

MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR

PRODUCTOS:

INFORME DE AVANCE EN LA GESTIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

CONVENIO 8374534 DE 2025

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

FECHA: 01 de abril de 2026 a 30 de junio de 2026

Bogotá D.C

TABLA DE CONTENIDO

Contenido

1. INTRODUCCIÓN	7
2. OBJETO	7
3. ALCANCE	8
4. ACCIÓN INTEGRADA E INTEGRAL CUIDADO CONTINUO POR UNA VIDA CON BIENESTAR.....	8
4.1. AVANZADA PARA EL ABORDAJE TERRITORIAL	8
4.2. APROPIACIÓN TERRITORIAL.....	24
4.2.1 Jornadas Intensificadas de Apropiación y Actualización Territorial Equipos MÁS Bienestar en tu Hogar (cuando aplique).....	32
4.3. GESTORES MÁS BIENESTAR	32
4.3.1 Gestores de Bienestar en línea	32
4.3.2 Abordaje Territorial: Gestor MÁS Bienestar.....	56
4.1. PLANES DE BIENESTAR.....	64
4.4.1 Materno.....	67
4.4.2 Infancia	69
4.4.3 Condiciones crónicas	72
4.4.4 Salud mental	73
4.4.5 Población con discapacidad y limitación funcional	76
4.4.6 Personas con Soledad Social.....	85
4.4.7 Cáncer	88
4.4.8 Salud oral.....	91
4.4.9 Salud ambiental	94
4.4. SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	97
4.5.1 Servicios Complementarios Vacunación	99
4.5.2 Servicios Complementarios - Laboratorios	108

4.6. ABORDAJE EN EL MARCO DE LA APS SOCIAL	126
4.6.1 Paga diarios con MÁS Bienestar	126
4.6.2 Abordaje Familiar en Pagadarios	135
4.6.3 Jornadas MAS Bienestar para ciudadanos con habitanza o habitabilidad en calle - Recorrido Nocturno.	140
4.6.5 Desarrollo de acciones intersectoriales en el marco de la Atención Primaria Social: Población privada de la libertad	155
Avances y resultados	160
Factores institucionales:.....	165
Dificultades identificadas.....	166
4.6.8 Casas MÁS Bienestar	167
5. CUIDADO CONTINUO POR UNA VIDA CON BIENESTAR CON ENFOQUE DIFERENCIAL POBLACIONAL Y DE GÉNERO.....	174
5.1 FAMILIAS ÉTNICAS - AFRODESCENDIENTES	174
5.1.1 Plan de Bienestar con Familias Étnicas – Afrodescendientes	175
5.1.2 Apechonería con familias étnicas – Afrodescendientes.....	177
5.1.3 Técnicas de curación ancestral - Negras y Afrocolombianas	180
5.2 FAMILIAS INDÍGENAS EMBERA.....	185
5.3.1 Gestión Integral del riesgo en familias indígenas embera	185
5.3.2 Acciones promocionales Estrategia Unidad de atención integral comunitaria (UAIC)	191
6. CUIDADO CONTINUO POR UNA VIDA CON BIENESTAR PARA LA RURALIDAD DE BOGOTÁ.	194
6.1 GESTORES MÁS BIENESTAR: Abordaje Territorial: Gestor MÁS Bienestar	194
6.2 PLANES DE BIENESTAR.....	196
7. GESTIÓN TERRITORIAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA SOCIAL DESDE LOS EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR.....	201
7.1 COORDINACIÓN DE LOS EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR	201
7.1.1 Coordinación de los Equipos de MÁS Bienestar en tu hogar	201
7.1.2 Gestión financiera integral del convenio	228

