más bienestar en tu hogar EMBH, con las cuales se garantiza una adecuada operación y se provee una adecuada calidad de vida a los diferentes colaboradores.

En cuanto a la contratación del talento humano la principal debilidad se encuentra en la contratación del perfil de enfermería el cual ha sido de difícil contratación y en algunos

casos se logra contratar el perfil pero a los 8 días realizan terminación de contratación por lo que no se ha logrado la totalidad del perfil, otro perfil que actualmente se encuentra sin contratar es el perfil de nutricionista, este perfil para el trimestre anterior se tenía completo, pero las dos personas realizaron terminación del contrato, a partir de allí no se ha logrado la contratación porque el perfil es muy complejo de contratar para el trabajo extramural, así mismo se observa una alta rotación en el perfil de gestor más bienestar y el gestor en línea quienes se contratan pero realizan terminaciones de contrato rápidamente ya que no se logran adaptar al trabajo en campo ni al manejo del ruteo.

Dentro de las estrategias empleadas por la subred para la contratación, se han realizado acuerdos con diferentes instituciones educativas y se han realizado procesos de convocatoria en las propias instituciones para explicar el trabajo a realizar y las condiciones propias del mismo, así mismo se han realizado convocatorias masivas, las cuales se han movilizado por las diferentes redes sociales de la subred.

Tabla 48. Localización y distribución por sedes

NOMBRE DE LA SEDE	UBICACIÓN			CANTIDAD DE TALENTO HUMANO	CANTIDAD DE PUESTOS DE TRABAJO	CANTIDAD DE EQUIPOS DE COMPUTO
	LOCALIDAD	BARRIO	DIRECCIÓN			
Sede Administrativa Upa 11	Puente Aranda	Puente Aranda	KR 59 14 44	168	32	32
Uss Laureles	Bosa	Gran Colombiano	CL 73A SUR 80N 39	154	19	32
Uss Puerta de Teja	Fontibón	Puerta de Teja	KR 96 25 G 18	66	4	15

Fuente: Distribución de talento humano, EMBH

En la sede Administrativa Upa 11, se cuenta con 2 oficinas dotadas con 32 puestos de trabajo y 40 sillas, se cuenta con 20 equipos de cómputo portátiles más 12 equipos de mesa, se cuenta con 12 puntos de red por cable, y se cuenta con conexión remota a internet mediante wifi, se cuenta con 1 espacio adaptable como auditorio, ubicado en el primer piso el cual cuenta con capacidad para aproximadamente 20 a 30 personas. Se cuenta con un baño y una cafetería, en la cual se cuenta con capacidad para aproximadamente 15 a 20 personas, se cuenta con 2 hornos microondas, 1 nevera y una cafetera, además de vasos, platos, pocillos, cucharas, gabinetes etc., se cuenta con una bodega para almacenar los

equipos biomédicos y se cuenta con 2 folderamas para almacenar insumos, así como con una vitrina para el almacenamiento de pruebas rápidas, preservativos y pruebas de apetito, se cuenta con una impresora multifuncional y una impresora multifuncional ubicadas en la oficina de la coordinación, por último se cuenta con un cuarto para la disposición de residuos, el cual es operado por las personas de servicios generales.

En la sede de la Uss Laureles, se cuenta con 6 oficinas dotadas con 19 puestos de trabajo y 19 sillas, se cuenta con 19 equipos de cómputo portátiles, se cuenta con 5 puntos de red por cable, y se cuenta con conexión remota a internet mediante wifi, Se cuenta con 1 auditorio, ubicado en el segundo piso el cual cuenta con capacidad para aproximadamente 60 personas, cuenta con una cafetería, en la cual se cuenta con capacidad para aproximadamente 4 personas, se cuenta con 1 mesas y 4 sillas, se cuenta con 1 hornos microondas, y 1 greca para café, además de vasos, platos, pocillos, cucharas, gabinetes etc, 4 baños, una bodega para almacenar los equipos biomédicos, una impresora multifuncional, se cuenta con una camilla de emergencia ubicada en la escalera, se cuenta con 2 extintores el primero ubicado en el área del primer piso y el segundo e en el auditorio del segundo piso, se cuenta con 1 botiquín, por último cuenta con un cuarto para la disposición de residuos, el cual es operado por las personas de servicios generales.

En la sede puerta de teja, se cuenta con 1 oficinas dotadas con 6 puestos de trabajo y 6 sillas, se cuenta con 6 equipos de cómputo portátiles más 7 equipos de mesa, se cuenta con 6 puntos de red por cable, y se cuenta con conexión remota a internet mediante wifi, cuenta con una cafetería, en la cual se cuenta con capacidad para aproximadamente 6 a 8 personas, se cuenta con 1 mesa y 6 sillas, se cuenta con 1 horno microondas y una cafetera industrial, además de vasos, platos, pocillos, cucharas, gabinetes etc, 4 baños, una bodega para almacenar los equipos biomédicos, cuenta con una camilla de emergencia, se cuenta con 1 extintor, se cuenta con 1 botiquín, por último cuenta con un cuarto para la disposición de residuos, el cual es operado por las personas de servicios generales.

Frente al proceso de gestión para la adquisición de insumos, por parte de la coordinación se realizan solicitudes de las necesidades de acuerdo a los procedimientos y manuales actuales para la Subred; es importante precisar que dentro de las estrategias para la adquisición y de acuerdo al manual de contratación durante el trimestre del informe se unifican las necesidades con otros convenio que cuentan con la misma necesidad para realizar tanto el estudio de mercado como la adjudicación del mismo, para otros procesos la subred hace entrega de insumos o vehículos a contratos ya existentes y a través de la solicitud por Dinámica gerencia se realiza la solicitud al almacén y en caso de los vehículos nos incorporan al contrato de vehículos general de la subred.

Tabla 49. Gestión de insumos y vehículos

N°	CATEGORÍA	SOPORTE DE VERIFICACIÓN Y/U OBSERVACIÓN	VALOR DE ABRIL A JUNIO 2026
1	C1 INSUMOS PEDAGÓGICOS PIEZAS COMUNICATIVAS	Actualmente se cuenta con el proceso EM-047-2026 para la adquisición de piezas comunicativas.	0

2	C2 PAPELERIA UTILES ESCRITORIO	La adquisición de elementos de oficina se cuenta con el contrato con proveedor y se lleva otro proceso de EM-072-2026	$2.690.891
3	C3 ANCESTRALES INSUMOS JARDINERÍA	Actualmente se han adquirido los insumos a través de caja menor, sin embargo la subred cuenta con los procesos EM-073-2026 (ferretería), EM-085-2026 (huertas)	0
4	C4 ELEMENTOS Electrónicos ACCESORIOS INTANGIBLES	La entrega de celulares, computadores se realiza mediante el contrato general que tiene la subred, a medida que se presenta la necesidad se realiza la solicitud a la dirección administrativa y de TICS para la entrega de los insumos se tiene contrato 4473-2025	$70.537.840
5	C5 INSUMOS HOSPITALARIOS EQUIPOS MÉDICOS	Se realiza la entrega mediante solicitud por dinámica gerencial al almacén general y es cargado al centro de costos del convenio, por otra parte se encuentra en proceso de contratación SECOP ESTUDIOS PREVIOS PROCESO No. IC-087-2026	$25.952.616
6	C7_DOTACION_TRABAJADORES	La subred cuenta con los procesos EM-073-2026 (ferretería),	
7	C8 ELEMENTOS ASEO DESINFECCIÓN	Se realiza la entrega mediante solicitud por dinámica gerencial al almacén general y es cargado al centro de costos del convenio	$922.769
8	C9 MAQUINARIAS HERRAMIENTAS MUEBLES ENSERES	La subred cuenta con los procesos EM-073-2026 (ferretería), EM-085-2026 (huertas)	$2.138.144
10	C10 VEHÍCULOS	La entrega de vehículos se realiza mediante el contrato general de la subred con la	$548.318.766

		empresa de transporte contrato 5975-2024.	

Comentado [64]: Falta el valor total por cada categoria

Comentado [65R64]: ajustado

Fuente: Procesos de gestión de necesidades

7.1.3 Resultados operativos del proceso de supervisión

Durante el trimestre objeto del presente informe, la coordinación implementó acciones de supervisión orientadas al fortalecimiento de los procesos desarrollados por la líder operativa y el equipo de técnicos administrativos, mediante la formulación y ejecución de planes de mejora enfocados en el seguimiento, monitoreo y verificación de la operación, en concordancia con los lineamientos del Modelo Más Bienestar. Estas acciones permitieron realizar el ajuste oportuno de los hallazgos identificados y brindar acompañamiento permanente a la ejecución del convenio, favoreciendo la mejora continua de los procesos.

Como parte de las estrategias de fortalecimiento, se institucionalizaron reuniones semanales de seguimiento para evaluar el avance del ruteo, el cumplimiento de las metas operativas y la ejecución del convenio. Asimismo, se desarrollaron espacios de direccionamiento y asistencia técnica orientados al análisis de los resultados obtenidos, la identificación de oportunidades de mejora y la toma de decisiones basadas en el comportamiento de los indicadores de gestión.

De igual manera, se efectuó un balance retrospectivo de las acciones ejecutadas durante el desarrollo del convenio, con el propósito de evaluar su impacto en la capacidad resolutiva de la atención en salud y fortalecer la respuesta institucional frente a las necesidades de la población. Este ejercicio permitió identificar debilidades en los procesos de identificación, clasificación y gestión del riesgo, las cuales fueron abordadas mediante asistencias técnicas, seguimiento continuo y acompañamiento permanente a los equipos operativos.

Como resultado de estas acciones, se evidenció una mejora progresiva en la calidad del registro de la información y en el uso del aplicativo GTAPS, reflejada en una mayor oportunidad, consistencia y trazabilidad de los datos, contribuyendo al fortalecimiento del proceso de supervisión y al cumplimiento de los objetivos establecidos por el Modelo Más Bienestar. Asimismo, se fortaleció la capacidad de los equipos para la identificación temprana de riesgos, la adecuada clasificación de los usuarios y la implementación de intervenciones oportunas, impactando positivamente la calidad de la atención y la gestión integral del riesgo en salud.

8.2 GRUPO DE GESTIÓN DE LOS EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR

7.2.1 Gestión de la información para la planeación, toma de decisiones y análisis de resultados

a) Estructura del reporte de gestión desde el análisis territorial

ANÁLISIS DE LOS DATOS

1. Caracterizaciones y actualizaciones realizadas por el gestor bienestar

Localidad / Mes	Abril	Mayo	Junio	Total
7- Bosa	2023	3105	3754	8882
8- Kennedy	1690	3302	3886	8878
9- Fontibón	443	670	919	2032
16- Puente Aranda	278	566	803	1647
Total	4434	7643	9362	21439

Durante los meses de abril, mayo y junio del año 2026 se registró un total de 21439 casos de caracterización y actualización por el gestor bienestar, con un alza significativa en el mes de junio.

En cuanto al comportamiento mensual, se observa un incremento progresivo en el número de actividades desarrolladas:

- Abril: 4434 registros (20,7 %).
- Mayo: 7643 registros (35,6 %), con un incremento del 72,4 % respecto a abril.
- Junio: 9362 registros (43,7 %), consolidándose como el mes de mayor gestión y reflejando un aumento del 22,5 % frente a mayo.

El comportamiento observado durante el periodo analizado evidencia un incremento progresivo en el número de caracterizaciones y actualizaciones realizadas por el gestor de bienestar, pasando de 4.434 registros en abril a 7.643 en mayo y alcanzando 9.362 registros en junio, consolidándose este último como el mes con mayor volumen de actividades registradas. Esta tendencia ascendente refleja una mayor dinámica en la ejecución de las acciones desarrolladas durante el trimestre y un aumento en el volumen de registros reportados. Asimismo, la distribución mensual permite identificar una continuidad en las actividades de caracterización y actualización, sin evidenciar disminuciones en el periodo evaluado, lo que sugiere un desarrollo constante de las acciones programadas. No obstante, con la información disponible, los resultados permiten describir únicamente el comportamiento del número de registros realizados, sin que ello constituya evidencia suficiente para afirmar un incremento en la cobertura de atención o en la capacidad operativa, aspectos que requieren indicadores específicos que los sustenten.

Comentado [66]: Revisar o sustentar la conclusión relacionada con mayor cobertura y capacidad operativa. El incremento en el número de registros evidencia un aumento en el volumen de actividades, pero no permite establecer por sí solo un incremento en cobertura o capacidad operativa. Incorporar el indicador correspondiente o ajustar la conclusión al comportamiento observado.

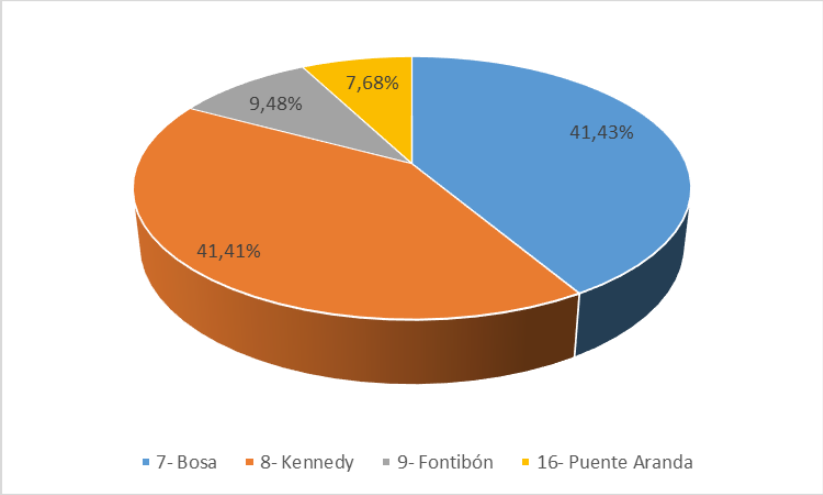
Comentado [67R66]: Ajustado

Distribución por localidad

Localidad	Total casos	(%)
7- Bosa	8882	41.43%

8- Kennedy	8878	41.41%
9- Fontibón	2032	9.48%
16- Puente Aranda	1647	7.68%
Total	21439	100%

Las localidades de Bosa y Kennedy concentran aproximadamente el 83 % del total de casos caracterizados y actualizados durante el periodo analizado (abril - junio del año 2026).



La gráfica de distribución porcentual evidencia la participación de las caracterizaciones y actualizaciones realizadas por el gestor de bienestar en las cuatro localidades durante el periodo evaluado.

Se observa que Bosa concentra la mayor participación con 41,43 % del total de actividades, seguida muy de cerca por Kennedy con 41,41 %. En conjunto, estas dos localidades representan aproximadamente el 83 % de todas las caracterizaciones y actualizaciones realizadas, lo que demuestra que la gestión se enfocó principalmente en los territorios de estas dos localidades, probablemente debido a un mayor número de población residente o a necesidades de intervención más amplias.

Por su parte, Fontibón aporta el 9,48 % del total de actividades, mientras que Puente Aranda registra la menor participación con 7,68 %. Aunque estas localidades presentan un volumen inferior de intervenciones, continúan siendo parte importante de la cobertura del gestor de bienestar, permitiendo garantizar la atención en diferentes sectores de la subred.

En términos generales, la gráfica refleja una distribución concentrada, donde la mayor parte de la gestión se desarrolló en Bosa y Kennedy, mientras que Fontibón y Puente Aranda representan una menor proporción de las actividades ejecutadas. Estos resultados evidencian una priorización de recursos y esfuerzos en las localidades con mayor demanda de caracterización y actualización, contribuyendo al fortalecimiento de la cobertura y al seguimiento oportuno de la población atendida.

2. Planes de cuidado familiar implementados por los profesionales

Perfil / Mes	Abril	Mayo	Junio	Total
Psicología	446	507	552	1505
Psi clínicos	36	21	39	96
Nutrición	13	0	0	13
Enfermería	225	279	270	774
Enfermería-D	66	17	39	122
Odontología	42	44	64	150
Ambiental	109	73	78	260
Terapeuta	134	120	112	366
Medicina	164	251	371	786
Trabajador Social	42	55	34	131
Total	1277	1367	1559	4203

Perfil / Localidad	7- Bosa	8- Kennedy	9- Fontibón	16- Puente Aranda	Otra localidad	Total
Psicología	740	572	64	129	0	1505
Psi clínicos	37	25	20	14	0	96
Nutrición	13	0	0	0	0	13

Enfermería	297	348	101	28	0	774
Enfermería-D	27	32	29	22	12	122
Odontología	75	69	4	2	0	150
Ambiental	107	59	48	46	0	260
Terapeuta	182	155	11	18	0	366
Medicina	282	259	67	147	31	786
Trabajador Social	110	9	10	2	0	131
Total	1870	1528	354	408	43	4203

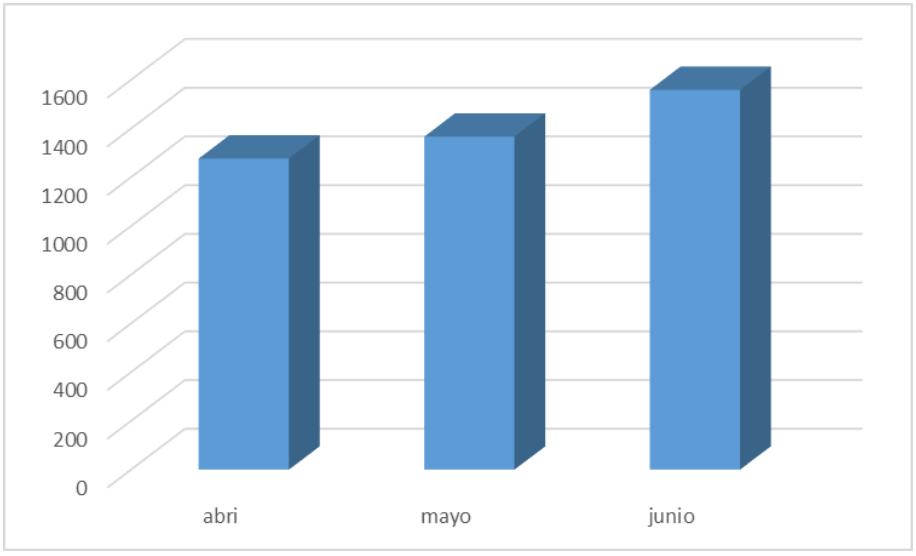
Durante el periodo comprendido entre abril y junio, se aperturaron 4.203 planes de cuidado familiar por parte de los diferentes perfiles profesionales del equipo más bienestar. Se evidencia un incremento progresivo, pasando de 1277 aperturas en abril a 1367 en mayo y 1559 en junio, lo que representa un crecimiento del 22,1 % entre el primer y el último mes del trimestre.

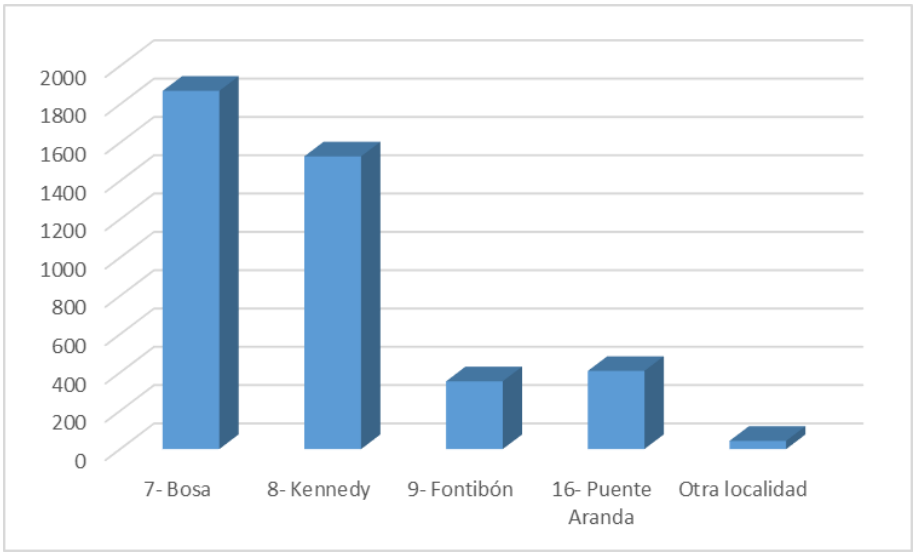
En cuanto a la distribución de aperturas realizadas por localidad se evidencia que en Bosa y Kennedy se aperturaron el mayor número de planes de cuidado familiar, aportando entre estas dos localidades aproximadamente el 81 % de aperturas realizadas durante el periodo evaluado.

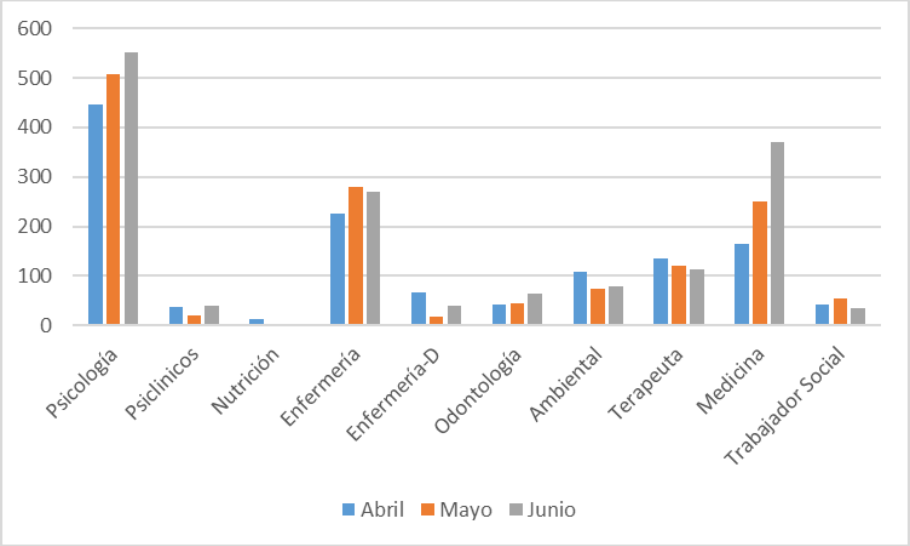
El perfil con mayor volumen de aperturas fue Psicología, con 1505 equivalente al 35,8 % del total, consolidándose como el perfil con mayor demanda durante el periodo evaluado.

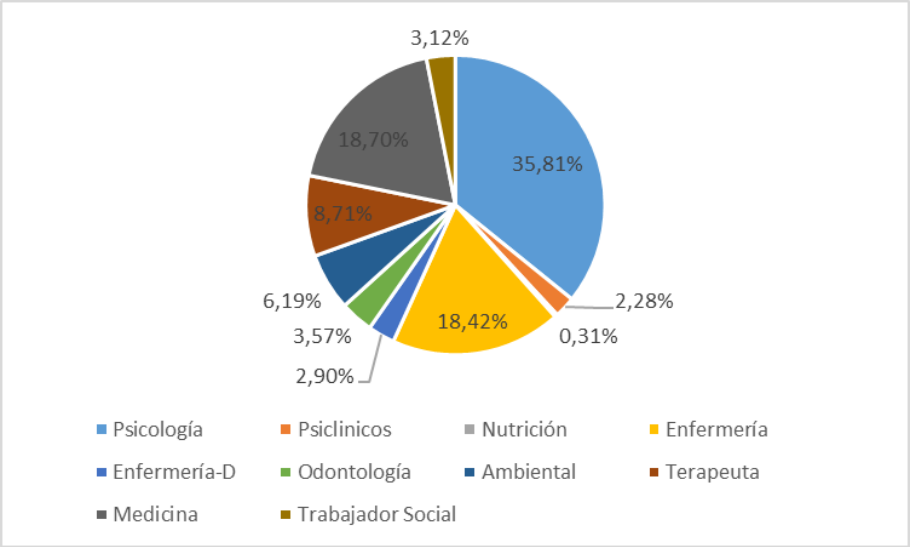
Por otra parte, perfiles como Nutrición, Psi Clínicos y Enfermería-D registraron un menor volumen de aperturas, lo que puede estar relacionado con una menor demanda, disponibilidad del servicio o la focalización de las intervenciones según las necesidades identificadas durante el periodo.

En las siguientes gráficas evidenciamos la variación de los planes implementados durante los meses evaluados y por localidad.


1600
1400
1200
1000
800
600
400
200
0
abri
mayo
junio


2000
1800
1600
1400
1200
1000
800
600
400
200
0
7- Bosa
8- Kennedy
9- Fontibón
16- Puente Aranda
Otra localidad





La información presentada permite describir el comportamiento temporal y la distribución de los planes implementados por perfil profesional, aportando insumos para el seguimiento de la operación y el análisis de la participación de los diferentes perfiles durante el periodo reportado.

Consideraciones territoriales

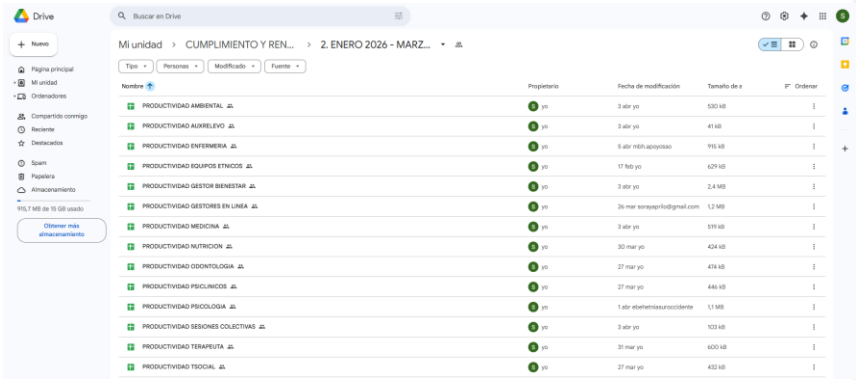
El análisis territorial permite describir:

- La distribución espacial de la caracterización por el gestor de bienestar.
- Las variaciones mensuales en el volumen de información gestionada por localidad.
- La relación entre la caracterización territorial y la implementación de planes por perfil profesional.

La información se presenta con un enfoque descriptivo, como insumo para el seguimiento de la operación y la comprensión de los comportamientos territoriales durante el periodo reportado.

HERRAMIENTAS IMPLEMENTADAS POR SISTEMAS DE INFORMACIÓN

1. Tablero de productividad por perfil



La imagen muestra un repositorio organizado en Google Drive correspondiente a la carpeta “CUMPLIMIENTO Y RENDIMIENTO (PRODUCTIVIDAD)”, que contiene múltiples archivos tipo hoja de cálculo, cada uno asociado a un perfil o rol específico, entre ellos:

- Productividad Ambiental
- Productividad Auxrelevo
- Productividad Enfermería
- Productividad Gestor de Bienestar
- Productividad Gestores en Línea
- Productividad Medicina
- Productividad Nutrición
- Productividad Odontología
- Productividad Psicología
- Productividad Psi clínicos
- Productividad Sesiones Colectivas
- Productividad Terapeuta

- Productividad Trabajador Social

Los tableros de control evidencian un proceso estructurado de segmentación, estandarización y actualización periódica de la información, orientado al seguimiento de la productividad y el desempeño por perfil. Estos tableros facilitan el análisis oportuno, la trazabilidad de la información y respaldan la toma de decisiones por parte de las líderes.

En los tableros de productividad se puede evidenciar diariamente las actividades realizadas por cada uno de los colaboradores según el perfil, además cuenta con validadores los cuales generan alertas como, por ejemplo: actividades realizadas en el día que superan el límite según lo establecido de actividades por realizar a diario según el perfil, el total de actividades se valida contra el total de registros con calidad y congruencia.

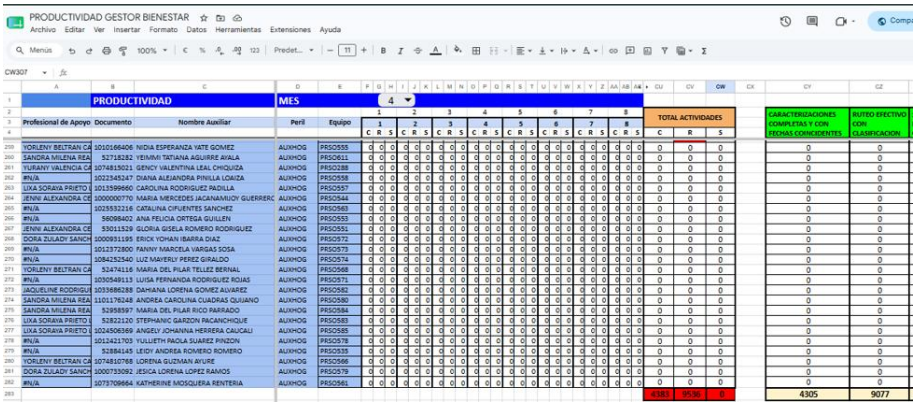
En los tableros de productividad se registran diariamente las actividades realizadas por cada colaborador, de acuerdo a lo registrado en el aplicativo GTAPS. Adicionalmente, cuentan con validadores que generan alertas, por ejemplo, cuando las actividades realizadas en el día superan los límites establecidos según el perfil. Asimismo, el total de actividades se valida contra el total de registros con calidad y congruencia, garantizando la coherencia de la información.

Comentado [68]: Incorporar resultados cuantitativos derivados de la implementación de los tableros de productividad. Se describe su funcionamiento y los validadores implementados, pero no se presentan resultados del periodo que permitan evidenciar alertas generadas, inconsistencias identificadas, registros validados o acciones realizadas a partir de estas herramientas.

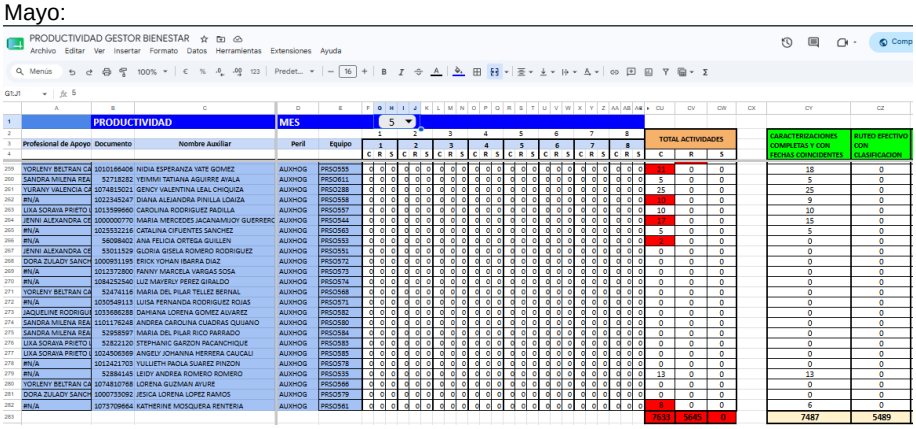
Comentado [69R68]: Ajustado

Resultados de la implementación de los tableros de productividad

Abril:



Mayo:



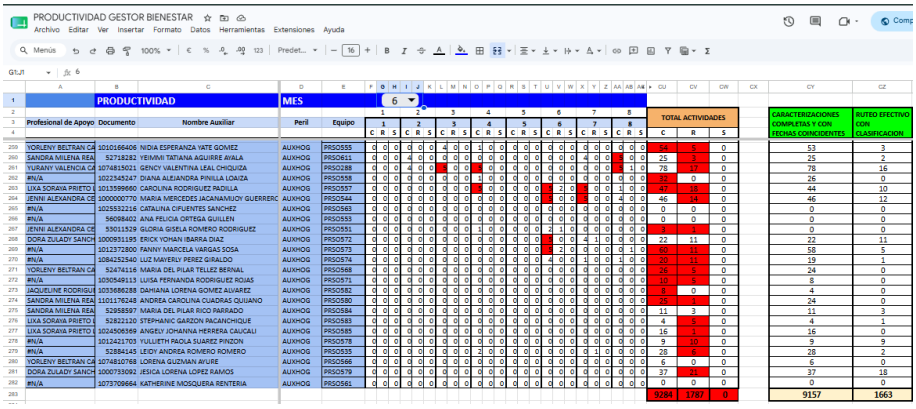
PRODUCTIVIDAD GESTOR BIENESTAR

Archivo Editar Ver Insertar Formato Datos Herramientas Extensiones Ayuda

PRODUCTIVIDAD — MES: 5

Profesional de Apoyo	Documento	Nombre Auxiliar	Perfil	Equipo	TOTAL ACTIVIDADES C	TOTAL ACTIVIDADES R	TOTAL ACTIVIDADES S	CARACTERIZACIONES COMPLETAS Y CON FECHAS COINCIDENTES	RUTEO EFECTIVO CON CLASIFICACION
YORLENY BELTRAN CA	1010166406	NIDIA ESPERANZA YATE GOMEZ	AUXHOG	PRSO555	21	0	0	18	0
SANDRA MILENA REA	52718282	YEIMMI TATIANA AGUIRRE AVALA	AUXHOG	PRSO611	5	0	0	5	0
YURANY VALENCIA CA	1074815021	GENCY VALENTINA LEAL CHIQUIZA	AUXHOG	PRSO288	25	0	0	25	0
#N/A	1022345247	DIANA ALEJANDRA PINILLA LOAIZA	AUXHOG	PRSO558	10	0	0	9	0
LIXA SORAYA PRIETO	1013599660	CAROLINA RODRIGUEZ PADILLA	AUXHOG	PRSO557	10	0	0	10	0
JENNI ALEXANDRA CE	1000000770	MARIA MERCEDES JACANAMIJOY GUERRERC	AUXHOG	PRSO544	17	0	0	15	0
#N/A	1025532216	CATALINA CIFUENTES SANCHEZ	AUXHOG	PRSO563	5	0	0	5	0
#N/A	56088402	ANA FELICIA ORTEGA GUILLEN	AUXHOG	PRSO553	0	0	0	0	0
JENNI ALEXANDRA CE	53011529	GLORIA GISELA ROMERO RODRIGUEZ	AUXHOG	PRSO551	0	0	0	0	0
DORA ZULADY SANCH	1000931195	ERICK YOHAN IBARRA DIAZ	AUXHOG	PRSO572	0	0	0	0	0
#N/A	1012372800	FANNY MARCELA VARGAS SOSA	AUXHOG	PRSO573	0	0	0	0	0
#N/A	1084252540	LUZ MAYERLY PEREZ GIRALDO	AUXHOG	PRSO574	0	0	0	0	0
YORLENY BELTRAN CA	52474116	MARIA DEL PILAR TELLEZ BERNAL	AUXHOG	PRSO568	0	0	0	0	0
#N/A	1030549113	LUISA FERNANDA RODRIGUEZ ROJAS	AUXHOG	PRSO571	0	0	0	0	0
JAQUELINE RODRIGU	1033686288	DAHIANA LORENA GOMEZ ALVAREZ	AUXHOG	PRSO582	0	0	0	0	0
SANDRA MILENA REA	1101176248	ANDREA CAROLINA CUADRAS QUIJANO	AUXHOG	PRSO580	0	0	0	0	0
SANDRA MILENA REA	52958597	MARIA DEL PILAR RICO PARRADO	AUXHOG	PRSO584	0	0	0	0	0
LIXA SORAYA PRIETO	52822120	STEPHANIC GARZON PACANCHIQUE	AUXHOG	PRSO583	0	0	0	0	0
LIXA SORAYA PRIETO	1024506569	ANGELY JOHANNA HERRERA CAUCALI	AUXHOG	PRSO585	0	0	0	0	0
#N/A	1012421703	YULLIETH PAOLA SUAREZ PINZON	AUXHOG	PRSO578	0	0	0	0	0
#N/A	52884145	LEIDY ANDREA ROMERO ROMERO	AUXHOG	PRSO535	13	0	0	13	0
YORLENY BELTRAN CA	1074810768	LORENA GUZMAN AYURE	AUXHOG	PRSO566	0	0	0	0	0
DORA ZULADY SANCH	1000733092	JESICA LORENA LOPEZ RAMOS	AUXHOG	PRSO579	0	0	0	0	0
#N/A	1073709664	KATHERINE MOSQUERA RENTERIA	AUXHOG	PRSO561	9	0	0	6	0
					7633	5645	0	7487	5489

Junio:



PRODUCTIVIDAD GESTOR BIENESTAR

Archivo Editar Ver Insertar Formato Datos Herramientas Extensiones Ayuda

PRODUCTIVIDAD — MES: 6

Profesional de Apoyo	Documento	Nombre Auxiliar	Perfil	Equipo	TOTAL ACTIVIDADES C	TOTAL ACTIVIDADES R	TOTAL ACTIVIDADES S	CARACTERIZACIONES COMPLETAS Y CON FECHAS COINCIDENTES	RUTEO EFECTIVO CON CLASIFICACION
YORLENY BELTRAN CA	1010166406	NIDIA ESPERANZA YATE GOMEZ	AUXHOG	PRSO555	54	5	0	53	3
SANDRA MILENA REA	52718282	YEIMMI TATIANA AGUIRRE AVALA	AUXHOG	PRSO611	25	3	0	25	2
YURANY VALENCIA CA	1074815021	GENCY VALENTINA LEAL CHIQUIZA	AUXHOG	PRSO288	78	13	0	78	16
#N/A	1022345247	DIANA ALEJANDRA PINILLA LOAIZA	AUXHOG	PRSO558	26	0	0	26	0
LIXA SORAYA PRIETO	1013599660	CAROLINA RODRIGUEZ PADILLA	AUXHOG	PRSO557	47	18	0	44	10
JENNI ALEXANDRA CE	1000000770	MARIA MERCEDES JACANAMIJOY GUERRERC	AUXHOG	PRSO544	46	14	0	46	12
#N/A	1025532216	CATALINA CIFUENTES SANCHEZ	AUXHOG	PRSO563	0	0	0	0	0
#N/A	56088402	ANA FELICIA ORTEGA GUILLEN	AUXHOG	PRSO553	0	0	0	0	0
JENNI ALEXANDRA CE	53011529	GLORIA GISELA ROMERO RODRIGUEZ	AUXHOG	PRSO551	3	1	0	0	0
DORA ZULADY SANCH	1000931195	ERICK YOHAN IBARRA DIAZ	AUXHOG	PRSO572	22	11	0	22	11
#N/A	1012372800	FANNY MARCELA VARGAS SOSA	AUXHOG	PRSO573	60	11	0	58	5
#N/A	1084252540	LUZ MAYERLY PEREZ GIRALDO	AUXHOG	PRSO574	20	11	0	19	1
YORLENY BELTRAN CA	52474116	MARIA DEL PILAR TELLEZ BERNAL	AUXHOG	PRSO568	26	5	0	24	0
#N/A	1030549113	LUISA FERNANDA RODRIGUEZ ROJAS	AUXHOG	PRSO571	10	5	0	8	0
JAQUELINE RODRIGU	1033686288	DAHIANA LORENA GOMEZ ALVAREZ	AUXHOG	PRSO582	8	0	0	4	0
SANDRA MILENA REA	1101176248	ANDREA CAROLINA CUADRAS QUIJANO	AUXHOG	PRSO580	25	1	0	24	0
SANDRA MILENA REA	52958597	MARIA DEL PILAR RICO PARRADO	AUXHOG	PRSO584	11	3	0	11	3
LIXA SORAYA PRIETO	52822120	STEPHANIC GARZON PACANCHIQUE	AUXHOG	PRSO583	4	0	0	4	1
LIXA SORAYA PRIETO	1024506569	ANGELY JOHANNA HERRERA CAUCALI	AUXHOG	PRSO585	16	1	0	16	0
#N/A	1012421703	YULLIETH PAOLA SUAREZ PINZON	AUXHOG	PRSO578	9	10	0	9	9
#N/A	52884145	LEIDY ANDREA ROMERO ROMERO	AUXHOG	PRSO535	28	0	0	28	2
YORLENY BELTRAN CA	1074810768	LORENA GUZMAN AYURE	AUXHOG	PRSO566	6	0	0	6	0
DORA ZULADY SANCH	1000733092	JESICA LORENA LOPEZ RAMOS	AUXHOG	PRSO579	37	21	0	37	18
#N/A	1073709664	KATHERINE MOSQUERA RENTERIA	AUXHOG	PRSO561	0	0	0	0	0
					9284	1787	0	9157	1663

Durante el periodo comprendido entre abril y junio de 2026, los tableros de productividad permitieron realizar el seguimiento y validación diaria de las actividades registradas por los colaboradores en el aplicativo GTAPS. A través de los validadores implementados fue posible verificar la consistencia entre las actividades reportadas y los registros consolidados, así como identificar oportunamente registros que requerían revisión o ajuste.

Como ejemplo, el tablero de productividad del perfil Gestor de Bienestar evidenció un incremento progresivo en el número de actividades de caracterización registradas, pasando de 4.383 registros en abril a 7.633 en mayo y 9.284 en junio, comportamiento que coincide con el aumento observado en el consolidado de caracterizaciones del periodo.

De igual manera, el proceso de validación permitió confirmar 4.305 caracterizaciones completas con fechas coincidentes en abril, 7.487 en mayo y 9.157 en junio, reflejando un alto nivel de correspondencia entre la información registrada y los criterios definidos para el control de calidad.

En cuanto al validador de ruteo efectivo con clasificación, se identificaron 9.077 registros en abril, 5.489 en mayo y 1.663 en junio, información que facilitó el seguimiento de los casos y el control sobre la correcta clasificación de las actividades desarrolladas. Los resultados obtenidos a través de estos tableros permitieron realizar verificaciones permanentes de la información registrada, identificar diferencias para su posterior revisión y fortalecer la confiabilidad de los datos utilizados para el seguimiento de la gestión.

En conjunto, los tableros de productividad constituyeron una herramienta de apoyo para el monitoreo operativo, al proporcionar información consolidada para la validación de registros, el control de inconsistencias y el seguimiento continuo al desempeño de las actividades ejecutadas durante el periodo evaluado.