7.1.3 Resultados operativos del proceso de supervisión.....	255
7.2 GRUPO DE GESTIÓN DE LOS EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR.....	257
7.2.1 Gestión de la información para la planeación, toma de decisiones y análisis de resultados	257
7.2.2 Seguimiento y gestión de las derivaciones y activaciones de rutas sectoriales e intersectoriales.....	282
7.2.3 Ruta de aseguramiento	290
7.2.4 Líder de acceso y EPS.....	300
7.2.5 Seguimiento a cohorte	302
7.3 DINAMIZACIÓN DE LAS ACCIONES DE LOS EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR	307
7.3.1 Liderazgo para la dinamización de las acciones	307
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	311
7.4. GESTIÓN OPERATIVA DE LOS EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR	338
7.4.1 APOYO A LA GESTIÓN OPERATIVA DE LOS EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR.....	338
7.4.3 GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y SOPORTE A NIVEL DISTRITAL	344
8. ACCIONES DE BIENESTAR COMITÉS DE CUIDADO	358
8.1 REUNIÓN DE EQUIPO	358
8.2 DESARROLLO DE CAPACIDADES DE LOS EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR.....	359
8.3 COMITÉ TERRITORIAL	359
8.4 ESPACIOS DE PRECRÍTICA Y SEGUIMIENTO	359
8.5 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE INDUCCIÓN Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS TÉCNICAS DE LOS EQUIPOS DEL CONVENIO (SOLO PARA OCTUBRE Y NOVIEMBRE DE 2025).....	359

Tabla de contenido Ilustraciones

Ilustración 1 Avance en meta del equipo operativo	207
Ilustración 2 Avance a la gestión por mes del módulo de ruteo	209
Ilustración 3 Análisis de registros validados	211
Ilustración 4 cantidad de hallazgos identificados	213
Ilustración 5 Plano consolidado	218
Ilustración 6 Asignación de Predios	218
Ilustración 7 Asignación de Predios	219
Ilustración 8 Drive de solicitud de ajustes	220
Ilustración 9 Seguimiento a subsanacion de hallazgos	221
Ilustración 10 Porcentaje de atencion - Ruta de Aseguramiento	238
Ilustración 11 Gestion de la Ruta de Aseguramiento	240
Ilustración 12 Toma sectorial sector catastral Ramirez 003210, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, Bogotá D.C., 2026.	254
Ilustración 13 Toma sectorial sectores catastrales Olayal 002201 y Centenario 002303, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, Bogotá D.C., 2026.	256
Ilustración 14 Mosaico casos ruteo asignados a perfiles profesionales, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, Bogotá D.C, 2026.	257

Tabla de contenido Mapas

Mapa 1 Distribución espacial de las Unidades SCO, áreas de influencia y manzanas con reportes de inseguridad en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, Bogotá D.C., 2026.

27

Mapa 2 Servicios Especializados Resolutivos Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente

183

Mapa 3 Mosaico intervenciones localidad Rafael Uribe Uribe, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, Bogotá D.C., 2026.

260

1. INTRODUCCIÓN

El presente informe consolida la gestión desarrollada por los Equipos Más Bienestar en Tu Hogar durante el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2026 y el 30 de junio de 2026, incorporando los principales avances y resultados alcanzados en los componentes técnico, administrativo, financiero y operativo.

Las actividades reportadas corresponden a la ejecución de las acciones definidas entre la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. y la Secretaría Distrital de Salud, dando cumplimiento a los lineamientos técnicos, administrativos y normativos que orientan el desarrollo del convenio.

A través de este documento se presentan los resultados obtenidos frente a los compromisos establecidos, las intervenciones adelantadas en los territorios y la ejecución de los recursos destinados para el desarrollo de la estrategia. Asimismo, constituye un insumo para el monitoreo y la evaluación de la gestión, permitiendo identificar avances, oportunidades de fortalecimiento y aspectos que contribuyen a mejorar la calidad de la atención brindada a la población beneficiaria.

2. OBJETO

En el marco del convenio interadministrativo 8374534 de 2025 se articulan esfuerzos entre la Secretaría Distrital de Salud (SDS) y la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. para implementar acciones de gestión integral del riesgo en salud, en la modalidad extramural, orientadas a la atención de las necesidades y prioridades de la población desde los enfoques individual, familiar y territorial en los sectores catastrales asignados del Distrito

Capital, en concordancia con el Modelo de Atención en Salud "Más Bienestar", el Plan Territorial de Salud y la normatividad vigente del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

3. ALCANCE

Para el cumplimiento del objeto del convenio, el Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS) - secretaria distrital de salud (SDS) y la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. integraron capacidades técnicas, administrativas, financieras y operativas, aportando los recursos y el talento humano requeridos para la implementación de acciones de gestión del riesgo individual y colectivo, así como actividades de promoción del cuidado de la salud en el ámbito extramural.