2. Tablero de la gestión a la base de ruteo

Este tablero se implementó con el objetivo de monitorear y validar en tiempo real la gestión de los casos asignados al proceso de ruteo, permitiendo una visión integral del avance operativo. A través de este instrumento es posible evidenciar la gestión total acumulada, el comportamiento mensual de la gestión y el desempeño por colaborador, lo que facilita el seguimiento continuo de resultados, la identificación de brechas en la ejecución y la toma de decisiones oportunas orientadas a mejorar la efectividad del contacto y la gestión de los casos.

BOGOTÁ | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
SUR OCCIDENTE ESE

Fuente	total
ASEGURAMIENTO	4060
GESTIÓN DEL RIESGO-SUBRED	37114
SECRETARIA DE SEGURIDAD	440
OBSERVATORIO DE SALUD	5236
CRUE	85
EPS CAPITAL SALUD	19
EPS SANITAS	16
SAT - SIVIGILA EVENTO 113	475
SISVAN	1052
SISVESO	76
SIVIGILA - EVENTO 115	2
SIRC	2847
SRPA	6
SIVIM	15
VSP	145
IPS VIRREY SOLIS	717
EQUIPO MAI	3
PAI	4376
TACTICA ABORDAJE GESTANTES	186
Total	**56870**

Prioridad	Total
MATERNO PERINATAL	14096
INFANCIA	2158
SALUD MENTAL	3201
CCVM	22523
POBLACIÓN DISTRITO CAPITAL	14853
CÁNCER	38
DISCAPACIDAD	1
Total	**56870**

Perfil	Total
ENFERMERIA	37
AUXHOG	27128
GLINE	29304
PSICOLOGIA	401
Total	**56870**

ESTADO CONTACTO TELEFONICO	
CONTACTADO	29484
NO CONTACTADO 1	2440
NO CONTACTADO 2	1201
NO CONTACTADO 3	456
VISITA EN CAMPO	8168
INFORMACIÓN ERRADA	4082
Total Gestionados	**45831**

ESTADO DE GESTION	
CONTACTADO	
PROGRAMA ATENCIÓN	6945
NO REQUIERE VISITA GESTION EFECTIVA	5998
RECHAZADO	2830
FUERA DE LA CIUDAD	871
OTRA SUBRED	650
ACTUALIZAR DIRECCION MISMA SUBRED	1650
NO CUMPLE CRITERIO	1396
CAMBIO DE PRIORIDAD	863
RECHAZADO - ACEPTA EDUCACIÓN	8131
FALLECIDO	150
Total_Contados	**29484**

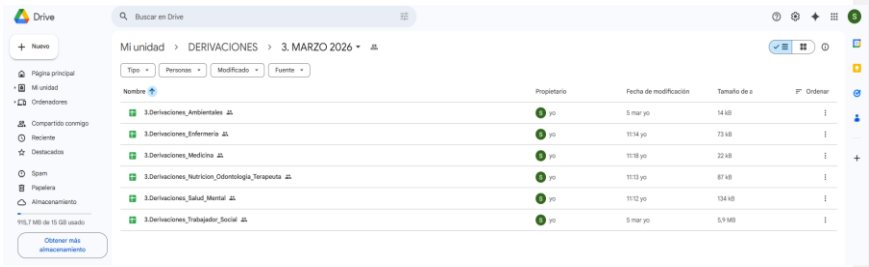
SIN GESTION RUTEO		%
Base_SDS	56870	
Total Gestionados	45831	**80,59%**
Total Sin Gestion	**11039**	

PRIORIDAD	ASIGNADOS	CONTACTA	EFECTIVO	FALLIDOS	RECHAZADO	NO EFECTIV	NO CONTA	VISITA EN C	INFORMAC	VISITA EN C	TRANSITORIO	SIN GESTION	% EFECTIVO	% GESTION	CARACTERIZADOS	PCF INSTAURADOS	CARACTERIZADOS	PCF INSTAURADOS
MATERNO PERINATAL	14096	5946	4243	762	718	223	293	2334	851	2267	360	6672	64,30%	66,86%	1301	298	2356	631
AUXHOG	10702	3691	2838	486	319	48	293	1470	576	1461	302	4672	53,52%	56,34%	1120	218	2053	471
GLINE	3394	2255	1405	276	399	175	0	864	275	806	58	0	98,29%	100,00%	181	80	303	160
INFANCIA	2158	1318	768	279	174	97	36	682	122	543	175	0	91,89%	100,00%	124	67	190	102
AUXHOG	288	126	8	97	17	6	0	134	26	134	0	0	100,00%	100,00%	2	0	28	1
GLINE	1870	1190	760	182	157	91	36	548	96	409	175	0	90,64%	100,00%	122	67	162	101
SALUD MENTAL	3201	1968	813	561	480	114	261	627	274	451	437	71	84,13%	97,78%	158	157	294	311
AUXHOG	18	12	4	6	1	1	0	3	3	3	0	0	100,00%	100,00%	1	0	2	2
GLINE	2745	1692	662	513	407	110	261	471	250	295	437	71	81,49%	97,41%	48	52	166	187
ENFERMERIA	37	27	14	6	16	1	0	0	0	0	0	0	100,00%	100,00%	9	9	15	16
PSICOLOGIA	401	227	133	36	56	2	0	153	21	153	0	0	100,00%	100,00%	100	96	111	106
CCVM	22523	8907	6053	969	1035	850	3507	2547	1266	1432	4622	5286	51,53%	72,05%	1539	366	3507	912
AUXHOG	4298	2452	1957	339	105	51	211	454	356	436	229	825	75,48%	80,81%	528	129	1371	229
GLINE	18225	6455	4096	630	930	799	3296	2093	910	996	4393	5471	45,88%	69,98%	611	237	2136	683
POBLACIÓN DISTRITO CAPITAL	14853	11313	10036	598	421	258	0	1972	1568	1362	610	0	95,89%	100,00%	2379	180	3464	316
AUXHOG	11821	9493	8830	408	200	55	0	1236	1092	1119	117	0	99,01%	100,00%	2304	167	3290	285
GLINE	3032	1820	1206	190	221	203	0	736	476	243	493	0	83,74%	100,00%	75	13	174	31
CÁNCER	38	31	23	2	2	4	0	6	1	6	0	0	100,00%	100,00%	5	3	7	4
GLINE	38	31	23	2	2	4	0	6	1	6	0	0	100,00%	100,00%	5	3	7	4
DISCAPACIDAD	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100,00%	100,00%	0	0	0	0
AUXHOG	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100,00%	100,00%	0	0	0	0
Total	56870	29484	21937	3171	2830	1546	4097	8168	4082	6061	6204	11039	69,68%	80,59%	5506	1071	9818	2276

3. Tablero de derivaciones

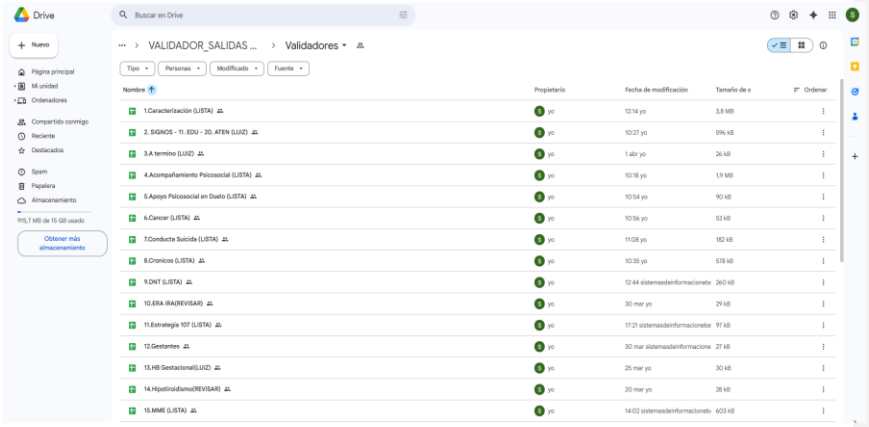
   Se implementan tableros de control para gestionar los casos derivados de la toma de alertas, organizados en hojas de cálculo por perfil profesional, donde cada caso

se registra, se clasifica según el tipo de evento y se asigna al perfil correspondiente; posteriormente, con base en la delimitación territorial, se define de manera directa el profesional responsable del abordaje, lo que permite una atención más ágil, organizada y con mayor trazabilidad en la gestión de los casos.



4. Tableros de calidad, pertinencia, oportunidad y congruencia.

   Se ha venido trabajando en la construcción de validadores de la calidad de la información registrada en cada uno de los módulos del aplicativo GTAPS, con el objetivo de asegurar la integridad, consistencia y confiabilidad de los datos en cada etapa del proceso. En este sentido, los tableros de control se consolidan como una herramienta estratégica que no solo permite visualizar de manera oportuna el estado de la información, sino también identificar inconsistencias, generar alertas tempranas y facilitar la toma de decisiones basadas en datos. Su fin es fortalecer la gestión operativa y el seguimiento continuo, promoviendo la mejora permanente de los procesos, la transparencia en el manejo de la información y el cumplimiento de estándares de calidad que respalden la eficiencia del sistema en su conjunto.



Durante el periodo comprendido entre abril y junio de 2026 se aplicaron los 27 validadores definidos para las salidas de información de los diferentes módulos del aplicativo GTAPS,

con el propósito de verificar el cumplimiento de los criterios de calidad, pertinencia, oportunidad y congruencia de los registros generados. La evaluación incluyó módulos como Signos, Acompañamiento Psicosocial, Apoyo Psicológico en Duelo, Conducta Suicida, Enfermedades Crónicas, Educación en Medicina, Salud Oral, Agendamiento, Admisiones, Atenciones, entre otros, permitiendo validar de manera integral la información reportada por los diferentes perfiles.

Los resultados evidenciaron un adecuado nivel de cumplimiento en la mayoría de los módulos evaluados, destacándose porcentajes de validación superiores al 90 % y, en varios casos, cercanos al 100 %, lo que refleja una alta consistencia entre la información registrada y los criterios establecidos para el proceso de validación. Asimismo, la aplicación de los validadores permitió identificar oportunamente registros con inconsistencias relacionadas con el diligenciamiento de variables obligatorias, diferencias en la congruencia de la información, registros incompletos y oportunidades de mejora en algunos procesos específicos.

Los hallazgos obtenidos fueron objeto de revisión y seguimiento por parte del equipo responsable, generando procesos de retroalimentación a los colaboradores, ajustes en los registros observados y verificación de las correcciones efectuadas antes de la consolidación de la información. Estas acciones contribuyeron a fortalecer la calidad de los datos, mejorar la oportunidad del registro y garantizar una mayor confiabilidad de la información utilizada para el seguimiento de la gestión y la toma de decisiones institucionales.

b) Estructura del reporte de gestión técnica y de calidad de la información

Durante el periodo evaluado se revisaron 170.276 registros correspondientes a los procesos de Caracterización, Medidas y Signos, Alertas, Plan de Cuidado Familiar, Agendamiento y Crónicos. Como resultado de esta revisión se identificaron 22.994 hallazgos, equivalentes al 13,5 % del total de registros evaluados. Los hallazgos fueron consolidados eliminando registros duplicados y unificando las diferentes variantes de escritura de los eventos.

Caracterización: 7.449 hallazgos (32,4 %).

Medidas y Signos: 4.044 hallazgos (17,6 %).

Alertas: 3.247 hallazgos (14,1 %).

Plan de Cuidado Familiar: 1.546 hallazgos (6,7 %).

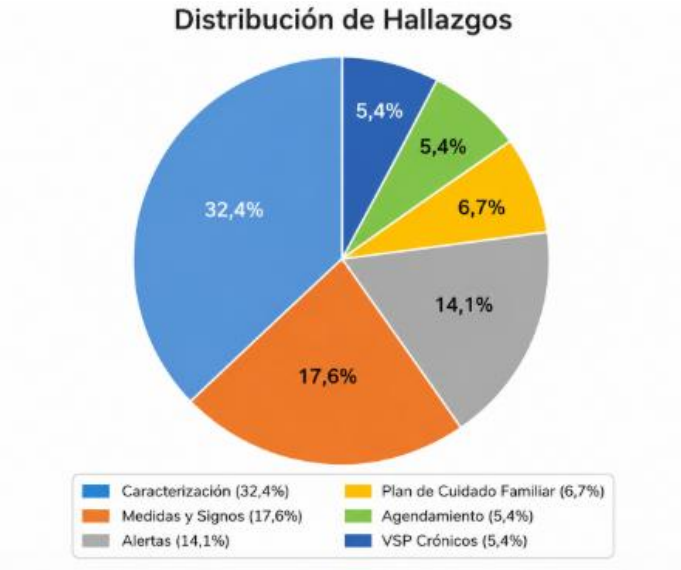
Agendamiento: 1.248 hallazgos (5,4 %).

VSP Crónicos: 1.241 hallazgos (5,4 %).

Comentado [70]: Complementar el reporte de los 27 validadores indicando los resultados obtenidos durante el periodo: módulos evaluados, registros sometidos a validación, hallazgos generados y/o porcentaje de cumplimiento de los criterios de calidad, pertinencia, oportunidad y congruencia. Actualmente se informa que existen 27 validadores, pero no su resultado.

Comentado [71R70]: Ajustado

Estos seis eventos representan aproximadamente el 82% del total de hallazgos, evidenciando que la mayor concentración de oportunidades de mejora se encuentra en estos procesos.



Por otra parte, eventos como Salud Oral, Conducta Suicida, Morbilidad Materna Extrema, DNT Aguda, RBC, Estrategia 107 y otros programas específicos presentaron un menor volumen de hallazgos, aunque continúan requiriendo seguimiento para garantizar la calidad de la información registrada.

Distribución de hallazgos por líder

La consolidación por líder permitió identificar diferencias en la cantidad de hallazgos gestionados. Se evidenció que 3.150 hallazgos (13,7 % del total de 22.994) se encuentran clasificados como "Sin líder". Dado que esta condición afecta la trazabilidad y el seguimiento de las acciones de mejora, es necesario gestionar su asignación para garantizar la corrección oportuna de los hallazgos y fortalecer el control sobre la calidad de la información.

Sin líder: 3.150 registros (13,7 %).

Lady Michelle Abril Riaño: 2.271 registros.

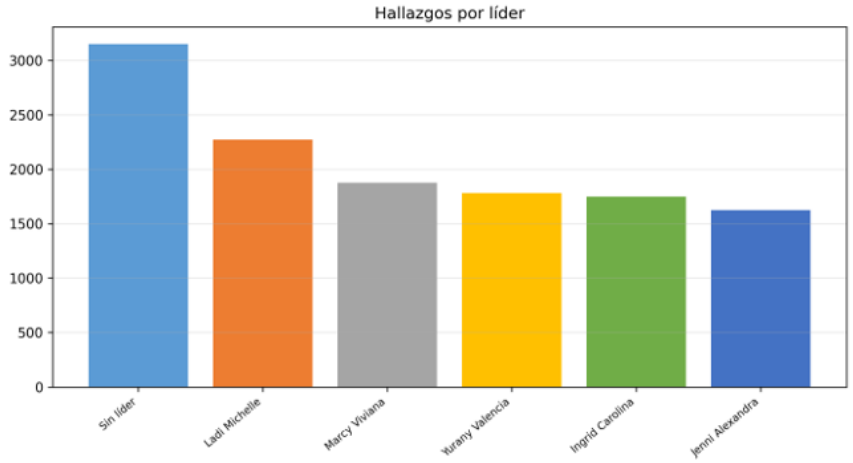
Marcy Viviana Acosta Romero: 1.877 registros.

Yurany Valencia Castaño: 1.781 registros.

Ingrid Carolina López Morales: 1.750 registros.

Jenni Alexandra Cerra Vargas: 1.623 registros.

Se observa igualmente un grupo importante de registros clasificados como "Sin líder", aspecto que debe revisarse para garantizar la correcta asignación y seguimiento de las actividades.



Ajustes de fecha en el aplicativo GTAPS

Durante el periodo evaluado se registraron 5.323 solicitudes de ajuste de fecha en el aplicativo GTAPS. Para dimensionar su impacto, se comparó el número de solicitudes con el total de registros gestionados por cada formulario, obteniendo un indicador relativo que permite identificar los procesos con mayor proporción de ajustes y orientar las acciones de mejora en la calidad de la información.

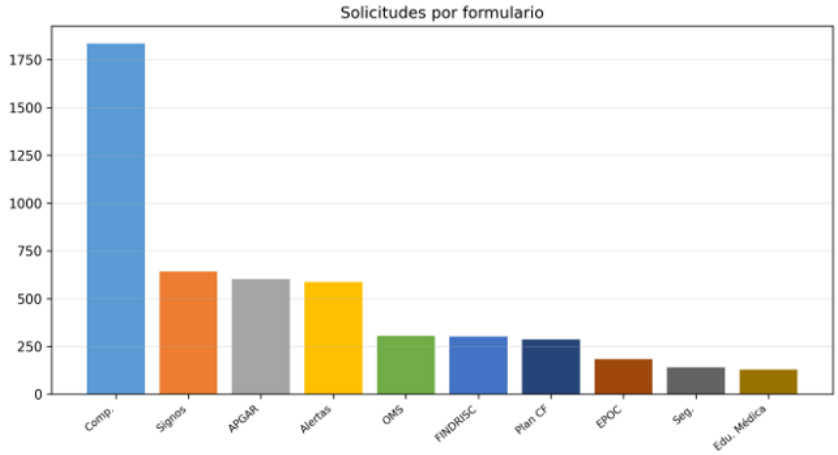
Formulario	Solicitudes	Registros	% de solicitudes
Compromisos	1.835	178.480	**1,03 %**
Signos	642	4.044	**15,88 %**
APGAR	602	38.006	**1,58 %**

Alertas	587	3.247	**18,08 %**
OMS	305	25.806	**1,18 %**
FINDRISC	301	23.421	**1,29 %**
Plan de Cuidado Familiar	286	1.546	**18,50 %**
EPOC	184	16.949	**1,09 %**
Seguimiento a Compromisos	140	67.467	**0,21 %**
Educación Médica	128	1.680	**7,62 %**

Estos formularios representan la mayor parte de los ajustes realizados, evidenciando la necesidad de fortalecer la validación de la información antes del registro definitivo.

Comentado [72]: Complementar el análisis de solicitudes por formulario con un indicador relativo al volumen de registros de cada proceso. La cantidad absoluta de solicitudes no permite concluir que los formularios con mayor número de ajustes presentan necesariamente mayor afectación de calidad, dado que pueden corresponder también a los procesos con mayor volumen de registros.

Comentado [73R72]: Ajustado



Estado de las solicitudes

Del total de solicitudes registradas:

- 4.570 (85,8%) fueron gestionadas exitosamente y quedaron en estado Realizado.
- 310 presentaron diferencias entre la fecha futura y la fecha de creación.
- 172 corresponden a códigos incorrectos.
- 114 ya contaban con la fecha actualizada en la base de datos.
- 69 presentaban una fecha actual errada.
- 50 correspondían a registros previamente existentes con la misma fecha.
- Los demás casos obedecieron principalmente a formularios erróneos, referencias inválidas y ajustes de periodos anteriores.

Los resultados evidencian una alta efectividad en la gestión de las solicitudes, aunque persisten oportunidades de mejora relacionadas con la validación de fechas, códigos y formularios antes de realizar el reporte.

Conclusiones

- Durante el periodo abril–junio se consolidaron 22.994 hallazgos, concentrándose principalmente en los procesos de Caracterización, Medidas y Signos y Alertas.
- Los seis eventos con mayor frecuencia representan aproximadamente el 82% del total de hallazgos, por lo que constituyen la principal prioridad para las acciones de mejora.
- Se identificó un número importante de registros sin líder asignado, lo cual puede afectar el seguimiento y la trazabilidad de las actividades.
- Se gestionaron 5.323 solicitudes de ajuste de fecha, de las cuales el 85,8% fueron solucionadas satisfactoriamente.

- Las principales causas de solicitudes no exitosas estuvieron asociadas con errores en fechas, códigos y diligenciamiento de formularios.

Recomendaciones

- Fortalecer la capacitación del personal en el diligenciamiento de los formularios con mayor incidencia de hallazgos.
- Implementar validaciones previas al registro para reducir errores en fechas y códigos.
- Revisar periódicamente los registros clasificados como "Sin líder" para garantizar su correcta asignación.
- Mantener el seguimiento mensual de los indicadores con el fin de evaluar la efectividad de las acciones de mejora implementadas.
- Priorizar planes de mejora sobre los procesos de Caracterización, Medidas y Signos, Alertas y Plan de Cuidado Familiar, debido a su mayor impacto dentro del total de hallazgos.

c) Forma de presentación del análisis comparativo y de mejora continua

Durante el periodo comprendido entre abril y junio se identificaron 22.994 hallazgos, los cuales fueron consolidados mediante procesos de depuración que incluyeron la eliminación de registros duplicados y la estandarización de variantes de escritura, fortaleciendo la calidad de la información analizada. La distribución de los hallazgos evidencia una concentración importante en pocos procesos, siendo Caracterización el de mayor participación con 7.449 registros (32,4 %), seguido de Medidas y Signos con 4.044 hallazgos (17,6 %), Alertas con 3.247 (14,2 %), Plan de Cuidado Familiar con 1.546 (6,7 %), Agendamiento con 1.248 (5,4 %) y VSP Crónicos con 1.241 (5,4 %). En conjunto, estos seis eventos representan aproximadamente el 82 % del total de hallazgos, lo que permite identificar claramente los procesos que requieren mayor seguimiento y acciones de mejora.

El comportamiento observado indica que las oportunidades de fortalecimiento continúan concentrándose en procesos críticos relacionados con el registro de información asistencial, evidenciando patrones repetitivos de inconsistencias que afectan la calidad del dato. Asimismo, la distribución de hallazgos por líder permitió identificar diferencias importantes en la carga de gestión entre responsables, así como la existencia de un número considerable de registros clasificados como "Sin líder", situación que limita la trazabilidad, dificulta el seguimiento oportuno y puede generar retrasos en la implementación de acciones correctivas.

En términos generales, los resultados evidencian la necesidad de fortalecer los controles preventivos durante el diligenciamiento de la información, optimizar los mecanismos de asignación y seguimiento de responsables, y priorizar intervenciones sobre los procesos de Caracterización, Medidas y Signos, Alertas y Plan de Cuidado Familiar, debido a su alta incidencia dentro del total de hallazgos. Estas acciones permitirán reducir la recurrencia de

Comentado [74]: Fortalecer el componente comparativo. El apartado presenta nuevamente los resultados de abril-junio, pero no realiza una comparación con un periodo anterior ni muestra la evolución mensual de los hallazgos. Incorporar un periodo de referencia o indicadores mensuales comparables que permitan evidenciar tendencia y efecto de las acciones de mejora.

Comentado [75R74]: ajustado

inconsistencias, mejorar la calidad de los registros y optimizar el desempeño operativo en los próximos periodos.

Análisis – Mesa de Ajustes

Durante el trimestre comprendido entre abril y junio se registraron 5.323 solicitudes de ajuste de fecha en el aplicativo GTAPS, las cuales fueron evaluadas conforme a los criterios técnicos y operativos establecidos. Del total de solicitudes, 4.570 casos (85,8 %) fueron gestionados exitosamente con estado "Realizado", reflejando una alta capacidad de respuesta por parte de la Mesa de Ajustes.

El 14,2 % restante corresponde a solicitudes que no pudieron ejecutarse debido principalmente a diferencias entre la fecha futura y la fecha de creación (310 casos), inconsistencias en códigos (172), fechas desactualizadas (114), ausencia de fecha actual (69), registros previamente existentes con la misma fecha (50) y otros motivos relacionados con formularios erróneos, referencias inválidas y ajustes correspondientes a periodos anteriores. Estas situaciones obedecen principalmente a inconsistencias en la información suministrada o a limitaciones propias de las reglas de validación del sistema, y no a falta de gestión por parte de la Mesa.

Los resultados reflejan un desempeño favorable del proceso, evidenciando que la mayoría de las solicitudes que cumplían con los criterios técnicos fueron resueltas satisfactoriamente. Sin embargo, el comportamiento observado pone de manifiesto la importancia de fortalecer los mecanismos de validación previa al registro de la información, así como la capacitación a los usuarios en el correcto diligenciamiento de fechas, códigos y formularios, con el propósito de disminuir la generación de solicitudes evitables y mejorar la eficiencia operativa en periodos posteriores.

Análisis de solicitudes de ajuste de fechas en procesos

El análisis de las solicitudes de ajuste de fechas registradas durante el trimestre evidencia que la mayor concentración de requerimientos se presenta en un número reducido de formularios, destacándose Compromisos con 1.835 solicitudes, seguido de APGAR (602), Alertas (587), Signos (642), OMS (305), FINDRISC (301), Plan de Cuidado Familiar (286), EPOC (184), Seguimiento a Compromisos (140) y Educación Médica (128). Esta distribución confirma que los procesos con mayor volumen de registros continúan siendo los que generan la mayor necesidad de ajustes posteriores.

El predominio del estado "Realizado" (85,8 %) demuestra una adecuada capacidad operativa para atender las solicitudes recibidas; no obstante, persisten causas recurrentes relacionadas con diferencias entre fechas registradas, errores en códigos, registros duplicados, formularios diligenciados incorrectamente y validaciones asociadas a periodos anteriores. Estas situaciones evidencian que una proporción importante de los ajustes podría prevenirse mediante controles de calidad implementados desde el momento del registro de la información.

Desde una perspectiva operativa, la recurrencia de estos errores incrementa los reprocesos, afecta la oportunidad en la actualización de la información y genera una carga adicional para los equipos encargados de la validación y gestión de ajustes. Asimismo, estas inconsistencias pueden impactar la confiabilidad de los reportes y limitar la precisión de los análisis utilizados para la toma de decisiones.

En este contexto, resulta recomendable fortalecer las validaciones automáticas del sistema, implementar controles preventivos en los formularios con mayor incidencia de ajustes y desarrollar estrategias de capacitación dirigidas a los usuarios responsables del registro, enfocadas especialmente en el correcto diligenciamiento de fechas, códigos y criterios técnicos. Estas acciones contribuirán a reducir la reincidencia de errores, mejorar la calidad del dato y optimizar el desempeño general del proceso en los siguientes periodos.

7.2.2 Seguimiento y gestión de las derivaciones y activaciones de rutas sectoriales e intersectoriales

En el proceso de Derivaciones y activaciones de rutas gestionadas por los Equipo Más Bienestar en tu Hogar se presenta el análisis con base en la información registrada en el SIRC, con corte del 1 de octubre al 30 de junio del 2026, para este periodo se registraron un total de 6.996 activaciones de rutas, de las cuales 5.597 fueron efectivas y 1.369 se encuentran en otros estados, alcanzando una efectividad global del 80,3%.

Al analizar la tabla por tipo de RIAS, se observa que la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud donde se reportan 4.223 activaciones de rutas de las cuales 3.417 son efectivas y 863 se encuentran en otros estados con una efectividad del 80,4%. La RIAS para la población con riesgo o presencia de alteraciones cardio-cerebro metabólicas se activaron 559, con 501 efectivas y 58 en otros estados alcanzando una efectividad de 89,6 %, para a RIAS de enfermedades respiratorias crónicas se registran 36 activaciones de las cuales 31 son efectivas y 5 están en otros estados para una efectividad del 86,1%.

En cuanto a las RÍAS de salud bucal para el periodo evaluado se reportaron 131 activaciones de rutas de las cuales 103 fueron efectivas y 28 se encuentra con otro estado, para una efectividad del 78,6%, para la RÍAS de cáncer se activaron 5 donde 4 son efectivas y 1 en otro estado, donde se logró una efectividad del 80%, la RÍAS materno-perinatal se reportaron 152 activaciones de rutas con 135 efectivas y 17 en otros estados logrando una efectividad del 88,8%.

Para la RÍAS de agresiones, accidentes y traumas se registraron 15 activaciones donde 13 fueron efectivas y 2 en otros estados para una efectividad del 86%, La RÍAS de trastornos visuales y auditivos se registraron 1.680 activaciones de rutas con 1056 efectivas y 224 en otros estados para una efectividad del 82,5%.

Es importante precisar que las activaciones de rutas clasificadas con otros estados corresponden aquellas que se encuentran en condición de pendiente de gestión, rechazadas o en situaciones donde la persona, familia o comunidad no logran acceder a la atención.

Se evidencia que las rutas que menos se activan por parte de los equipos más bienestar en tu hogar fueron 10 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades

infecciosas, 14 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente, 15 RIAS para la población con riesgo o presencia de enfermedades huérfanas finalizando con la 17 RIAS para la población con riesgo presencia de trastornos degenerativos, neuropatías y autoinmunes.

Por otro lado, la ruta con mayor activación por parte de los equipos es la 1 RIAS de promoción y mantenimiento de la salud.

La efectividad de la gestión no depende exclusivamente de la operación de los equipos más bienestar, sino que está condicionada por la capacidad de respuesta de las EAPB

Tabla 50. Derivaciones y activaciones de rutas Equipos MÁS Bienestar en Tu Hogar Hogar

Tipo de RIAS	**Número de canalizaciones o activaciones**	**Número de canalizaciones o activaciones efectivas**	**Número de canalizaciones o activaciones con otros estados**	**% efectividad**
1 Ruta de promoción y Mantenimiento de la salud	4417	3554	863	80,4%
2 RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones cardio — cerebro — vascular — metabólicas manifiestas	559	501	58	89.6 %
3 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades respiratorias crónicas.	36	31	5	86.1%
4 RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales.	33	23	10	69 %
5 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones.	7	5	2	71%
6 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos psicosociales y del comportamiento.	296	152	144	51,3 %

7 RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones en la salud bucal.	131	103	28	78,6 %
8 RIAS para población con riesgo o presencia de cáncer.	5	4	1	80 %
9 RIAS para población materno — perinatal.	152	135	17	88.8 %
10 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas.	0	0	0	0
13 RIAS para población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas.	15	13	2	86 %
14 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente.	1	1	0	100 %
15 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades huérfanas.	0	0	0	0
16 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos visuales y auditivos.	1314	1075	239	81,8 %
17 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos degenerativos, neuropatías y auto-inmunes.	0	0	0	0
TOTAL	6966	5597	1.369	80,3 %

Fuente: **Archivo plano SIRC**

Tabla 51. Derivaciones y activaciones de rutas gestionadas desde los Equipos MÁS Bienestar en Tu Hogar

Fuente que Genera la Canalización	**Número de canalizaciones o activaciones recibidas**	**Número de canalizaciones o activaciones con gestión efectiva**	**Número de canalizaciones o activaciones pendientes por gestión**	**% efectividad**
Entorno Laboral	19	0	19	0 %
Entorno Educativo	36	8	28	22,2 %

Entorno Comunitario	61	10	51	16,3%
Transversalidad Vigilancia en Salud Pública	3089	568	2.521	18,3%
Transversalidad GPAISP	23	4	19	17,3
Análisis y políticas para la Salud y la Vida	0	0	0	0%
Línea 106	0	0	0	0 %
Entorno Institucional	3	2	1	66,6%
Red Distrital de Banco de Sangre	0	0	0	0%
DASCD	0	0	0	0%
Universidades	0	0	0	0%
Contrato Jurídico Indígena	0	0	0	0%
Transversalidad SIVIM	27	0	27	0%
Transversalidad SISVECOS	32	2	30	7,4%
Total	3.229	594	2.635	18,3 %

Fuente:

Para el periodo del 1 de octubre al 30 de junio del 2026 para el seguimiento de las activaciones de rutas a los Equipos Más Bienestar se recibieron un total de 3.229 canalizaciones, de las cuales 594 fueron gestionadas de manera efectiva y 2.635 permanecen pendientes, lo que corresponden a un 18,3% de efectividad, se analiza por fuente generadora, donde se evidencia que la Transversalidad de vigilancia en salud pública concentra el mayor volumen de casos con 3.089, con 568 gestiones efectivas y 2.521 pendientes, alcanzando una efectividad del 18,3% lo que refleja una alta demanda, por su parte, el entorno comunitario reporta 61 activaciones de rutas con solo 10 gestiones efectivas 16,3%, entorno educativo 36 activaciones contando con 8 gestiones efectivas 22,2%, para el entorno institucional reporta 3 activaciones de rutas con 2 gestiones efectivas 66.6 %, la transversalidad GPAISP reportó 23 activaciones de rutas con 4 efectivas lo que corresponde un 17,3% mientras que las demás fuentes no registran activaciones para el periodo.

Se evidencian brechas importantes, como la alta concentración de casos de una sola fuente, la acumulación significativa de casos pendientes y la limitada capacidad de respuesta, principalmente asociada a que no se contaba con todo el talento humano contratado, donde se identifica que la mayoría de las activaciones de ruta requieren abordaje desde el componente de salud mental perfil de psicología y psicología clínica lo cual ha generado una sobrecarga en los equipos disponibles.

Por otra parte, se evidencia una alta demanda de casos durante el mes de junio, periodo en el cual se recibieron un total de 543 usuarios para intervención. la mayor proporción de estas derivaciones correspondió al perfil de psicología, situación que representa un

incremento de la carga operativa y genera limitaciones para brindar una respuesta oportuna , considerando la capacidad instalada y la dinámica de los Equipos Más Bienestar en Tu Hogar.

En cuanto a la gestión operativa, los casos recibidos por los Equipos Más bienestar en tu Hogar a través del SIRC son territorializados y asignados a los profesionales según las necesidades identificadas mediante la observación y análisis de cada usuario. Sin embargo, al no contar con el 100% del talento humano contratado dificulto dar respuesta a la totalidad de las activaciones, no obstante, se ha vinculado nuevo talento humano nuevo, lo que permitirá fortalecer la gestión y avanzar progresivamente en la atención de los casos que se encuentran pendientes de gestión.

Entre las acciones de mejora orientadas al fortalecimiento de la gestión, se encuentra la vinculación de nuevo talento humano, la priorización de los casos y el seguimiento para garantizar el abordaje de cada uno de los casos asignados a los EMBH, buscando así la mejora de la capacidad de respuesta.

7.2.3 Ruta de aseguramiento

Tabla 52. Consolidado de la gestión de aseguramiento en salud

Dimensión de análisis	Variable clave	Periodo	Acumulado
Acceso y cobertura	Número de personas identificadas 40 95 87	 Abril Mayo Junio	222
	Número de personas con aseguramiento efectivo 21 54 70	 Abril Mayo Junio	145
	Número de personas sin aseguramiento 19 41 17	 Abril Mayo Junio	77
Resolución del aseguramiento	Número de afiliaciones nuevas realizadas		0
	Número de reactivaciones de afiliación realizadas		145

	21 54 70	Abril Mayo Junio	
Articulación para el cuidado integral	Número de personas vinculadas a RIAS 18 46 66	Abril Mayo Junio	130
	Número de activaciones de rutas y prescripción social		0
Oportunidad y seguimiento	Número de trámites pendientes		0
	Tiempo promedio de respuesta (días)	3 a 20 días	

Fuente: Ruta de Aseguramiento - Equipos MÁS Bienestar en tu Hogar

Síntesis ejecutiva

Durante el trimestre comprendido entre abril y junio de 2026, la Ruta de Aseguramiento consolidó acciones orientadas a garantizar el acceso efectivo al Sistema General de Seguridad Social en Salud de la población identificada por los equipos de Más Bienestar en Tu Hogar, fortaleciendo la gestión administrativa para la afiliación, la vinculación a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), el seguimiento a población priorizada y la articulación con la estrategia de Prescripción Social.

En el periodo se gestionaron 222 solicitudes de aseguramiento, de las cuales 145 culminaron con afiliación efectiva al régimen subsidiado de Capital Salud EPS, reflejando una mejora progresiva en la efectividad del proceso, especialmente durante el mes de junio, donde se evidenció el mayor número de afiliaciones efectivas desde la implementación de la estrategia. De igual manera, se logró la vinculación de 130 usuarios a la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, garantizando el acceso a las atenciones definidas según el curso de vida, tales como medicina general, odontología, valoración de agudeza visual, citología y demás intervenciones contempladas en las RÍAS.

Paralelamente, se fortaleció la atención a población priorizada mediante el seguimiento a gestantes migrantes irregulares, la realización de estudios sociales de caso, el fortalecimiento permanente a los equipos operativos en el proceso de aseguramiento y la articulación con Canalizaciones para posicionar la estrategia de Prescripción Social y favorecer el reconocimiento de los activos sociales disponibles para la comunidad.

Alcance

La Ruta de Aseguramiento tuvo como alcance identificar, orientar y gestionar el acceso efectivo al aseguramiento en salud de la población sin afiliación o con barreras

administrativas para su acceso, garantizando la articulación con las Rutas Integrales de Atención en Salud y promoviendo estrategias de seguimiento, acompañamiento y fortalecimiento institucional que contribuyan a mejorar la oportunidad en la atención, especialmente en población priorizada y vulnerable.

Gestión desarrollada

Durante el periodo evaluado se recibieron 222 solicitudes para gestión de aseguramiento, correspondientes a 40 casos en abril, 95 en mayo y 87 en junio. Como resultado del proceso administrativo realizado desde la Ruta de Aseguramiento, se logró la reactivación efectiva de 145 afiliaciones al régimen subsidiado de Capital Salud EPS, mientras que no se registraron afiliaciones nuevas, dado que la población intervenida correspondía principalmente a usuarios que previamente habían pertenecido al Sistema General de Seguridad Social en Salud y requerían la reactivación de su aseguramiento.

Como parte de la continuidad del proceso, se gestionó la vinculación de 130 usuarios a la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, permitiendo el acceso a las intervenciones correspondientes según el curso de vida, tales como consulta de medicina general, odontología, valoración por agudeza visual, citología y demás actividades establecidas en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS). Los casos pendientes continúan en seguimiento debido a tiempos de activación en ADRES, disponibilidad de agenda o barreras administrativas que requieren resolución para culminar la vinculación.

Con el propósito de garantizar la permanencia de los usuarios afiliados en el régimen subsidiado, se realizaron solicitudes de encuesta SISBÉN a los usuarios que cumplían criterios para este trámite, favoreciendo la continuidad del aseguramiento una vez finalizado el periodo de afiliación temporal.

Dentro de las acciones desarrolladas también se realizó el seguimiento a una base de 137 gestantes migrantes irregulares remitida por la Secretaría Distrital de Salud, verificando su estado de afiliación, acceso a controles prenatales y continuidad de la atención. Asimismo, durante el trimestre se realizaron estudios sociales de caso desde la Ruta de Aseguramiento para gestantes identificadas con riesgo de no acceso oportuno a los servicios de salud, facilitando la articulación institucional para el inicio y continuidad de sus controles prenatales.

Adicionalmente, se desarrollaron procesos permanentes de fortalecimiento dirigidos a los equipos operativos de Más Bienestar en Tu Hogar, orientados a reforzar los criterios técnicos del proceso de aseguramiento, los lineamientos para la correcta identificación de usuarios sin afiliación, la adecuada notificación mediante los canales institucionales y la importancia de registrar la trazabilidad de las gestiones realizadas durante la atención en territorio.

De igual forma, se participó en los procesos de inducción dirigidos al talento humano de nuevo ingreso, con el fin de fortalecer el conocimiento sobre la Ruta de Aseguramiento, los

criterios para la gestión de afiliaciones, el abordaje de población priorizada y los mecanismos institucionales para la remisión de casos.

En articulación con el líder de Canalizaciones, se realizaron espacios de análisis sobre los reportes de gestión y el comportamiento de la Prescripción Social, identificando oportunidades de mejora para incrementar la activación de rutas. Como resultado de este ejercicio, se fortaleció la socialización del nuevo portafolio de activos sociales, una herramienta actualizada que facilita la identificación de la oferta disponible según curso de vida, localidad y criterios de acceso, promoviendo su apropiación por parte de los equipos operativos como estrategia para incrementar la demanda de Prescripción Social.

Principales avances y resultados relevantes

Durante el trimestre se evidenció un incremento progresivo en la efectividad de las afiliaciones gestionadas desde la Ruta de Aseguramiento, alcanzando un total de 145 afiliaciones efectivas, siendo el mes de junio el de mayor productividad, situación que refleja una disminución de las barreras administrativas del sistema y una mayor oportunidad para garantizar el acceso al aseguramiento en salud.

Se consolidó la articulación con las Rutas Integrales de Atención en Salud mediante la vinculación de 130 usuarios a la Ruta de Promoción y Mantenimiento, garantizando el acceso oportuno a las intervenciones correspondientes según el curso de vida.

Como avance relevante, se implementó el desarrollo de estudios sociales de caso desde la Ruta de Aseguramiento para el abordaje de gestantes migrantes irregulares, fortaleciendo la atención integral y favoreciendo el acceso oportuno a controles prenatales.

Asimismo, se consolidó el fortalecimiento técnico de los equipos operativos mediante espacios de capacitación continua sobre aseguramiento, criterios de afiliación, atención a población priorizada y apropiación del portafolio actualizado de activos sociales, contribuyendo a mejorar la identificación y notificación de usuarios susceptibles de intervención.

Seguimiento y control

La Ruta de Aseguramiento realizó seguimiento permanente al estado de cada solicitud recibida, verificando el resultado de las afiliaciones, la activación en ADRES, la vinculación a la Ruta de Promoción y Mantenimiento y la comunicación oportuna con los usuarios para orientar los pasos posteriores a la afiliación o brindar alternativas frente a las barreras administrativas identificadas.

Igualmente, se efectuó seguimiento continuo a la población priorizada, especialmente gestantes migrantes irregulares, garantizando la verificación del acceso a los servicios de salud y el acompañamiento institucional cuando fue requerido. Paralelamente, se mantuvo la articulación con Canalizaciones para el análisis periódico de los indicadores de Prescripción Social y la identificación de oportunidades de mejora en el proceso de activación de rutas.