La ejecución de estas acciones responde a las necesidades identificadas en la población del Distrito Capital desde un enfoque individual, familiar y territorial, en concordancia con el Plan Territorial de Salud, las metas definidas en los proyectos de inversión y las disposiciones establecidas en el Anexo No. 5 "Lineamiento Operativo", el Anexo No. 6 "Plan Programático y Presupuestal (PPP)" y el Anexo No. 7 "Insumos Requeridos", los cuales orientan la planeación, desarrollo, seguimiento y cumplimiento de las actividades contempladas en el convenio.

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

4.1. AVANZADA PARA EL ABORDAJE TERRITORIAL

Durante el periodo reportado en el presente informe, el equipo de Gestión Territorial de Avanzada desarrolló diversas acciones para dar cumplimiento a lo trazado en el documento operativo de la presente vigencia.

Consolidar el modelo territorial de salud MAS BIENESTAR en el territorio va mucho más allá de una simple gestión informativa. Este esfuerzo debe concebirse como un proceso continuo de validación y legitimación ciudadana que respalde la labor de los EMBH en campo, fortaleciendo a su vez el tejido social. Desde esta perspectiva, el territorio se asume como un entorno vivo de convergencia cultural, social, económica y geográfica, definido por dinámicas y desafíos propios.

A partir de este enfoque, se desarrollaron las siguientes líneas de gestión:

- **Identificación y reconocimiento de liderazgos y actores clave:** Mediante recorridos de reconocimiento en diversos sectores catastrales, se ubicaron los principales referentes y redes de confianza locales (tales como dignatarios de Juntas de Acción Comunal y voceros comunitarios). Este diagnóstico permitió dimensionar el capital social existente y las demandas prioritarias de cada zona, posicionando el modelo de salud como una alternativa concreta y alineada con las realidades de la población.

[illegible]

- **Apertura de canales de interlocución EMBH – Comunidad:** El acercamiento y la consolidación de alianzas con los líderes locales facilitaron la apertura de escenarios de concertación con la ciudadanía. Estos encuentros de diálogo abierto no solo sirvieron para exponer el modelo territorial de salud, sino que resultaron fundamentales para tejer relaciones estratégicas que aseguren la viabilidad y permanencia de las intervenciones de los EMBH a largo plazo.

Avanzada desplegó las siguientes acciones y estrategias operativas:

- **Análisis de resistencias territoriales y diálogo comunitario:** En las mesas de concertación se exploraron a fondo las barreras y motivos de rechazo que la ciudadanía manifestaba frente a las visitas de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar, logrando identificar las causas raíz de la renuencia comunitaria.
- **Apropiación del modelo de salud:** Se expusieron las ventajas del nuevo esquema territorial MAS Bienestar, enfatizando cómo sus líneas de acción buscan transformar positivamente la calidad de vida en los territorios.

Finalmente, con el propósito de robustecer el trabajo colaborativo con los vecindarios y blindar la continuidad de los EMBH en las zonas de intervención, se plantearon las siguientes iniciativas:

- **Estrategias de comunicación local (*in situ*):** Implementar jornadas de perifoneo focalizado por manzanas o sectores catastrales durante los recorridos de campo. Esto garantiza que la comunidad esté informada previamente y permite optimizar los tiempos de atención domiciliaria. Esta gestión se ha realizado gracias al apoyo logístico de las Juntas de Acción Comunal (JAC) articuladas con el equipo de gestión territorial – Avanzada, las cuales se han consolidado como un aliado estratégico para fortalecer la difusión de los abordajes territoriales a través de sus canales de comunicación internos.
- **Participación en escenarios comunitarios oficiales:** Gestionar la inclusión de los EMBH representados por los profesionales sociales del equipo de Avanzada en el orden del día de las asambleas generales de las JAC, abriendo un espacio formal para socializar el programa de manera masiva con residentes y líderes del sector.

Participación en jornadas “Toma Sector Catastral”

Durante el periodo evaluado, el equipo de Gestión Territorial de Avanzada participó activamente en la fase de planeación, la gestión previa y el acompañamiento operativo de las jornadas territoriales programadas, las cuales se detallan a continuación:

Tabla 1 Jornadas “Toma Sector Catastral” trimestre abril – junio

MES	LOCALIDAD	SECTOR CATASTRAL
ABRIL	SANTA FE	RAMÍREZ
MAYO	ANTONIO NARIÑO	CIUDAD JARDÍN
JUNIO	RAFAEL URIBE URIBE	OLAYA

Fuente: elaboración propia, actas de planeación trimestre abril - junio.