Conclusiones

Durante el trimestre abril-junio de 2026, la Ruta de Aseguramiento consolidó avances significativos en el acceso efectivo al Sistema General de Seguridad Social en Salud, evidenciando un aumento progresivo en las afiliaciones efectivas y en la vinculación de los usuarios a las Rutas Integrales de Atención en Salud.

Las acciones desarrolladas permitieron fortalecer el abordaje integral de población priorizada, particularmente gestantes migrantes irregulares, así como consolidar espacios de articulación institucional orientados al fortalecimiento de la Prescripción Social y la apropiación de los activos sociales disponibles en el territorio.

Aunque persisten barreras administrativas propias del sistema que limitan algunos procesos de afiliación y vinculación, la gestión desarrollada durante el trimestre evidencia un fortalecimiento continuo de la Ruta de Aseguramiento, favoreciendo una atención más oportuna, articulada e integral para la población intervenida y contribuyendo al cumplimiento de los objetivos institucionales en materia de acceso, continuidad del aseguramiento y promoción del cuidado integral en salud.

Este informe debe permitir evidenciar de manera clara la gestión desarrollada para garantizar el aseguramiento y la vinculación efectiva al Sistema General de Seguridad Social en Salud de la población identificada por los Equipos MÁS Bienestar en tu Hogar, así como su articulación con las rutas de atención integral y la prescripción social, así:

- Una síntesis ejecutiva, en la que se resume el aporte de la Ruta de Aseguramiento a la garantía del derecho a la salud, el acceso efectivo a los servicios y la continuidad del cuidado de la población priorizada, desde un enfoque de derechos, equidad y justicia social.
- El alcance de la gestión, identificando de manera general la población acompañada, los casos gestionados de no aseguramiento o afiliación suspendida, y la articulación realizada con los equipos operativos, EPS y actores institucionales y comunitarios.
- La gestión desarrollada, describiendo de forma global las acciones realizadas para la verificación del estado de aseguramiento, la gestión de afiliaciones y el acompañamiento a los usuarios y sus familias, sin detallar procedimientos operativos específicos.
- La articulación con rutas y prescripción social, señalando de manera general cómo se apoyó la vinculación de las personas y familias a las Rutas Integrales de Atención en Salud y a los procesos de activación de rutas y prescripción social, especialmente en poblaciones en condición de mayor vulnerabilidad o formas extremas de exclusión.
- Los principales avances, entendidos como las mejoras logradas en la oportunidad del aseguramiento, la reducción de barreras de acceso, la articulación interinstitucional y la continuidad del cuidado de los usuarios priorizados.

- Los resultados relevantes, evidenciando los efectos de la gestión en términos de personas afiliadas, casos resueltos, vinculación efectiva a rutas de atención y fortalecimiento de la respuesta integral social y sanitaria.
- El seguimiento y control, describiendo de manera general el monitoreo realizado a los trámites de aseguramiento, los tiempos de respuesta, las barreras identificadas y las acciones de mejora implementadas.
- Las conclusiones, destacando el valor estratégico del perfil de Ruta de Aseguramiento para la gestión integral del riesgo, la garantía del derecho a la salud y la sostenibilidad del Modelo MÁS Bienestar.

7.2.4 Líder de acceso y EPS

El modelo MÁS Bienestar en Tu Hogar (EMBH) ha consolidado su rol como eje articulador de la atención en salud en la Subred Suroccidente. La gestión actual se ha centrado en cerrar brechas de acceso mediante la presencia territorial activa, logrando hitos significativos en la atención de población vulnerable (PPL) y el seguimiento de binomios madre-hijo. La interlocución directa con las EAPB ha permitido transformar el trámite administrativo en un canal resolutivo, garantizando la continuidad del cuidado y el reconocimiento institucional del modelo.

Durante el periodo evaluado, la Subred Suroccidente consolidó importantes avances en la estrategia de acceso a los servicios de salud mediante el fortalecimiento de los procesos de agendamiento, seguimiento telefónico, atención domiciliaria, articulación con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y acompañamiento a los usuarios en las diferentes Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).

Entre los principales logros se destacan el fortalecimiento del acceso a través de estrategias extramurales, la atención diferencial en domicilio y centros penitenciarios, la consolidación de alianzas estratégicas con las EAPB para optimizar los tiempos de respuesta, el incremento en la asistencia a las citas gracias al seguimiento telefónico y el fortalecimiento del acompañamiento a los usuarios durante todo el proceso asistencial.

No obstante, persisten desafíos que limitan la oportunidad y continuidad de la atención, principalmente relacionados con la insuficiente disponibilidad de agendas, bloqueos e inconsistencias en los sistemas de agendamiento, cancelaciones de citas, actualización incompleta de la información de los usuarios y dificultades en la coordinación entre los diferentes actores del proceso.

Se fortalecieron las estrategias territoriales mediante la prestación de servicios domiciliarios y la atención en centros penitenciarios, reduciendo barreras geográficas y facilitando el acceso oportuno a la población priorizada bajo un enfoque diferencial.

Los modelos de atención territorial alcanzaron una efectividad cercana al 100 %, evidenciando la eficiencia de las estrategias extramurales implementadas.

El proceso de agendamiento presenta avances importantes derivados de la depuración y organización de las especialidades, permitiendo una mejor priorización de la oferta disponible.

El seguimiento telefónico continúa siendo una de las principales fortalezas institucionales, al favorecer la asistencia a las citas, brindar información oportuna y mejorar la comunicación con los usuarios.

Durante el periodo vacacional se evidenció un incremento en la asistencia a las citas, reflejando la efectividad de las estrategias de recordación y acompañamiento.

La articulación con las EAPB, en coordinación con el área de Mercadeo, permitió estandarizar tiempos de respuesta para casos prioritarios, alcanzando un promedio de ocho días y fortaleciendo la gestión conjunta con aseguradoras como Salud Total, Compensar, Famisanar, Sura y Sanitas.

De igual manera, la estrategia implementada con la EPS Virrey Solís mediante un gestor en línea fortaleció la vinculación efectiva de los usuarios a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).

Se consolidó el trabajo articulado entre los equipos asistenciales y Gestión del Riesgo para recuperar usuarios insistentes, realizar seguimiento a pacientes de alto riesgo y favorecer la adherencia a los programas institucionales.

En la estrategia de Binomios Madre-Hijo se implementó el seguimiento domiciliario posparto, permitiendo identificar oportunamente riesgos clínicos y sociales que requieren intervención.

Los equipos asistenciales cuentan con acompañamiento técnico y administrativo que facilita la prestación de una atención más organizada, humanizada y centrada en el usuario.

La principal limitación continúa siendo la insuficiente capacidad instalada frente a la demanda de los usuarios.

Se evidencia una baja disponibilidad de agendas en medicina especializada, odontología y algunos centros de atención, especialmente en zonas de alta demanda como Bosa.

En varias sedes las agendas se habilitan únicamente algunos días de la semana o disponen de un número reducido de cupos, generando listas de espera prolongadas y afectando la oportunidad en la atención.

Persisten inconsistencias tecnológicas que afectan la operación, principalmente agendas que aparecen disponibles en el sistema, pero se encuentran bloqueadas al momento del agendamiento, generando reprocesos y disminuyendo la productividad de los equipos.

Asimismo, se presentan cancelaciones posteriores por parte de los centros de salud y áreas de apoyo, muchas veces sin notificación previa al usuario, ocasionando desplazamientos innecesarios, inconformidad y pérdida de oportunidad en la atención.

Desde el proceso de APS se cuenta con mayor acceso a citas para en el agendamiento a través de subred que ha permitido que más usuarios, especialmente de APS, accedan a citas, con una alta participación a las citas frente a periodos anteriores

La Inasistencia de usuarios APS principalmente ciudadanos habitantes de calle, personas en condiciones precarias o personas que no permanecen de forma continua en un centro de paso, evidenciando que afectan a esta asistencia a citas factores como el consumo de sustancias y situaciones personales afectan su responsabilidad frente a la cita generando un retroceso e inoportunidad para quienes sí requieran la cita y puedan asistir.

El análisis consolidado evidencia que las principales fortalezas institucionales se concentran en la gestión territorial, el seguimiento activo de los usuarios, la articulación interinstitucional y el compromiso de los equipos de trabajo, lo cual ha permitido mejorar el acceso y fortalecer el acompañamiento durante el proceso asistencial.

Sin embargo, las principales barreras para alcanzar una mayor oportunidad en la atención no obedecen exclusivamente a la gestión operativa, sino a limitaciones estructurales relacionadas con la oferta de agendas, la capacidad instalada, las restricciones tecnológicas del sistema de agendamiento y la coordinación entre los diferentes actores del proceso.

Un hallazgo relevante corresponde al desempeño diferencial entre los modelos de atención. Mientras las estrategias territoriales alcanzan niveles de efectividad cercanos al 100 %, el componente intramural presenta un desempeño aproximado del 61 % en el agendamiento, particularmente en consultas de especialidades, constituyéndose en el principal cuello de botella institucional y requiriendo la implementación de nuevas estrategias para ampliar la oferta y optimizar el acceso.

Conclusiones

La Subred evidencia avances importantes en el fortalecimiento del acceso a los servicios de salud mediante estrategias territoriales, seguimiento telefónico, articulación con las EAPB y gestión del riesgo, consolidando un modelo de atención más cercano al usuario.

No obstante, para mejorar la oportunidad y continuidad de la atención resulta prioritario fortalecer la capacidad de agendamiento, optimizar el funcionamiento de las agendas institucionales, mejorar la calidad de la información registrada y consolidar la coordinación entre las diferentes áreas involucradas en el proceso.

La solución de estos aspectos permitirá reducir reprocesos, optimizar los recursos institucionales y mejorar la experiencia de los usuarios, contribuyendo al cumplimiento de Fortalecer la actualización permanente de la información de contacto y de los datos administrativos de los usuarios.

7.2.5 Seguimiento a cohorte

A través del perfil de seguimiento a las cohortes se han desarrollado acciones de gestión, monitoreo y seguimiento a las cohortes de riesgo priorizadas, así como a la implementación de la estrategia de ruteo y de los diferentes planes de bienestar. Dentro de las actividades definidas para estas cohortes se incluyen las fases de planeación, ejecución, control, refuerzo y retroalimentación.

Comentado [76]: Se agradece el reporte de la información remitida, la cual cumple con los criterios técnicos establecidos.

Comentado [77R76]: Resuelto

En la fase de planeación, se continúa con la articulación con el componente de sistemas de información, con el fin de verificar la asignación de casos de cada cohorte de riesgo y así mismo los perfiles responsables, esto con el fin de identificar si todos los casos cuentan con un colaborador responsables para su respectiva gestión. Este proceso permite identificar si en las diferentes áreas de gestión se cuenta con el talento humano necesario para la gestión oportuna de los casos. Sin embargo, debido a la falta de personal completo o a la constante rotación del talento humano las profesionales de cohortes generaron las alertas correspondientes a las líderes operativas, lo que llevó a la reasignación de casos a gestores en línea o de bienestar cercanos a los sectores afectados.

Para la Subred Suroccidente, a la fecha se cuenta con un total de 107.588 casos asignados, los cuales se encuentran distribuidos de la siguiente manera: 20.393 casos de la cohorte materno perinatal, 33.383 de la cohorte de infancia, 67 casos de la cohorte de cáncer, 13.570 de salud mental, 40.057 casos de condiciones crónicas y 118 casos correspondientes a la cohorte de discapacidad; se identifica que en general se tienen un porcentaje de gestión del 72,90% y de efectividad del 53,89%.

Durante el periodo de abril a junio de 2026, se brindó acompañamiento, fortalecimiento y direccionamiento técnico a los gestores en línea y gestores de bienestar, especialmente en lo relacionado con el orden de abordaje de las cohortes de riesgo y las acciones que se realizan en el primer contacto telefónico, haciendo énfasis en el adecuado diligenciamiento de los estados del ruteo. Se sigue enfatizando en que el abordaje de la cohorte materno perinatal debe ser prioritaria, seguida por infancia, cáncer, enfermedades huérfanas, salud mental, discapacidad y condiciones crónicas. Asimismo, se reforzaron los tiempos de respuesta para la gestión inicial de cada caso, de acuerdo con su nivel de riesgo.

En estos espacios de fortalecimiento y direccionamiento técnico, se hizo especial énfasis en las acciones del contacto telefónico inicial, a través de diferentes actividades lúdicas en las cuales se lograra identificar la apropiación de los conceptos de los gestores en línea; así como en aspectos técnicos específicos por cohorte, particularmente en materno perinatal, infancia y salud mental. También se socializaron herramientas de apoyo para la gestión, como guiones ajustados previamente por las cohortes y rotafolios educativos adaptados a las necesidades identificadas. Adicionalmente, en los comités de cuidado y reuniones de equipo se realizaron socializaciones sobre los resultados de la estrategia de ruteo, el orden de abordaje, los planes de bienestar y los avances en la gestión de la estrategia de ruteo, permitiendo también la resolución de dudas y dificultades. Durante el periodo de abril a junio de 2026 se realizaron 5 direccionamientos técnicos a gestores en línea y gestores de bienestar.

De igual manera, se mantuvo una articulación y comunicación constante con las líderes operativas a través de reuniones semanales y envío de información a través de correo electrónico a través de los cuales se informa sobre la gestión del ruteo, se identifican alertas y se hace seguimiento al desempeño del equipo, así mismo se toman decisiones en cuanto a la reasignación de los casos de colaboradores en los que no se evidencia un adecuado avance en la gestión del ruteo. Al inicio del convenio se había establecido una meta de 20 llamadas diarias por gestor en línea, la cual posteriormente se incrementó a 600 llamadas al mes conforme fue avanzando la apropiación de la estrategia. Para el monitoreo, se implementó un tablero de control en conjunto con el componente de sistemas de información, el cual de manera diaria se está actualizando y a través del cual se logra realizar el seguimiento correspondiente a la gestión del ruteo, así también permite identificar

aquellos gestores en línea y gestores de bienestar en quienes no se evidencia avance en la gestión e informar oportunamente a las líderes operativas y equipo coordinador para establecer acciones de mejora o estrategias con el fin de lograr el objetivo de la gestión del ruteo.

En la fase de ejecución, las profesionales de cohortes realizan seguimiento semanal a la implementación de los planes de bienestar, mediante la revisión de las diferentes VSP de las cohortes de riesgo, con el fin de evaluar avances, calidad, pertinencia técnica, periodicidad y modalidad de las intervenciones. Los hallazgos son comunicados a las líderes operativas vía correo electrónico, así mismo, también se implementó una herramienta por medio de un drive compartido con líderes operativas y profesionales a través de la cual se cargan las alertas identificadas de los diferentes planes de bienestar, al cual los profesionales tienen acceso y deben verificar, ajustar y dar la respuesta de la alerta generada. Así mismo a través de la identificación de estas alertas se generan las acciones de mejora.

Asimismo, se realiza seguimiento semanal a la gestión del ruteo a través de un tablero de control, lo que permite identificar inconsistencias, como casos no gestionados o abordajes fuera del orden establecido. Estos hallazgos son socializados con líderes operativas y el equipo coordinador, con el fin de definir estrategias de mejora.

A partir de las dificultades identificadas, se desarrollaron fortalecimientos técnicos dirigidos a los diferentes perfiles. Durante el periodo de abril a junio de 2026 se realizaron 11 fortalecimientos técnicos a gestores en línea y profesionales. Se realizaron fortalecimientos con respecto a los planes de bienestar de salud mental para los profesionales de psicología, planes de bienestar materno perinatal a profesionales de enfermería, abordaje de la cohorte de infancia, crónicos y salud mental para los gestores en línea. Estos fortalecimientos se realizaron tanto de manera grupal como individual, según los hallazgos identificados.

En cuanto a los acompañamientos en campo, en el periodo de abril a junio de 2026 se realizaron 8 acompañamientos en campo a los profesionales en quienes se identificaban la mayor cantidad de hallazgos o dificultades con el proceso, lo que permitió identificar oportunidades de mejora en la implementación de los planes de bienestar y brindar retroalimentación directa sobre la pertinencia de las intervenciones.

En la fase de control y monitoreo permite evaluar continuamente el progreso de los usuarios y la efectividad de las intervenciones. Para ello, se utilizan tableros de control que evidencian la gestión de los casos y la cobertura por cohorte, facilitando la identificación de casos no gestionados y la generación de alertas oportunas. También se realiza seguimiento al cumplimiento de agendas del equipo extramural con el fin de identificar que los casos se hayan agendado al perfil correspondiente y así mismo que este perfil de la respuesta en los tiempos establecidos, así mismo también se hace el seguimiento a los indicadores definidos para cada cohorte de riesgo.

En cuanto a la actividad de refuerzo, desde el seguimiento a las cohortes a partir de lo identificado en el análisis de los tableros de control y los seguimientos realizados a la implementación de los planes de bienestar y gestión del ruteo, durante el periodo de abril a junio de 2026, se realizaron los fortalecimientos técnicos al talento humano correspondiente con el fin de reforzar aquellos aspectos en los que se identifica mayor dificultad o en lo que se identifica que hay más hallazgos. Por tanto, esto también permite tomar decisiones para

lograr que los planes de bienestar sean implementados de forma correcta y que la gestión del ruteo también se aborde de forma adecuada.

Finalmente, en la fase de retroalimentación, se tiene en cuenta todo lo identificado en las actividades de planeación, ejecución, control y refuerzo y de acuerdo a lo evidenciado se generan las alertas y propuestas al equipo coordinador con el fin de optimizar los procesos; dado es el caso de los casos de la estrategia de ruteo que no tienen gestión o que se encuentran en estado transitorio y por ende no cuentan con una gestión final en el aplicativo GTAPS, se implementó una estrategia para hacer búsqueda en campo de estos casos por parte de los gestores de bienestar, en articulación con el componente de sistemas de información y componente geográfico se generaron mapas de calor para que se pudieran identificar donde se concentraban estos casos y hacer una abordaje en bloque. Así mismo se continúa con la reasignación constante de casos cuando no se evidencia la gestión oportuna de estos o cuando el colaborador ya no se encuentra en la Subred.

Adicionalmente, las profesionales de cohortes participan en espacios de análisis como unidades de análisis de morbilidad materna, mortalidad perinatal e infantil, sífilis congénita, SISVESO, conducta suicida, en las cuales se analizan casos específicos y se identifica la intervención por parte del equipo operativo de los EMBH y así mismo se identifican los aspectos a mejorar. También se tiene participación en las mesas técnicas de salud sexual y reproductiva, infancia, salud mental, enfermedades crónicas y salud ambiental. Los cuales son espacios de análisis y toma de decisiones, en los cuales se logra articulación y comunicación de los casos con los cuales se ha tenido alguna dificultad o han presentado barreras de acceso, son espacios enriquecedores por que también se identifican áreas para ajustar y así optimizar la efectividad de la atención brindada.

En conclusión, el seguimiento a las cohortes de riesgo ha permitido un monitoreo constante de la estrategia de ruteo y de la implementación de los planes de bienestar, facilitando la identificación de alertas, el fortalecimiento del equipo operativo y la mejora continua de los procesos. Asimismo, se ha consolidado una articulación permanente con los diferentes actores involucrados, lo que ha contribuido al reconocimiento y fortalecimiento del trabajo de los Equipos Más Bienestar en Tu Hogar.

7.2.6 Inducción, seguimiento y acompañamiento al talento humano

Por parte del profesional de inducciones en articulación con el equipo de gestión, se llevaron a cabo para el mes de abril un total de trece inducciones, para el mes de mayo un total de ocho inducciones y para el mes de junio seis inducciones, para el nuevo talento humano que ingresa a los equipo más bienestar de la subred suroccidente, dentro del rol de la profesional de la cohorte materno perinatal - inducción, se logra garantizar la articulación del equipo, con la lider de acceso y EPS, componente geográfico, sistemas de información, profesional de aseguramiento y profesional de activación de rutas y prescripción social, dado por medio de este equipo se busca en el nuevo talento humano, cuente con el desarrollo de temáticas como lo son: modelo Más Bienestar, objetivo y finalidad del equipo más bienestar en tu Hogar, mediante la orientación sobre lineamientos operativos, estructura organizativa, finalidad y articulación entre los diferentes componentes, se da a conocer la estrategia de ruteo, principales fuentes de abordaje y el que hacer de los perfiles operativos y administrativos del equipo, dentro de estas temáticas la lider de acceso orienta, los riesgos individuales empleados en el equipo (tipología), los convenios y capita de la

subred, el agendamiento intramural, el componente geografico, genera la tematica frente el abordaje territorial y la importancia de caracterizar la población de las cuatro localidades para identificar los determinantes geográficos y las problemáticas en salud, buscando generar la apropiación del territorio, el reconocimiento de las áreas de gestión y sus límites y una operación más efectiva acorde con las dinámicas territoriales; sistemas de información frente al uso, de la herramienta GTPAS, creación de usuario, link de acceso y finalidad del aplicativo, en articulación a lo previamente descrito por profesional de inducción, se da a conocer la base de ruteo y como se realiza la respectiva descarga de esta en el aplicativo GTAPS y cómo organizarla, junto con los órdenes de abordajes de las cohortes previamente tratadas, se indica en qué consiste el módulo de ruteo y su diligenciamiento, junto con el módulo de predios, hogares y ajustes, con la creación de familias e integrantes, y su respectivo icono; desde activación de rutas y prescripción social, se orienta en las RÍAS, objetivo principal de la activación de rutas y prescripción social, donde se busca garantizar el acceso a los servicios de salud, de acuerdo al riesgo identificado individual o colectivo, se indica el formato correspondiente, su diligenciamiento, con cada uno de sus espacios y por último profesional de aseguramiento.