Estas intervenciones sectoriales permitieron consolidar alianzas estratégicas con actores institucionales y referentes comunitarios, garantizando el despliegue efectivo y el cumplimiento de las metas de abordaje planificadas en el marco operativo de las jornadas.

Gestión de articulación sectorial e intersectorial

En el transcurso del periodo evaluado, se promovieron espacios de concertación con diversos actores e instituciones. Estos esfuerzos conjuntos permitieron potenciar las intervenciones compartidas, proyectar el alcance de los EMBH en el territorio y avanzar de manera firme en la consolidación del modelo de salud en el ámbito local:

Mesas de trabajo de fortalecimiento y direccionamiento estratégico (componente geográfico y equipo de gestión territorial de avanzada):

El propósito de estos espacios fue concertar mecanismos de planificación y estandarización técnica para optimizar la toma de decisiones y el despliegue operativo en las localidades que integran la Subred Centro Oriente.

Herramientas de Mapeo y Reporte Territorial:

- **Directorio de Actores Sociales:** Se aprobó la creación de una base de datos interna de actualización mensual para consolidar la información de los líderes comunitarios abordados. Este insumo se utilizará para generar capas geográficas interactivas, facilitando la visualización precisa del capital social disponible.
- **Matriz de Dinámicas Especiales:** Se acordó estructurar una herramienta geográfica para identificar y georreferenciar puntos críticos del territorio asociados a problemáticas específicas (inseguridad, microtráfico y acopio de residuos). Esta información servirá como insumo técnico para las mesas de diálogo sectorial e intersectorial.

Fortalecimiento Técnico e Inducción Operativa:

- Se desarrollaron jornadas de inducción y reinducción orientadas a la apropiación de los niveles territoriales de la Subred (desde localidades y Unidades de Planeación Local hasta manzanas y predios específicos).
- Se impartieron talleres técnicos enfocados en la lectura cartográfica, el reporte de novedades en terreno y las reglas básicas de estandarización de direcciones bajo los lineamientos del Catastro Distrital (IDECA).
- Se capacitó en el uso del geovisor web oficial de la ciudad para la validación de direcciones y ruteos, definiendo el envío de coordenadas en tiempo real al componente geográfico como mecanismo para garantizar la calidad del dato en casos complejos.

Mesas de diálogo de veedurías Ciudadanas:

En estos escenarios se expusieron las estrategias metodológicas que despliega el equipo de Gestión Territorial de Avanzada para respaldar los procesos de control social sobre la operación de los EMBH. De igual forma, se socializaron los componentes operativos y las líneas de intervención bajo las cuales actúan los equipos en los diferentes sectores catastrales que integran la Subred Centro Oriente.

Paralelamente, el componente de Avanzada se integró activamente en los comités de planificación encargados de estructurar el cronograma mensual de estos encuentros con las veedurías. Esta articulación previa garantizó una presencia permanente y una participación consolidada de los EMBH en cada una de las sesiones programadas.

Procesos de control social ejecutadas por Veeduría a EMBH.

Abril

En la localidad de San Cristóbal se llevó a cabo un acompañamiento presencial el día 24 de abril, coordinado por la veedora María Zapata, con la participación de la psicóloga Karen Díaz y la profesional social de Avanzada, Alejandra Herreño. A partir de una revisión estructurada de los procesos y flujos de atención, el seguimiento permitió constatar un desempeño adecuado por parte del equipo, sin que se reportaran incumplimientos. Asimismo, se valoró de manera especial la disposición del personal para atender las necesidades de los usuarios.

Mayo

Se llevó a cabo una jornada de acompañamiento en campo en el barrio La Serafina (localidad de San Cristóbal), coordinada en articulación con el veedor ciudadano Guido Mondragón. El seguimiento permitió verificar el óptimo desempeño y la calidad en el servicio prestado por el talento humano, evidenciando el total cumplimiento de los lineamientos establecidos. Asimismo, se destacó de manera positiva la disposición, empatía y capacidad de respuesta del equipo para resolver de manera oportuna las necesidades de los usuarios.