Frente al rol de la profesional de inducciones se cuenta con la notificación a las líderes operativas frente a los colaboradores que no realizan el módulo de inducción y reinducción, que cuentan con un porcentaje de gestión del 33% o 66%, para pertinente seguimiento y conclusión de este; de acuerdo al Equipo Distrital de Fortalecimiento de Capacidades – EMBH, la profesional se articula con las líderes para llevar a cabo la citación de los colaboradores citados o la elecciones estos a los distintos módulos realizados e implementados, buscando que las temáticas empleadas sean apropiadas y cumplidas con el aforo solicitado; de acuerdo a los seguimientos realizados por parte de la profesional se realizaron tres correspondientes a perfiles de enfermería uno y al profesional de psicología dos, donde se gabril y orientó en los hallazgos evidenciados en el acompañamiento en campo, por medio de retroalimentación al profesional y líder operativa, para un fortalecimiento y apropiación de fichas operativas, donde en ocasiones de manera continua se realizó el acompañamiento al perfil, de ser que se presente dudas y poderlas aclarar, para un adecuado desarrollo y minimización de hallazgos. Con la articulación de las líderes operativas, se da continuidad al proceso formativo, realiza seguimiento a los perfiles e identifica oportunidades de mejora para fortalecer la gestión del riesgo y la calidad de la atención, donde se busca que el proceso de inducción sea completo y adecuado para los nuevos integrantes del equipo más bienestar en tu hogar.

7.3 DINAMIZACIÓN DE LAS ACCIONES DE LOS EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR

7.3.1 Liderazgo para la dinamización de las acciones

Direccionamiento técnico|

Durante el trimestre se realizó el direccionamiento técnico a las líderes operativas, líderes de enlace con las EAPB, equipos de cohortes, activación de rutas y prescripción social, así como al componente geográfico y de sistemas de información. El acompañamiento estuvo orientado al fortalecimiento de las acciones de mejora para la ejecución de actividades relacionadas con la atención materno perinatal, primera infancia, salud mental, cáncer, enfermedades huérfanas y enfermedades crónicas.

Se dio continuidad al uso compartido, mediante Drive, de la delimitación territorial para la ejecución de las actividades de Gestión del Riesgo, permitiendo el trabajo colaborativo en tiempo real de acuerdo con el talento humano asignado a los territorios priorizados y facilitando la respuesta oportuna al ruteo. Esta herramienta contiene diferentes pestañas con la delimitación por perfiles, líderes operativas, comunidades étnicas, estrategia Ángeles Guardianes, gestores en línea y Atención Primaria en Salud (APS).

Igualmente, se cuenta con tableros de control para el seguimiento de las diferentes estrategias, La implementación de los tableros de control ha representado un avance significativo en el fortalecimiento de los procesos de monitoreo, seguimiento y gestión de la información. La integración de los indicadores de los Equipos Más Bienestar en el Hogar (EMBH), la información proveniente de SegPlan y la articulación con el componente de Sistemas de Información han permitido consolidar una herramienta que facilita el seguimiento sistemático de las acciones desarrolladas y el análisis oportuno de los avances.

Comentado [78]: cual es el balance, resultados de estos tableros? cuales estartegias se han emprendiso y cual ha sido su impacto?Robustecer las acciones desarrolladas en términos de resultados

Comentado [79R78]: resuelto

En este marco, desde el mes de junio se implementó un tablero dinámico (Dashboard), concebido como una herramienta de apoyo a la gestión, que permite visualizar en tiempo real el estado del ruteo, realizar seguimiento continuo a las actividades ejecutadas y generar información para orientar la toma de decisiones relacionadas con el direccionamiento del abordaje territorial. Su implementación ha contribuido a fortalecer la capacidad de identificar oportunamente rezagos, priorizar territorios de intervención y optimizar la programación de acciones de seguimiento.

Entre las principales estrategias fortalecidas mediante la implementación de los tableros de control se destacan:

Integración de la información de EMBH y SegPlan, lo que ha permitido consolidar la información en un único sistema de seguimiento, mejorando la confiabilidad, consistencia y oportunidad de los datos para la gestión.

Actualización periódica de indicadores, favoreciendo el seguimiento continuo al cumplimiento de las metas y la identificación temprana de desviaciones que requieren acciones de mejora.

Implementación del Dashboard dinámico, que facilita la visualización del estado del ruteo y el monitoreo permanente de las actividades, fortaleciendo la toma de decisiones y la priorización de los territorios con mayores necesidades.

Articulación con el componente de Sistemas de Información, promoviendo la estandarización de la información y el fortalecimiento de la calidad de los datos utilizados para el seguimiento y la evaluación.

Seguimiento al abordaje territorial, mediante el monitoreo permanente de los avances por territorio, contribuyendo a una mejor asignación de recursos y al direccionamiento de las acciones institucionales.

Esta herramienta permite tomar decisiones frente al abordaje en la estrategia de ruteo y hacer el seguimiento respectivo de cada cohorte de riesgo para darle respuesta a la población,indicadores comparativos que permitan evidenciar los cambios generados por la implementación de estas herramientas, tales como el porcentaje de cumplimiento de metas, la reducción de tiempos de seguimiento y respuesta, el incremento en la cobertura del monitoreo territorial, el número de alertas gestionadas y las decisiones adoptadas a partir de la información generada por los tableros. De esta manera, será posible demostrar no solo el fortalecimiento de los procesos de gestión, sino también el impacto efectivo de estas estrategias en el logro de los objetivos institucionales.

Articulación con el componente geográfico

En coordinación con el componente geográfico se realizaron tomas sectoriales, priorizadas según la distribución de indicadores y el análisis epidemiológico, especialmente en territorios con ocurrencia de mortalidad materna, gestantes, menores de cinco años y coberturas del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

Estas acciones fueron planteadas conjuntamente con los profesionales de avanzada, con el propósito de fortalecer la respuesta institucional en territorios de difícil acceso. Durante el trimestre se intervinieron, entre otros, los sectores SO006, SO015, SO0190, SO067, SO090, SO047, SO108, SO146, SO173, SO179, SO119, SO126, SO083 y SO045. En junio se abordaron los sectores SO016, SO162, SO142 y SO152; en mayo, los sectores SO136, SO017, SO029 y SO008.

Se dio prioridad a la respuesta de los mapas entregados por el componente geográfico y al ruteo identificado en los sectores priorizados, garantizando una respuesta resolutiva mediante agendamiento, canalización y derivación a los diferentes planes de bienestar.

Asimismo, en articulación con la coordinación de los EMBH, se brindó apoyo permanente en la consolidación y actualización de la base de Planes Personalizados de Protección (PPP), así como de la base de talento humano organizada por perfiles y códigos de actividades.

Balance de la participación en las Mesas Locales de Más Bienestar

Durante los meses de abril, mayo y junio se convocaron las cuatro Mesas Locales correspondientes a las localidades de Fontibón, Bosa, Puente Aranda y Kennedy.

En abril se desarrolló una jornada de APS en el barrio Kasandra (SO017) y Chircales, orientada a la respuesta del indicador de mortalidad por enfermedades crónicas en personas mayores de 70 años, con participación de Gestión Intersectorial, la Subred Sur Occidente y la Unidad Básica de Atención Móvil.

En mayo se realizó una jornada de APS en Bosa Central (SO162), enfocada en la problemática de salud sexual y reproductiva y embarazo en adolescentes entre 15 y 19

años, con intervención de los equipos Más Bienestar, con un buen resultado en la asamblea realizada en la casa de la participación.

En junio se llevaron a cabo jornadas APS en Kennedy (SO072 y SO073), priorizando acciones en salud sexual y reproductiva con énfasis en salud materna. De igual forma, en Puente Aranda (SO006) se desarrolló una jornada con énfasis en enfermedades crónicas, especialmente salud respiratoria.

El 22 de abril participó en la estrategia "Despacho al Barrio" en el sector Carvajal Osorio, localidad de Kennedy, con intervención dirigida a familias con gestantes por los Equipos Más Bienestar en tu Hogar.

Adicionalmente, participó en la Mesa Local Zonal PS-PIC, articulando acuerdos para el abordaje territorial de los indicadores PAI, activación de rutas, prescripción social, jornadas comunitarias y procesos de veeduría. Mensualmente se socializaron los avances de los EMBH, las estrategias implementadas y las respuestas resolutivas alcanzadas para las diferentes cohortes.

Estrategias implementadas

Durante el trimestre se realizaron reuniones periódicas para el análisis de indicadores, seguimiento al plan de acción y evaluación de los tableros de productividad de todos los colaboradores, con base en la información registrada en el aplicativo GTAPS.

Como resultado del análisis, se asignó personal exclusivo de enfermería para las estrategias de Ángeles Guardianes y Salud Sexual y Reproductiva, así como gestores en línea para las cohortes priorizadas.así como la incorporación de gestores en línea para el seguimiento de las cohortes priorizadas, constituye una medida orientada a fortalecer la capacidad operativa y mejorar la oportunidad en la atención y el seguimiento de la población objetivo.

Comentado [80]: cual ha sido el impacto???

Comentado [81R80]: RESUELTO

Desde el punto de vista de la gestión, esta decisión permite una mayor especialización del talento humano, una distribución más eficiente de las cargas de trabajo y un acompañamiento más continuo a las personas priorizadas, lo que favorece la coordinación de las acciones y el cumplimiento de las actividades programadas. Asimismo, la asignación de gestores en línea facilita el monitoreo permanente de las cohortes, la identificación temprana de casos que requieren intervención y la articulación oportuna entre los diferentes actores del proceso.

No obstante, con la información disponible no es posible establecer el impacto efectivo de esta estrategia, ya que no se presentan indicadores que evidencien los resultados alcanzados. Para demostrar su contribución sería necesario contar con información relacionada con mejoras en la cobertura de atención, incremento en el seguimiento efectivo de las cohortes, reducción en los tiempos de respuesta, disminución de casos perdidos durante el seguimiento, mayor adherencia a las intervenciones o incremento en el cumplimiento de las metas institucionales.

El impacto sobre los resultados en salud y la eficiencia de las estrategias se sustenta con indicadores de desempeño y resultados que permitan demostrar los beneficios obtenidos a partir de esta decisión y que dan cuenta de los indicadores por subred y distritales en

cobertura para las MME

APS

Se identificaron dificultades relacionadas con la seguridad durante la atención de población habitante de calle, por lo que se establecieron acciones orientadas a fortalecer la articulación intersectorial durante las jornadas y mejorar las condiciones de seguridad para los equipos.

Igualmente, se promovieron estrategias con las comunidades para fortalecer la aceptación y cumplimiento de las citas programadas por el equipo de agendamiento, disminuyendo las inasistencias y cancelaciones.

Población étnica

Se establecieron revisiones periódicas del avance de la programación para la población gitana, con el fin de anticipar ajustes antes del cierre de los periodos de ejecución.

Asimismo, se fortalecieron las acciones orientadas al reconocimiento y preservación de las prácticas, tradiciones y conocimientos ancestrales de la comunidad Muisca.

Activación de rutas y prescripción social

Se identificó la necesidad de fortalecer el proceso de prescripción social, debido a que algunos colaboradores aún presentan dificultades en el reconocimiento de la oferta de actores sociales.

Se promovió el agendamiento oportuno para la activación de rutas con las EAPB y la activación de rutas intersectoriales de acuerdo con la disponibilidad institucional y la capacidad instalada.

Abordaje territorial

Se fortaleció la revisión periódica de la base de sectores catastrales, incorporando los ajustes territoriales requeridos.

Las líderes operativas realizaron seguimiento a la calidad de las visitas, verificando el cumplimiento de los objetivos definidos para cada intervención.

Los indicadores relacionados con gestantes, infancia y PAI fueron utilizados para definir los sectores priorizados para las tomas sectoriales.

Se estableció seguimiento permanente a los casos clasificados como prioridad alta mediante los gestores en línea, así como a los tableros de cierres, planes de cuidado, derivaciones y hallazgos.

Igualmente, se realizó seguimiento continuo a los casos que no presentaban disminución del riesgo para su correspondiente activación de rutas hacia las EAPB.

Aseguramiento

Se continuó fortaleciendo al talento humano en la gestión de agendas, seguimiento de usuarios y calidad del registro de la información.

Se garantizó la atención oportuna de las gestantes remitidas mediante ruteo, PQR y Ruta Materno Perinatal, incluyendo los casos sin documento de identificación mediante estudio individual.

Materno perinatal

Se mantuvo el seguimiento continuo a las gestantes y la implementación de la Ruta Materno Perinatal, fortaleciendo además el tratamiento completo de los casos de sífilis gestacional remitidos por Vigilancia Epidemiológica.

Se evidenciaron dificultades para la intervención de usuarias pertenecientes a otras EAPB dentro de la estrategia Ángeles Guardianes, debido al rechazo de la atención por encontrarse ya vinculadas a otros programas, razones de seguridad o movilidad interlocal.

Menores de cinco años

Se identificó que el indicador de seguimiento mensual no refleja adecuadamente la recuperación nutricional de los niños previamente captados, por lo cual se considera pertinente revisar su metodología.

Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC)

Se evidenció que los instrumentos Zarit y WHODAS no generan información suficiente para evaluar el proceso de RBC, por lo que se recomienda fortalecer el seguimiento y control de esta estrategia.

Ruteo

Se dio continuidad al abordaje mediante el mapeo realizado por el componente geográfico, facilitando la respuesta al ruteo de las diferentes cohortes a través de los gestores Más Bienestar y el seguimiento efectuado por los gestores en línea.

Fortalecimiento del talento humano

Se fortalecieron las competencias de las líderes operativas en los procesos de atención individual desarrollados por medicina, enfermería, nutrición y psicología, manejo de la plataforma Dinámica Gerencial y cumplimiento de los lineamientos contractuales con Capital Salud.

Se reforzaron los criterios para la identificación del riesgo, la gestión de usuarios tipo IV, la derivación oportuna según perfil profesional y el cumplimiento de la Resolución 3280 de 2018.

Asimismo, se fortaleció el proceso de agendamiento para medicina general y enfermería mediante el equipo de agendadores, y se brindó acompañamiento al perfil de psicología para iniciar la atención individual de la población privada de la libertad (PPL), en articulación con las líderes de enlace EAPB para la gestión de autorizaciones.

También se realizó fortalecimiento en el registro de información en GTAPS y Dinámica Gerencial.

Gestión de la información

Se definió como acción de mejora la actualización permanente del Drive de hallazgos para garantizar la calidad y concordancia de las bases administradas por las líderes operativas.

Adicionalmente, se creó un Drive exclusivo para el seguimiento al cierre de planes de bienestar, permitiendo el control periódico de esta actividad.

Precrítica de procesos

Se realizó retroalimentación en las diferentes sedes sobre los procesos de gestión liderados por cada líder operativa, abordando aspectos relacionados con soportes documentales, seguimiento en campo, inventarios, equipos biomédicos, gestión documental, entrega de insumos y papelería, revisión de planillas y procesos administrativos asociados al pago de seguridad social.

Para las líderes operativas también se reforzó el manejo de la base de talento humano, el proceso de certificaciones, solicitudes de paz y salvo e inactivación de usuarios en GTAPS.

Igualmente, se efectuó la precrítica de los procesos de Aseguramiento y Avanzada.

Articulación interinstitucional

Se fortaleció la articulación con los servicios ambulatorios para facilitar el agendamiento de usuarios en las Unidades SER.

De igual forma, se desarrollaron espacios de articulación con los procesos de facturación, participación comunitaria, educación transformadora, análisis y políticas.

Se reiteró al equipo la obligatoriedad de registrar en GTAPS todos los seguimientos realizados dentro de las primeras 24 horas posteriores a la atención, garantizando registros completos, claros, coherentes y trazables, evitando anotaciones incompletas o pendientes.

Finalmente, se fortaleció la articulación con los líderes de rutas en salud de la Subred Sur Occidente para el fortalecimiento del talento humano en atención individual, Dinámica Gerencial, Resolución 3280 y manejo de rutas por perfil profesional.

Asimismo, se coordinó con la líder de enfermedades crónicas de la Subred la divulgación de jornadas de atención y del enlace para el acceso a mamografías en el Hospital de Bosa sin necesidad de cita previa para la población capitada.

Finalmente, se articuló con la líder zonal de Prescripción Social de la Subred para fortalecer la canalización hacia actores sociales validados, priorizando la población en procesos de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) y personas en condición de soledad social.

7.3.2 Planeación y gestión territorial para la toma de decisiones con base en el análisis espacial y su incidencia en los resultados en salud

Planeación territorial

En el siguiente cuadro se muestran las tomas sectoriales que se han realizado de abril a junio, teniendo como argumento solicitudes comunitarias, el acceso a los servicios de salud y el análisis de eventos de interés en salud pública.

7.3.2 Planeación y gestión territorial para la toma de decisiones con base en el análisis espacial y su incidencia en los resultados en salud

7.3.2.1 Planeación territorial

Existen varias fuentes para la gestión de las bases de ruteo, bases remitidas de SDS con cohortes específicas; para este caso determinado y para lograr dar respuesta lo mas pronto posible la división de los casos se realizan en partes iguales para los perfiles que correspondan, además esto evita que se recarguen los perfiles con respecto a la cantidad de casos asignados, estas bases son dispuestas por la parte administrativa de EMBH SSO.

Otra fuente que se tiene para la generación de ruteos se da a partir de bases foráneas a EMBH, estos datos llegan al componente geográfico para validar en primer medida la calidad de las direcciones, en un proceso de estandarización según el manual de nomenclatura, posteriormente se realiza el proceso de geocodificación estipulando como respuesta los códigos de predio o UH según corresponda, además de los códigos de territorio y localidad, este resultado se reenvía al líder que remitió la información (ejemplo activación de rutas que envía datos referidos de SIRC). Los datos que son geocodificadas son referidos a la base de ruteo creada por el equipo de sistemas para ser asignadas según el territorio; los datos que no georreferencia ó son de otras localidades son retornadas al área que la envió a EMBH.

En la base creada por sistemas y que está compartida en el link del driver se comparte datos que vienen de otras áreas o PQRS, las pestañas están divididas por cohortes, líder y canalizaciones; la competencia del geógrafo en este proceso es realizar verificación de las direcciones y asignar el código de predio para el aplicativo, o UH si es el caso, al igual que en casos anteriores si la dirección no georreferencia o es de otra subred esta debe ser remitida al entorno correspondiente, y si es PQRS realizar los contactos correspondientes para rescatar los datos de dirección y de esta manera poder obtener el código

Para el caso de la solicitud de unidades habitacionales, es importante mencionar que debido a la realidad y dinámicas territoriales, el crecimiento de la ciudad que se ha ido constituyendo de forma vertical a partir de la generación de conjuntos residenciales, y por ende, la presencia de una mayor cantidad de necesidades de salud en conjuntos cerrados, se hace imprescindible la creación de UH para crear las caracterizaciones de dichas familias en el aplicativo GTAPS; además de las solicitudes por parte de la SDS de la creación de dichas UH de los tipos de predio como pagadiarios, instituciones de reclusión (PPL), comunidades y habitantanza en calle.

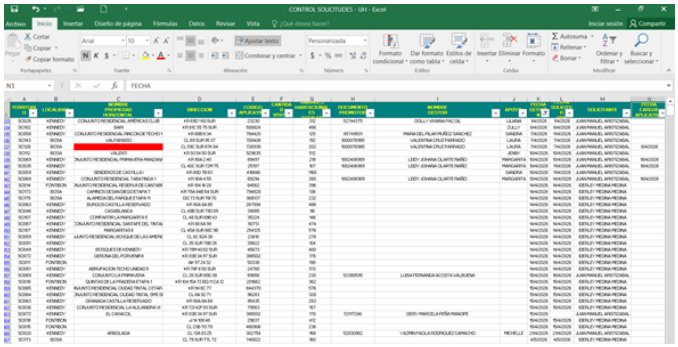
Comentado [82]: Este apartado refleja un ejercicio de planeación territorial de altísimo nivel técnico y metodológico. Es sumamente positivo destacar el riguroso proceso de estandarización, geocodificación y depuración de bases de datos foráneas, lo cual garantiza la calidad de la información antes de su asignación a los equipos operativos. Asimismo, resalta la proactividad del componente geográfico al utilizar bases del IDECA para anticiparse a la creación de Unidades Habitacionales (UH) frente al acelerado crecimiento vertical (propiedad horizontal) de la ciudad.
El mayor acierto del periodo es, sin duda, la focalización espacial de las jornadas territoriales: cruzar la concentración de gestantes, menores de 5 años y la efectividad histórica para priorizar los sectores de intervención, es un ejemplo brillante de inteligencia epidemiológica y espacial que permitió caracterizar con éxito a más de 3.600 familias.
Recomendaciones de mejora:
Plan de contingencia para el rezago de la SDS: Dado que se identifica un cuello de botella importante por la "demora" (mayor a 24 horas) de la Secretaría de Salud en la creación de las UH, se recomienda proponer un "Protocolo de contingencia local". Por ejemplo, asignar un código temporal o provisional de UH en las bases de Excel internas de la Subred para que los gestores puedan seguir cargando y ruteando sus visitas del día sin detener la operatividad, mientras el sistema central de SDS se actualiza.
Revisión de cifras y fuentes en tablas: Se sugiere hacer una validación rápida de los datos presentados en la "Tabla 1. Solicitudes de creación de unidades habitacionales". Las cifras de pagadiarios (ej. 14.000 en Kennedy, 2.000 en Fontibón) parecen ser números excepcionalmente altos y cerrados en comparación con la cantidad de predios mencionados en la Tabla 3 (76 predios en Kennedy). Si es un error de digitación al exportar la base, es mejor ajustarlo. Además, en la Tabla 3, la fuente quedó incompleta ("Fuente: Elaboración propia a partir de datos"), valdría la pena cerrarla indicando si son datos del aplicativo GTAPS, GDB u otras.