Junio

Durante el mes de junio de 2026 se realizó un seguimiento por parte de la veedora ciudadana y del talento humano de los Equipos Más Bienestar en tu Hogar (EMBH), con el objetivo de fortalecer el control social. En estas acciones se llevó a cabo un acompañamiento presencial el día 26 de junio, a cargo de la veedora María Zapata, en la localidad de San Cristóbal. Participó la gestora Más Bienestar Ruth Castro. Respecto a los hallazgos evidenciados por la veeduría durante dicho acompañamiento, se manifestó haber observado una adecuada atención por parte de la gestora.

Articulación con equipo de prescripción social PSPIC.

Durante la vigencia de este informe, se consolidó un encuentro mensual de coordinación entre el componente de Gestión Territorial de Avanzada y el equipo de facilitadoras locales del PSPIC enfocadas en prescripción social. Esta sinergia estratégica ha permitido registrar avances sustanciales en los siguientes componentes:

- Apropriación de conceptos en materia de prescripción social.
- Identificación, caracterización y validación de activos comunitarios en el territorio.
- Cualificación técnica para optimizar los procesos de canalización y la activación efectiva de rutas de atención.

Por otra parte, un impacto relevante de esta articulación fue la vinculación del equipo de facilitadoras en las jornadas de fortalecimiento técnico coordinadas por las dinamizadoras de EMBH. Dichos encuentros tuvieron como propósito consolidar las competencias y destrezas técnicas del talento humano, asegurando una mayor eficacia al momento de identificar los determinantes sociales de la salud. De este modo, se optimiza la derivación oportuna hacia los activos sociales disponibles durante el despliegue de las operaciones en campo de los EMBH.

Análisis de la gestión en territorios con dinámicas especiales.

Durante el periodo señalado para el presente informe se realizó gestión de algunos territorios con dinámicas especiales, los cuales se relacionan en la siguiente tabla:

Tabla 2. Análisis de gestión territorial para el acceso a sectores con dinámicas especiales trimestre Abril - Junio.

LOCALIDAD	ZONAS DE DIFÍCIL ACCESO IDENTIFICADAS	ZONAS DE DIFÍCIL ACCESO APERTURADAS	%
3-SANTA FÉ	6	4	66.6%

4-SAN CRISTÓBAL	25	18	72%
14-MÁRTIRES	1	1	100%
18-RAFAEL URIBE URIBE	17	9	52.9%
TOTAL	49	32	65.30%

Fuente: Matriz de Dinámicas Especiales - trimestre abril - junio

La intervención y gestión orientadas a viabilizar la entrada de EMBH en sectores catastrales con dinámicas especiales se estructuró a través de las siguientes líneas de acción:

San Cristóbal

Específicamente en el sector de Ramajal, el equipo de Avanzada lideró una estrategia de articulación interinstitucional e intersectorial con la Policía Nacional (CAI Ramajal) y la Alcaldía Local —representada por los líderes de seguridad y gestión— con el propósito de mitigar riesgos de seguridad en el territorio. Esta sinergia permitió establecer canales de comunicación inmediata, garantizar acompañamiento policial en terreno y diseñar estrategias conjuntas que, además de salvaguardar la integridad del talento humano, viabilizan el acceso seguro y continuo de los EMBH a zonas con dinámicas especiales.

Rafael Uribe Uribe

En los sectores de La Resurrección I y Granjas de San Pablo, se consolidó una alianza estratégica con el liderazgo comunitario para mitigar riesgos en campo y salvaguardar la integridad de las Gestoras de Bienestar mediante acompañamiento territorial presencial, un canal directo de monitoreo y la priorización de poblaciones vulnerables como gestantes, menores de cinco años, pacientes crónicos y personas con discapacidad. Asimismo, la gestión se extendió al ámbito de la propiedad horizontal, donde a través de procesos de socialización con las administraciones de siete conjuntos residenciales de difícil acceso, se lograron levantar las barreras de entrada y viabilizar el desarrollo normal de las operaciones y visitas domiciliarias de los equipos de bienestar.

Santa Fe

Se desplegaron acciones estratégicas para viabilizar el ingreso de los EMBH a los hogares de la vereda La Peña, fortaleciendo la cobertura en la ruralidad cercana de la localidad. En estos encuentros se socializó el Modelo Territorial de Salud, enfatizando en la línea de intervención orientada al cuidado continuo y diferencial para las poblaciones rurales de la capital.

Por otra parte, se adelantó una línea de gestión enfocada en contextos de alta vulnerabilidad habitacional. En atención al requerimiento de acompañamiento del componente de salud mental para el abordaje de usuarios en el barrio Alameda, se realizó una jornada de reconocimiento y concertación en cuatro inmuebles bajo la modalidad de "paga-diarios" (ubicados en la KR 14 # 19-64, KR 14 # 22-42, CL 23 # 23A-70 y KR 13A # 23-02).

Esta intervención permitió presentar el modelo Más Bienestar en tu Hogar ante los administradores y referentes de dichos establecimientos, logrando establecer canales de

comunicación y acordar horarios flexibles que se adapten a las dinámicas propias de esta población, garantizando así la continuidad de las valoraciones de salud. Dichas jornadas de gestión territorial están documentadas y soportadas mediante la entrega de actas donde se detallan las acciones de gestión realizadas por la profesional social de Avanzada.

Los Mártires

Se formalizó una alianza estratégica con la Junta de Acción Comunal (JAC) del barrio Santa Fe, mediante un espacio de concertación articulado con su representación de liderazgo local. En este escenario, se expusieron los componentes fundamentales del modelo territorial MÁS BIENESTAR y la capacidad operativa de los EMBH, priorizando la detección oportuna de alertas y riesgos en salud dentro de la comunidad.

Frente a las complejas dinámicas de seguridad que afectan las jornadas en campo, se logró establecer un acuerdo de respaldo y acompañamiento por parte de la organización comunal. Esta sinergia tiene como finalidad validar la intervención institucional, mitigar barreras en el territorio y estructurar entornos seguros que favorezcan el adecuado despliegue de los equipos en la zona.

Análisis de resultados.

Mediante el siguiente análisis se describe de manera detallada los avances, mejoras y dificultades encontradas en la ejecución de las acciones del equipo de gestión territorial de Avanzada:

Avances y Mejoras Generadas

Eficacia en la apertura de sectores catastrales críticos: Se consolidó el acceso seguro y continuo de los Equipos MÁS Bienestar en tu Hogar (EMBH) a 32 de las 49 zonas identificadas con dinámicas especiales, alcanzando un 65.30% de efectividad global en la intervención territorial.

Innovación en el mapeo del Capital Social: Se aprobó el diseño de un Directorio de Actores Sociales interno de actualización mensual, transformando la información de los líderes comunitarios abordados en capas geográficas interactivas para una visualización precisa en el territorio.

Georreferenciación de alertas tempranas: Se estructuró la Matriz de Dinámicas Especiales, una herramienta cartográfica para identificar y ubicar con precisión los puntos críticos asociados a problemáticas específicas como la inseguridad, el microtráfico y el acopio inadecuado de residuos.

Efectividad en el despliegue de Tomas Sectoriales: Se lideró con éxito la planeación, gestión previa y acompañamiento operativo de las jornadas de "Toma de Sector Catastral" en los sectores de Ramírez (Santa Fe), Ciudad Jardín (Antonio Nariño) y Olaya (Rafael Uribe Uribe), consolidando alianzas estratégicas que garantizaron el cumplimiento de las metas de abordaje planificadas.

Mitigación de barreras en Propiedad Horizontal y Paga-diarios: Se gestionó con éxito el ingreso de los equipos a 7 conjuntos residenciales bajo propiedad horizontal. Asimismo, se abordaron 4 inmuebles de modalidad "paga-diario" en el barrio Alameda (Santa Fe),

garantizando la continuidad de las valoraciones de salud en contextos de alta vulnerabilidad habitacional.

Fortalecimiento en articulaciones para la Prescripción Social: Se consolidó un encuentro de coordinación mensual entre la Gestión Territorial de Avanzada y las facilitadoras locales del PSPIC, registrando avances sustanciales en la apropiación conceptual, el mapeo y la validación de activos comunitarios en el territorio.

Cualificación técnica bidireccional: A través de jornadas lideradas por las dinamizadoras de los EMBH, se fortaleció al talento humano en la identificación técnica de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) para optimizar y dinamizar las derivaciones hacia los activos sociales.