Comentado [83R82]: ajustado

Para el caso de las solicitudes de UH del proceso de APS se realiza a solicitud de la líder del proceso, quien le indica al componente geográfico cuales son las direcciones de los predios que se necesitan para la creación de UH, es decir esto se realiza a solicitud del equipo; en cuanto a la creación de UH para los predios que se constituyen como conjuntos residenciales, se realiza de dos formas, la primera, a solicitud de las líderes operativas cuando sus profesionales o gestores identifican la necesidad de la creación de dichas UH debido que el código inicial de predio ya se encuentra utilizado con la caracterización de familias; la segunda, se gesta a partir del componente geográfico en análisis territorial verificando los datos que aparecen en el IDECA que cumpla con el criterio de más de 10 unidades prediales y que en realidad si sea un conjunto residencial, es decir sean predios con tipo de uso residencial, esto debido que aparecen predios con varias unidades prediales pero son predios no residenciales.

Para la solicitud de dichas UH por parte de la subred Sur Occidente, se lleva control por medio de un drive de dichas solicitudes donde se identifica los datos principales del predio así como la cantidad de UH que se deben solicitar a SDS como se muestra en la imagen 1

Control solicitudes unidades habitacionales Subred Suroccidente



La respuesta a las solicitud de la creación de UH que se realiza a SDS conlleva un inconveniente, que se enmarca a partir del tiempo de respuesta, puesto que al inicio del proceso se mencionó que las respuestas se daban cada 24 horas, empero, estas no están cumpliendo con este tiempo generando inconvenientes en la gestión de los proceso que se llevan al interior de la subred, más aún cuando se estipula que el cargue de las visitas se realice el mismo día.

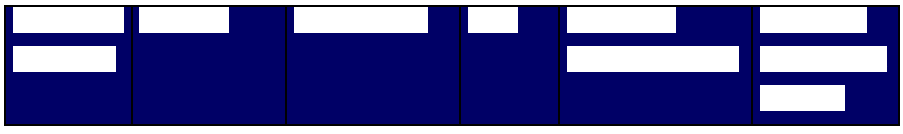
Tabla 53. Solicitudes de creación de unidades habitacionales por localidad

LOCALIDAD	Cantidad de ruteos asignadas	Cantidad de unidades habitacionales solicitadas en propiedad horizontal	Cantidad de unidades habitacionales paga diarios	Cantidad de unidades habitacionales PPL	Cantidad de unidades habitacionales otros	TOTAL, Localidad
BOSA	14645	49298	1000	0	50	64993
FONTIBÓN	73778	27264	2000	0	50	103092
KENNEDY	16003	50869	14000	0	50	80922
PUENTE ARANDA	3159	2530	1000	0	0	6689
TOTAL SUBRED	107585	129961	18000	0	150	255696

Fuente: Elaboración propia a partir de base APS y ruteo

Las jornadas de salud territoriales para el periodo de análisis tuvieron como fundamento el análisis espacial de variables como la concentración de gestantes, menores de 5 años y la efectividad consolidada desde inicios de los Equipos Más Bienestar en tu Hogar, el cruce de estas tres variables nos ha posibilitado intervenir zonas que representan nuestro mayor objetivo poblacional, mejorando nuestros indicadores de efectividad y de cobertura. En el siguiente cuadro se especifican las jornadas realizadas por mes y por cada una de las áreas de gestión, además de la cantidad de familias caracterizadas en cada una de dichas jornadas.

Cuadro. Familias caracterizadas jornadas abril - junio 2026



SO008	VERAGUAS CENTRAL	PUENTE ARANDA	ABRIL	ALTO INCIDENCIA DE MENORES DE 5 AÑOS Y GESTANTES	121
SO017	KASANDRA - EL CHIRCAL	FONTIBÓN	ABRIL	JORNADA MÁS BIENESTAR - APS	211
SO029	FLORALIA I Y II SECTOR	KENNEDY	ABRIL	ALTO INCIDENCIA DE MENORES DE 5 AÑOS Y GESTANTES	67
SO086	PATIO BONITO I SECTOR	KENNEDY	ABRIL	ALTO INCIDENCIA DE MENORES DE 5 AÑOS Y GESTANTES	105
SO087	PATIO BONITO III SECTOR	KENNEDY	ABRIL	ALTO INCIDENCIA DE MENORES DE 5 AÑOS Y GESTANTES	45
SO090	MARIA PAZ	KENNEDY	ABRIL	ALTO INCIDENCIA DE MENORES DE 5 AÑOS Y GESTANTES	122
SO093	EL OLIVO - EL AMPARO	KENNEDY	ABRIL	ALTO INCIDENCIA DE MENORES DE 5 AÑOS Y GESTANTES	34

SO129	EL ANHELO	BOSA	ABRIL	ALTO INCIDENCIA DE MENORES DE 5 AÑOS Y GESTANTES	35
SO136	EL PORTAL I Y II SECTOR - LA LIBERTAD - EL CAUCE	BOSA	ABRIL	ALTO INCIDENCIA DE MENORES DE 5 AÑOS Y GESTANTES	198
SO176	CHARLES DE GAULLE - VILLA ANNI - NUEVA GRANADA	BOSA	ABRIL	ALTO INCIDENCIA DE MENORES DE 5 AÑOS Y GESTANTES	71
SO186	OLARTE	BOSA	ABRIL	ALTO INCIDENCIA DE MENORES DE 5 AÑOS Y GESTANTES	46
SO016	PRADOS DE ALAMEDA - PUENTE GRANDE FLORENCIA	FONTIBÓN	MAYO	ALTO INCIDENCIA DE MENORES DE 5 AÑOS Y GESTANTES	222
SO025	LA IGUALDAD	KENNEDY	MAYO	ALTO INCIDENCIA DE MENORES DE 5 AÑOS Y GESTANTES	108

SO043	CATALINA	KENNEDY	MAYO	ALTO INCIDENCIA DE MENORES DE 5 AÑOS Y GESTANTES	148
SO078	JAZMÍN OCCIDENTAL	KENNEDY	MAYO	ALTO INCIDENCIA DE MENORES DE 5 AÑOS Y GESTANTES	222
SO146	VILLAS DE VIZCAYA	BOSA	MAYO	ALTO INCIDENCIA DE MENORES DE 5 AÑOS Y GESTANTES	233
SO159	SAN PEDRO	BOSA	MAYO	ALTO INCIDENCIA DE MENORES DE 5 AÑOS Y GESTANTES	350
SO161	NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ	BOSA	MAYO	ALTO INCIDENCIA DE MENORES DE 5 AÑOS Y GESTANTES	232
SO162	ARGELIA - S.C. BOSA - URB LA SULTANA DEL SUR	BOSA	MAYO	JORNADA MÁS BIENESTAR - APS	151

SO002	AUTOPISTA SUR	PUENTE ARANDA	JUNIO	ALTO INCIDENCIA DE MENORES DE 5 AÑOS Y GESTANTES	101
SO006	COLÓN	PUENTE ARANDA	JUNIO	JORNADA MÁS BIENESTAR - APS	115
SO015	ATAHUALPA - LAS FLORES	FONTIBÓN	JUNIO	ALTO INCIDENCIA DE MENORES DE 5 AÑOS Y GESTANTES	200
SO045	EL PALENQUE - PASTRANA	KENNEDY	JUNIO	ALTO INCIDENCIA DE MENORES DE 5 AÑOS Y GESTANTES	81
SO047	ONASIS - SINAI	KENNEDY	JUNIO	ALTO INCIDENCIA DE MENORES DE 5 AÑOS Y GESTANTES	18
SO067	TINTALA	KENNEDY	JUNIO	ALTO INCIDENCIA DE MENORES DE 5 AÑOS Y GESTANTES	70
SO073	RIBERAS DE OCCIDENTE	KENNEDY	JUNIO	JORNADA MÁS BIENESTAR - APS	31

SO091	MARIA PAZ	KENNEDY	JUNIO	ALTO INCIDENCIA DE MENORES DE 5 AÑOS Y GESTANTES	23
SO128	EL REGALO - VILLA ALEGRE	BOSA	JUNIO	ALTO INCIDENCIA DE MENORES DE 5 AÑOS Y GESTANTES	22
SO137	LA CONCEPCIÓN - LA ESTANZUELA	BOSA	JUNIO	ALTO INCIDENCIA DE MENORES DE 5 AÑOS Y GESTANTES	47
SO146	VILLAS DE VIZCAYA	BOSA	JUNIO	ALTO INCIDENCIA DE MENORES DE 5 AÑOS Y GESTANTES	18
SO173	URB. LA ESPERANZA	BOSA	JUNIO	ALTO INCIDENCIA DE MENORES DE 5 AÑOS Y GESTANTES	124
SO189	VILLA DEL RÍO II SECTOR	BOSA	JUNIO	ALTO INCIDENCIA DE MENORES DE 5 AÑOS Y GESTANTES	60

Fuente: Elaboración propia a partir de base caracterizaciones aplicativo GTAPS

Como resultado de estas jornadas, tenemos un total de 3631 familias abordadas en zonas priorizadas, siendo Bosa y Kennedy las localidades con mayor participación, siendo así mismo las localidades con mayor número de jornadas programadas y talento humano movilizado.

Tabla 54. Sectores catastrales sin usos residenciales

LOCALIDAD	SECTOR CATASTRAL	ID SECTOR	TIPO DE USO DETERMINANTE EN EL SECTOR CATASTRAL	NÚMERO DE PREDIOS	NÚMERO DE MANZANAS
BOSA	OSORIO X	1052107	DE EXPANSIÓN	0	0
BOSA	OSORIO XXIII	105223	DE EXPANSIÓN	0	1
BOSA	CAÑAVERALEJO RURAL	205308	DE EXPANSIÓN	207	6
BOSA	SAN BERNARDINO XXII URBANO	004577	DE EXPANSIÓN	6	1
BOSA	EL CORZO II	004646	DE EXPANSIÓN	0	0
SUBTOTAL LOCALIDAD	5	5	DE EXPANSIÓN	213	8
KENNEDY	LA MAGDALENA	006524	DE EXPANSIÓN	68	15
KENNEDY	LA MAGDALENA RURAL	105106	DE EXPANSIÓN	0	0
KENNEDY	EL JAZMIN	205209	DE EXPANSIÓN	175	20
KENNEDY	OSORIO IV	205227	DE EXPANSIÓN	6	2
KENNEDY	OSORIO XII	004615	DE EXPANSIÓN	13	0

KENNEDY	OSORIO II	105203	DE EXPANSIÓN	3	0
KENNEDY	OSORIO XII RURAL	105211	DE EXPANSIÓN	0	0
KENNEDY	VEREDA EL TINTAL RURAL	105105	DE EXPANSIÓN	17	0
KENNEDY	GALÁN RURAL	205221	DE EXPANSIÓN	252	25
KENNEDY	LAS ACACIAS RURAL	205225	DE EXPANSIÓN	472	20
KENNEDY	LA MAGDALENA	006524	DE EXPANSIÓN	68	15
SUBTOTAL LOCALIDAD	11	11	DE EXPANSIÓN	1074	97
FONTIBÓN	MONTEVIDEO	006307	INDUSTRIAL	300	27
FONTIBÓN	LAS NAVETAS	005672	INDUSTRIAL	0	2
FONTIBÓN	GRANJAS DE TECHO	006306	INDUSTRIAL	157	4
FONTIBÓN	CHARCO RURAL	105402	DE EXPANSIÓN	14	0
FONTIBÓN	FRANCO	006308	DE EXPANSIÓN	335	24
FONTIBÓN	AEROPUERTO EL DORADO	005624	INSTITUCIONAL	124	12
FONTIBÓN	EL TINTAL	105104	DE EXPANSIÓN	2	0

SUBTOTAL LOCALIDAD	7	7	INSTITUCIONAL Y DE EXPANSIÓN	932	69
PUENTE ARANDA	CENTRO INDUSTRIAL	006218	INDUSTRIAL	285	20
PUENTE ARANDA	BATALLÓN CALDAS	006207	INSTITUCIONAL	8	2
SUBTOTAL LOCALIDAD	2	2	INDUSTRIAL E INSTITUCIONAL	293	22
TOTAL, SUBRED	25	25	INDUSTRIAL E INSTITUCIONAL Y DE EXPANSIÓN	2512	196

Fuente: Elaboración propia a partir de datos IDECA 2025

Tabla 55. Cantidad de predios por estrategias diferenciales

LOCALIDAD	SECTOR CATASTRAL	ID SECTOR	Número predios pagadiarios	Número de predios PPL	Número de predios con atenciones habitantes de calle
BOSA	SAN PABLO BOSA	004524	1	0	4
BOSA	PASO ANCHO	004528	0	0	4
BOSA	VILLAS DEL PROGRESO	004567	4	0	0

SUBTOTAL LOCALIDAD			5	0	8
FONTIBÓN	VERSALLES FONTIBON	006401	4	0	0
FONTIBÓN	LA CABANA FONTIBON	006402	0	0	4
FONTIBÓN	CENTRO FONTIBÓN	006410	8	0	0
SUBTOTAL LOCALIDAD			12	0	4
KENNEDY	CORABASTOS	004547	8	0	0
KENNEDY	SAUCEDAL	004560	4	0	0
KENNEDY	LLANO GRANDE	004562	32	0	0
KENNEDY	CHUCUA DE LA VACA III	004619	4	0	0
KENNEDY	LAS DOS AVENIDAS	006508	0	0	4
KENNEDY	MARIA PAZ	006517	28	0	4
SUBTOTAL LOCALIDAD			76	0	8
PUENTE ARANDA	COMUNEROS	004202	0	0	4

PUENTE ARANDA	SAN FRANCISCO	004206	4	0	0
SUBTOTAL LOCALIDAD			4	0	4
TOTAL SUBRED			97	0	24

Fuente: Elaboración propia a partir de datos

7.4. GESTIÓN OPERATIVA DE LOS EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR

7.4.1 APOYO A LA GESTIÓN OPERATIVA DE LOS EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR

Comentado [84]: adecuada descripción de las estartegias, pero se deben incluir los resultados del proceso, no solo la relación de las actividades

Comentado [85R84]: RESUELTO

Describir la articulación, estrategias de trabajo, puntos de control y herramientas implementadas con los técnicos administrativos y en sistemas. Realizar balance de las alertas identificadas y acciones de mejora implementadas a partir de dicha articulación.

- Adelantar balance de los casos abordados por los equipos, donde se evidencie el abordaje integral entre los gestores y los profesionales de cada una de las áreas de gestión; así como el seguimiento a los planes de bienestar instaurados.
- Balance del funcionamiento de los comités territoriales y toma de decisiones para la organización operativa y territorial del equipo interdisciplinario.
- Balance de los seguimientos en campo realizados al equipo operativo; principales aspectos identificados por fortalecer y acciones de mejora implementadas.

Durante el periodo evaluado abril a junio 2026, se continúa implementando el proceso de planeación estratégica y operativa definido en el trimestre anterior, debido a que proporciona herramientas adecuadas para orientar las acciones a garantizar la atención integral, continua y territorializada de las familias asignadas, en coherencia con el modelo de Atención Primaria Social.

Teniendo en cuenta el plan de acción mensual que va alineado con el Plan Programático y Presupuestal (PPP), se tuvo en cuenta:

- Priorización de familias según condiciones de riesgo (ruteo)
- Programación de intervenciones individuales y colectivas, asegurando continuidad del cuidado (Derivaciones plan de bienestar familiar)
- Seguimiento periódico a indicadores y socialización con los colaboradores.

- Articulación con rutas sectoriales e intersectoriales para garantizar acceso efectivo a servicios. (Gestión para la intramuralidad- agendamiento)

La organización operativa permitió dar respuesta a la necesidad en salud de la población asignada por territorio, optimizando recursos humanos, logísticos y técnicos.

Frente a las estrategias de trabajo, articulación, puntos de control y herramientas implementadas con los técnicos administrativos y en sistemas, se fortaleció la articulación con el equipo técnico-administrativo mediante estrategias claras de coordinación y control:

Estrategias implementadas

- Reuniones semanales de seguimiento técnico y administrativo (Precrítica)
- Generación de herramientas y tableros de reporte que permitan fortalecer puntos de control y anticipar puntos críticos en la operación.
- Reuniones semanales de seguimiento con la coordinación, así como la generación de estrategias que permitan corregir fallas en el proceso
- Definición de roles y responsabilidades para cada perfil del equipo de gestión
- Revisión de soportes que aportan al óptimo funcionamiento de la operatividad desde el equipo de gestión teniendo en cuenta gestión documental, insumos y talento humano.

Puntos de control

- Validación semanal de soportes que aportan al óptimo funcionamiento de la operatividad desde el equipo de gestión
- Seguimiento al uso y entrega de insumos (Planilla de insumos- drive técnicos administrativos)
- Apoyo en tableros de reporte de productividad y hallazgos en la información cargada en GTAPS, para hacer ajustes oportunamente
- Verificación de programación y uso de vehículos según necesidad

Herramientas utilizadas

- Registro seguimiento a intervenciones de los profesionales y gestores en aplicativo GTAPS.
- Matrices de control de indicadores y ejecución.
- Tableros de control para monitoreo de avances-Derivaciones

Dentro del balance de los comités territoriales con el equipo operativo se continúa con el reconocimiento entre perfiles (profesionales, gestores más bienestar y en línea) para dar respuesta a la necesidad del territorio, teniendo en cuenta la rotación constante especialmente en los perfiles técnicos; se ha fortalecido en estos espacios, la socialización de los indicadores de intervención mes a mes, para identificar casos prioritarios que afectan estos indicadores; igualmente se continúa con de la socialización de respuesta del ruteo y de las derivaciones.

En relación a los seguimientos en campo realizados al equipo operativo; se ha identificado necesidad de fortalecimiento técnico en los diferentes perfiles; ya que por la rotación de personal, especialmente en los gestores, se presenta un desafío permanente, ya que es

complejo lograr una completa adherencia y apropiación de los lineamientos técnicos y operativos, lo cual afecta identificación de riesgos y la generación de respuestas oportunas en nuestros usuarios; sin embargo, estos espacios de acompañamiento son una oportunidad de retroalimentar y fortalecer en el campo a los colaboradores, para realizar ajustes en tiempo real con nuestras familias y comunidades.

Como parte de las acciones de mejora implementadas, está la socialización de casos en los comités de cuidado, lo cual favorece el reconocimiento de las estrategias y planes de bienestar que dan respuesta a esas necesidades; adicionalmente en este periodo se programó una jornada de fortalecimiento técnico, donde el objetivo del espacio fue lograr el reconocimiento por parte de todos los perfiles de los planes de bienestar actuales y las estrategias que los componen; lo cual nos permitió identificar vacíos conceptuales y técnicos en todos los perfiles y hacer en el momento la retroalimentación pertinente, enfatizando en la importancia y la necesidad de que cada contratista haga lectura y apropiación de los lineamientos, para que puedan guiar y orientar las familias de manera integral y oportuna.

7.4.2 DESARROLLO DE CAPACIDADES DEL TALENTO HUMANO A NIVEL DISTRITAL

Este producto no lo realiza la Subred Suroccidente

Tabla 56. Desarrollo de capacidades del talento Humano

Nombre del indicador	**Resultado**
Cobertura de equipos MÁS Bienestar en tu Hogar fortalecidos en competencias	Durante el trimestre evaluado se verifico que el talento humano que ingresa a los equipos mas bienestar, realizaran el proceso del modulo de inducción estipulado por la subred norte, donde de acuerdo a la descarga generada, se generaba el reporte a la líder operativa, del porcentaje de avance. Se realizaron un total de tres réplicas de los módulos uno y cuatro con los distintos perfiles del equipo.
Nivel de apropiación de competencias fortalecidas por los equipos MÁS Bienestar en tu Hogar	Un avance de gestión con cumplimiento de módulos de inducción con un total ochenta y seis colaboradores. Se evidencia un total de réplicas, llevadas a cabo en el trimestre: - Módulo 1: Sentido Del Rol Por Perfil - Interacción Con El Usuario Y Vinculación Al Modelo Más Bienestar 14/05/2026. Gestores de bienestar y gestor en línea, 23 participantes.

	- Módulo 4: Calidad del Registro, Coherencia y Retroalimentación Pedagógica 12/06/2026. Gestores en línea, 39 participantes - Módulo 4: Calidad del Registro, Coherencia y Retroalimentación Pedagógica 12/06/2026. Gestores en línea. 23 participantes

Fuente: Archivo descarga modulo inducción/reinducción, listado de asistencias de actas.

Comentado [86]: cuales son los avances con el prfesional de inducción?

Comentado [87R86]: Ajustado

7.4.3 GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y SOPORTE A NIVEL DISTRITAL

El informe de gestión deberá reportar de manera ejecutiva y consolidada:

- Estado de la calidad de la información en GTAPS, incluyendo avances en integridad, consistencia, actualización y trazabilidad de los datos.

  Durante el segundo trimestre de 2026 (abril a junio), la calidad de la base de datos se mantuvo estable. Se realizó una mejora específica mediante la adición de un formulario para el registro de signos, permitiendo la corrección directa de datos y evitando la eliminación innecesaria de registros en la Base de Datos.

- Resultados de la gestión técnica, indicando de forma agregada:

  Unidades habitacionales creadas.

UNIDADES HABITACIONALES			
	Abril	Mayo	junio
Solicitud UH	43	51	5
Cantidad UH	14904	14840	195

- Traslados de usuarios locales e interlocales gestionados.

TRASLADOS			
	Abril	Mayo	junio
Locales	320	336	460
Interlocales	39	19	96

- Ajustes realizados a datos críticos de identificación.

USUARIOS

	Abril	Mayo	junio
Datos críticos	344	349	504

- Solicitudes de ajustes de subredes atendidas.

Hoja	Centro Oriente	Sur	Sur Occidente	Norte
Caracterizacion y Alertas	1	83	4	14
Cambio No Seguimientos	22	58	1	6
Cierres (BPN,Cr,Dnt,Er,G	17	15	0	105
CAMBIO_RUTEO (actuali	219	1510	2291	1568
Cambio en Admisiones	0	0	0	5
Cambio Sesiones Colecti	0	0	0	1
Cierres (Aco_Psi,Apoyo_	0	7	0	4
Cierres (Conductas)	0	0	0	1
Cierres (MME)	0	2	0	1
Cambio en Compromisos	0	55	0	0
Cambio en Ambiental	0	1	0	0
Cierres (Salud Oral)	0	1	0	0
Cambio Atencion	0	0	1	0
Total	**259**	**1732**	**2297**	**1705**

Nota metodológica: El conteo de los registros gestionados se realiza a través de las pestañas de los archivos Drive dispuestos para cada subred. Sin embargo, es importante aclarar que este proceso se complementa con el envío semanal de archivos adjuntos para la mesa de ajustes; esto se debe a que las subredes solicitan ajustes que no están contabilizados en las hojas del Drive, contando con el aval positivo para procesar estos archivos externos con los datos pertinentes para realizar las correcciones necesarias.

- Funcionamiento de la Mesa de Ajustes, señalando número de sesiones realizadas, casos resueltos y principales tipologías de inconsistencias corregidas.

Se llevaron a cabo sesiones mensuales para dar solución a los registros solicitados por las subredes:

· Abril: 5 sesiones (días 02, 09, 16, 23, 30).
· Mayo: 4 sesiones (días 07, 14, 21, 28).
· Junio: 4 sesiones (días 04, 11, 18, 25).

Nota: El conteo de ajustes se basa en los archivos de Drive; no obstante, se procesan semanalmente archivos adjuntos adicionales enviados por las subredes para dar respuesta a requerimientos no contemplados inicialmente en los drives.

- Depuración de bases de datos, indicando volumen de registros depurados, integrados o corregidos y su impacto en la caracterización territorial y el ruteo.

Las bases de datos son depuradas periódicamente para verificar la carga de usuarios en el módulo de ruteo y asignar nuevos registros a las subredes correspondientes. Los volúmenes totales de registros por categoría de observación incluyen

DEPRESION

Observaciones	Total
Cargado	35151
Sin Telefono	1610
No geocodifican con los datos pai	1367
No geocodifican	66
Sin Direccion	8564
Cargado otra priorizacion	9
Duplicado	324
Total	47091

DNT

observacion	Total
PENDIENTE CARGAR	8.287
NO GEOCODIFICACION	2.464
CARGADA CON OTRA PRIORIZA(	543
SIN TELEFONO	138
TELEFONO MAL	9
Total	11.441

CA MAMA

observacion	Total
SIN TELEFONO	388
PENDIENTE CARGAR	4981
NO GEOCODIFICO	1529
CARGADO CON OTRA PRIORIZA(	325
TELEFONO MAL	9
Total	7232

BOGOTÁ | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

CA COLORECTAL

Observaciones	Total
NO GEOCODIFICO	7.744
PENDIENTE POR CARGAR	2.886
SIN TELEFONO	26
CARGADO OTRA PRIORIZAC	84
TELEFONO MAL	8
Total	10.748

CA ESTOMAGO

OBSERVACIONES	Total
NO GEOCODIFICO	3831
PENDIENTE POR CARGAR	7108
CARGADO CON OTRA PRIORIZAC	257
TELEFONO MAL	26
SIN NOMBRES	2
SIN TELEFONO	55
Total	11279

VIRREY SOLIS MENORES DE 5 AÑOS

Observaciones	Total
Cargado	1908
Sin Geocodificacion	686
Sin Telefono	33
Duplicidad Base general	24
Total	**2651**

VIRREY SOLIS CARDIOVASCULAR

Observacion	Cantidad
Sin Geocodificacion	729
Cargado	2546
Duplicidad con Base General	13
Sin telefono	20
Total	**3308**

CÁNCER

Observacion	Total
Cargada	218
No Geocodifico	17
Duplicidad Base Maestra	28
Sin Telefono	1
Total	**264**

-
- CÁNCER INFANTIL

Observaciones	Total
Cargado	243
Sin Geocodificacion	25
Telefono Mal	4
Duplicidad con Base Cargada	11
Total	**283**

-
- SRPA

Observaciones	Total
Cargado	47
No Geocodifico	5
Total	**52**

OBSERVATORIO - VULNERABILIDAD

Observaciones_ruteo	Norte	Sur	Centro_Orien	Sur_Occiden	Sin subred	Total
Duplicidad con base general	33	56	155	53	0	297
Cargado	85	725	75	44	0	929
Con PCF	89	1072	162	48	4	1375
Sin Direccion	10	109	31	7	0	157
Ya Gestion Final Anteriopr Ruteo	2	2	0	0	0	4
Sin Telefono	1	10	0	0	0	11
No Geocodifica	3	12	2	0	0	17
Telefono Mal	1	3	1	1	0	6
Total	**224**	**1989**	**426**	**153**	**4**	**2796**

-

PRIORIDAD 107

Observaciones	Total
Cargada	1514
no Geocodifico	358
Telefono Mal	13
Sin Telefono	40
Duplicidad con Base General	7
Total	**1932**

9. ACCIONES DE BIENESTAR COMITÉS DE CUIDADO

9.1 REUNIÓN DE EQUIPO

En el marco de las reuniones periódicas del equipo realizadas durante el trimestre, se desarrollaron espacios de seguimiento y fortalecimiento técnico orientados a mantener

informado al talento humano sobre el avance de la operación, así como a fortalecer las competencias necesarias para la ejecución de las actividades del convenio.

17 de abril: Se abordaron temas relacionados con el proceso de agendamiento, seguimiento a cohortes y lineamientos asociados a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL), con el fin de fortalecer la organización operativa y el cumplimiento de los procedimientos establecidos.

15 de mayo: Se socializaron aspectos relacionados con la oportunidad en el reporte de información, la Línea 137, el componente de aseguramiento, el seguimiento a cohortes y otros temas operativos de interés, permitiendo al talento humano conocer el estado de la operación, los avances alcanzados y las acciones de mejora implementadas.

5 de junio: La reunión estuvo orientada al fortalecimiento de los procesos de ruteo, seguimiento a cohortes, aseguramiento y otros aspectos operativos relevantes, promoviendo la actualización permanente del equipo y la articulación de las acciones necesarias para el cumplimiento de las metas del convenio.

9.2 DESARROLLO DE CAPACIDADES DE LOS EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR

En el marco de los Comités de Fortalecimiento de Capacidades desarrollados con el equipo interdisciplinario, se implementaron diferentes acciones de capacitación y actualización dirigidas a los Equipos Más Bienestar en tu Hogar, con el propósito de fortalecer las competencias técnicas, la apropiación de las rutas integrales de atención en salud y la articulación interinstitucional para la prestación de servicios extramurales.

Mes de abril

El proceso de planeación se realizó el 16 de abril, con la participación de los líderes de las Rutas Integrales de Atención en Salud y del equipo de Avanzada (Prescripción Social). Durante la reunión se abordaron aspectos orientados al fortalecimiento técnico de los Equipos Más Bienestar en tu Hogar

Garantizar que los contratos suscritos por las EAPB contemplen las atenciones extramurales realizadas por los profesionales de medicina, enfermería y nutrición.

Gestionar con Capital Salud la autorización para la realización de pruebas rápidas, incluyendo pruebas de VIH dirigidas a población habitante de calle y otras poblaciones priorizadas.

Asegurar la aplicación de los tamizajes establecidos para todas las gestantes, gestionando previamente las autorizaciones requeridas.

Fortalecer el conocimiento de los líderes de ruta sobre los criterios de abordaje en la atención extramural, de acuerdo con los lineamientos del convenio de los Equipos Más

Bienestar en tu Hogar y los contratos establecidos con las EAPB.

Como parte del plan de fortalecimiento se desarrollaron las siguientes actividades:

- 13 de abril: Fortalecimiento dirigido al personal de enfermería sobre el papel de los Equipos Más Bienestar en tu Hogar en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, enfatizando la importancia de las frecuencias de uso como estrategia para mejorar la cobertura y el acceso a los servicios.
- 13 de abril: Capacitación al personal médico sobre las rutas de atención en salud mental, alteraciones nutricionales, enfermedades respiratorias crónicas y enfermedades cardiocerebrovasculares y metabólicas.
- 17 de abril: Jornada de refuerzo dirigida a los profesionales que no asistieron al fortalecimiento inicial sobre las rutas de atención por perfiles.
- 20 de abril: Fortalecimiento dirigido a los gestores en línea sobre las rutas de salud mental y alteraciones nutricionales.
- 21 de abril: Fortalecimiento técnico liderado por la referente de la Ruta de Salud Mental, dirigido al perfil de psicología.

Adicionalmente, el equipo de Avanzada socializará los avances del proceso de Prescripción Social y de las canalizaciones realizadas, presentando los principales resultados, oportunidades de mejora y hallazgos identificados. Esta actividad permitió fortalecer la toma de decisiones, optimizar las rutas de atención y consolidar la articulación con los actores territoriales para la implementación del modelo Más Bienestar en tu Hogar.

Mes de mayo

La planeación del comité se realizó el 5 de mayo con la participación del equipo de Avanzada y de la referente de las rutas de enfermedades crónicas y cáncer del componente GPIC.

Durante la jornada se desarrolló el fortalecimiento de la Ruta Cardiocerebrovascular y Metabólica, abordando los siguientes temas:

Detección temprana de usuarios con hipertensión arterial y diabetes mellitus.

Atención integral e interdisciplinaria para personas con enfermedades crónicas.

Identificación de los hitos de atención de la ruta.

Clasificación del riesgo y priorización de la atención.

Programas institucionales que desarrollan intervenciones individuales y colectivas.

Criterios de ingreso al programa "Corazón a Corazón".

Participación de los profesionales transversales de la ruta, incluyendo nutrición, oftalmología y psicología.

Metas clínicas, seguimiento y control de los usuarios.

Estrategias institucionales de Puntos de Cuidado.

El fortalecimiento técnico se llevó a cabo el 15 de mayo, fecha en la que se realizó la socialización de la Ruta Cardiocerebrovascular y Metabólica. Asimismo, el equipo de Avanzada presentó la actualización de los actores sociales activos vinculados al proceso de Prescripción Social, con el fin de fortalecer la canalización de los usuarios hacia la oferta social disponible.

Mes de junio

La planeación del comité se realizó el 3 de junio con la participación de los responsables de los diferentes componentes temáticos:

- Prescripción Social.
- Ruta Materno Perinatal.
- Estrategia Asegúrate.
- Pausas Activas, lideradas por la ARL.
- Atención a población migrante.

Durante la reunión se definieron los siguientes compromisos:

Cumplir con la asistencia de acuerdo con el cronograma y los horarios establecidos.

Entregar oportunamente el material y la información necesaria para la réplica de los contenidos con el talento humano.

Garantizar la asistencia de los participantes al Hospital de Bosa IV Nivel, sede definida para el desarrollo de la jornada.

Brindar claridad conceptual y metodológica sobre cada una de las temáticas programadas.

Finalmente, el 5 de junio se desarrolló el comité de fortalecimiento conforme a la agenda establecida, cumpliendo con las actividades programadas y promoviendo la actualización técnica del talento humano de los Equipos Más Bienestar en tu Hogar.

9.3 COMITÉ TERRITORIAL

Durante el período comprendido entre abril y junio de 2026 se desarrollaron comités de seguimiento territorial con una periodicidad quincenal, bajo el liderazgo de la líder operativa y con el acompañamiento del profesional de sistemas y los colaboradores asignados a los diferentes sectores catastrales. Estos espacios de gestión permitieron realizar el monitoreo permanente de las intervenciones efectuadas en territorio, revisar el comportamiento de los indicadores y definir estrategias para optimizar el abordaje de la población priorizada.

En cada comité se efectúa la revisión y análisis de los casos identificados por los Gestores de Bienestar durante las visitas territoriales, con el propósito de determinar la necesidad de remisión al equipo interdisciplinario para la formulación e implementación de planes de bienestar. La priorización de estas intervenciones se realiza de acuerdo con el riesgo y las necesidades de la población, dando especial atención a las cohortes y eventos priorizados, entre ellos gestantes, niñas y niños en primera infancia, personas con enfermedades

crónicas, usuarios con diagnóstico de cáncer, discapacidad y condiciones relacionadas con salud mental.

Asimismo, se establecen criterios de priorización para la asignación de la capacidad operativa del equipo, garantizando que, cuando la demanda supere la disponibilidad de respuesta, se brinda atención preferente a las familias y usuarios pertenecientes a las cohortes de mayor riesgo, favoreciendo una gestión eficiente de los recursos y una atención oportuna.

De manera complementaria, se lleva a cabo comités específicos para los equipos de Bienestar de Avanzada, Enfoque Diferencial y APS social , los cuales, por la naturaleza de sus intervenciones, no cuentan con una adscripción territorial definida. En estos espacios se analizan los resultados obtenidos a partir de las actividades desarrolladas con las diferentes poblaciones atendidas, permitiendo identificar necesidades, establecer acciones de seguimiento y fortalecer la respuesta institucional frente a los hallazgos encontrados.

Como parte del proceso de preparación de estos comités, se realizan jornadas de planeación y validación de la información registrada por los equipos a través de los tableros de control institucionales. Esta revisión permite disponer de información actualizada en tiempo real, que permite hacer seguimiento al cumplimiento de los indicadores de gestión y monitorear el comportamiento de las principales cohortes de riesgo, especialmente gestantes, menores de cinco años y personas con enfermedades crónicas, facilitando la toma de decisiones y la focalización de las acciones territoriales.

Comentado [88]: se debe mostrar avance y resultados de este proceso

Comentado [89R88]: corregido

Como resultado del fortalecimiento al talento humano y de las acciones de seguimiento implementadas en los comités territoriales, durante el segundo trimestre de 2026 se evidenciaron avances significativos en la gestión operativa. La gestión de ruteo presentó un incremento del **332,7 %**, pasando de **34.384 llamadas** realizadas entre enero y marzo a **148.794 llamadas** entre abril y junio, reflejando una mayor capacidad de contacto y seguimiento a la población. De igual forma, las derivaciones a Planes de Cuidado Familiar aumentaron de **7.176** a **7.463**, equivalente a un incremento del **4,0 %**, mientras que los usuarios Tipo 4 con agendamiento pasaron de **598** a **618**, con un crecimiento del **3,3 %**.

En relación con la gestión de los Planes de Cuidado Familiar, durante el trimestre abril-junio se aperturaron **4.297 PCF** y se cerraron **4.919 PCF**. Aunque el número de planes aperturados fue inferior al registrado en el trimestre anterior (**4.536**), el incremento en los cierres frente a los aperturados evidencia un fortalecimiento en el seguimiento y culminación efectiva de los procesos de atención, reduciendo el rezago de casos pendientes y favoreciendo la oportunidad en la gestión de los usuarios priorizados. Estos resultados reflejan el impacto positivo de los comités de seguimiento como estrategia de fortalecimiento al talento humano, optimización de la capacidad operativa y mejora continua en la gestión territorial.

9.4 ESPACIOS DE PRECRÍTICA Y SEGUIMIENTO

Durante el período comprendido entre abril y junio de 2026, se establece un cronograma de precríticas con fechas programadas para la revisión de los productos generados por el talento humano. En estos espacios se realiza la verificación integral de la información registrada, con el propósito de garantizar la calidad, pertinencia y oportunidad de los datos reportados.

El técnico administrativo participa en este proceso mediante la validación de las planillas frente al cargue de información efectuado en el aplicativo GTAPS, verificando que los registros se encuentren completos y correspondan a las actividades ejecutadas. Esta revisión contribuye a disminuir inconsistencias derivadas de registros incompletos o del cargue extemporáneo de la información, fortaleciendo la confiabilidad de las bases de datos institucionales.

De manera paralela, la líder operativa desarrolla la revisión técnica y metodológica de los productos entregados, identificando hallazgos relacionados con aspectos de calidad, cumplimiento de lineamientos y consistencia de la información. Los resultados de esta revisión se socializan de forma inmediata con los colaboradores responsables para la implementación de las acciones de mejora correspondientes, dejando como evidencia las actas de precrítica elaboradas en cada jornada.

Adicionalmente, el área de Sistemas de Información realiza un monitoreo permanente del aplicativo GTAPS y comparte, con periodicidad interdiaria, los hallazgos detectados durante la validación de los registros. Estos reportes permiten que los colaboradores efectúen la corrección oportuna de las novedades identificadas y facilitan la selección de casos que requieren análisis en las mesas técnicas de ajuste, lideradas por el equipo de Sistemas de Información.

Como estrategia de fortalecimiento de capacidades, cuando se identifica recurrencia en los hallazgos asociados a un mismo colaborador, se implementan procesos de acompañamiento y asistencia técnica personalizada. Estas acciones buscan fortalecer las competencias en el registro y gestión de la información, reducir la repetición de errores y asegurar el cumplimiento de los lineamientos operativos establecidos para la ejecución de las actividades.

9.5 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE INDUCCIÓN Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS TÉCNICAS DE LOS EQUIPOS DEL CONVENIO (SÓLO PARA OCTUBRE Y NOVIEMBRE DE 2025)

La profesional responsable del proceso de inducción desempeña un papel estratégico en el ingreso del talento humano, generando los conocimientos básicos frente al modelo de

atención y promoviendo la articulación efectiva entre los equipos interdisciplinarios empleados en la distinta ejecución de su quehacer, garantizando la continuidad del proceso formativo y fortalece la implementación de los lineamientos técnicos y operativos definidos para los EMBH; donde se realizaron acompañamientos en campo, enfocados principalmente en los profesionales de enfermería y psicología, dado que estos desarrollan un papel importante, en las usuarias de MME, gestantes más bienestar y si la sífilis gestacional se previene tu bebé se protege, junto con el abordaje a eventos de interés en salud pública de notificación inmediata en la parte de salud mental, donde en estos seguimientos en campo se orienta y fortalece frente a las competencias técnicas y la consolidación de un abordaje integral; estas acciones favorecen la identificación temprana y la gestión oportuna de riesgos, contribuyendo al mejoramiento continuo de la calidad de la atención y un abordaje integral familiar e individual. De acuerdo al proceso de inducción y fortalecimiento de competencias, se realizó una participación en la implementación y convocatorias de los módulos realizados por el equipo de fortalecimiento a nivel distrital, junto con las réplicas realizadas por el profesional de inducciones con los distintos perfiles del equipo, de las cuales se realizaron tres de estas en el trimestre generado, de los módulos uno y cinco, junto con la convocatoria y espacios para el desarrollo de los módulos y sus réplicas.

Comentado [90]: esta afirmación no es correcta. se debe reportar el avance en el proceso en el apartado correspondiente según estructura.

Comentado [91R90]: Ajustado