Transparencia y excelencia en el Control Social: En los seguimientos presenciales realizados por las Veedurías Ciudadanas durante el trimestre (abril, mayo y junio), no se reportó ningún tipo de incumplimiento, destacándose de manera formal el óptimo desempeño, la empatía y la capacidad de respuesta del talento humano ante las necesidades de los usuarios.

Factores Facilitadores

Sinergia intersectorial e institucional: La articulación directa con la Policía Nacional (como el caso del CAI Ramajal) y con delegados de seguridad de las Alcaldías Locales facilitó acompañamientos en terreno que brindaron entornos seguros y viabilizaron la entrada a sectores catastrales inseguros.

Alianzas estratégicas con el liderazgo local: El involucramiento activo de dignatarios de Juntas de Acción Comunal (JAC) y voceros comunitarios en zonas como La Resurrección y, Granjas de San Pablo y el barrio Santa Fe actuó como un factor clave para legitimar la presencia del equipo de salud y acompañar presencialmente las jornadas domiciliarias.

Enfoque diferencial y flexibilidad operativa: La adaptación del modelo a la ruralidad cercana mediante la línea "*Cuidado continuo por una vida con Bienestar en la ruralidad cercana de Bogotá*" (Vereda La Peña) y el acuerdo de horarios flexibles en los paga-diarios permitieron que la oferta institucional se amoldara a las realidades sociales de la población.

Barreras y Desafíos

Resistencias comunitarias iniciales: Se identificaron marcadas barreras y motivos de rechazo o renuencia por parte de la comunidad frente a las visitas iniciales de los EMBH, lo que exigió un análisis de causas raíz en mesas de concertación para revertir la negativa comunitaria.

Dinámicas socio-territoriales de alta complejidad: Los elevados índices de inseguridad en sectores catastrales específicos representaron un riesgo latente para la integridad física del talento humano y la continuidad de las operaciones en campo.

Brecha de apertura entre localidades: Si bien se lograron tasas de éxito del 100% en Los Mártires (1 de 1 zona) y del 72% en San Cristóbal (18 de 25), la localidad de Rafael Uribe Uribe representó el mayor desafío operativo, quedando rezagada con un 52.9% de apertura (9 de 17 zonas intervenidas).

Restricciones de acceso privado: La infraestructura y normativas de los conjuntos cerrados (propiedad horizontal) actuaron originalmente como un obstáculo para la cobertura de los gestores de bienestar.

Estrategias que Requieren Fortalecimiento

Planificación y comunicación in situ: Es necesario consolidar e implementar las propuestas de perifoneo sectorizado y focalizado por manzanas previo a los recorridos de campo para optimizar la receptividad y los tiempos de la atención domiciliaria.

Posicionamiento de EMBH en espacios intersectoriales: Se debe robustecer la gestión con las Juntas de Acción Comunal para incluir la participación de los profesionales sociales de Avanzada en las agendas programáticas de las asambleas generales de las JAC, masificando así la socialización del programa.

Plan de acción de control social: Se requiere dar estricto seguimiento y ejecución al plan de acción colectiva construido con las veedurías ciudadanas, enfocando los esfuerzos en robustecer de forma continua las capacidades técnicas del control social.

Conclusiones

El posicionamiento del modelo territorial MÁS BIENESTAR ha demostrado que la salud pública no puede reducirse a una labor meramente informativa; requiere un proceso profundo de validación y legitimación social que fortalezca el tejido comunitario.

El territorio debe seguir entendiéndose como un espacio vivo e interactivo, donde la seguridad de los equipos y el éxito de las coberturas son directamente proporcionales a la capacidad de

la Avanzada para articularse con los nodos de confianza locales (fuerza pública, líderes de JAC y administradores).

Los resultados alcanzados (65.30% de apertura global) validan la efectividad de las estrategias aplicadas, dejando una ruta clara de mejoras operativas en comunicación local y flexibilización de horarios para los próximos despliegues en campo.

Las mesas de fortalecimiento y direccionamiento lideradas por el componente geográfico, demuestran que la planificación territorial eficiente de los EMBH depende directamente de la capacidad de traducir las dinámicas del entorno en datos técnicos y mapas de gestión medibles.

4.2. APROPIACIÓN TERRITORIAL

La lectura cartográfica del territorio permitió identificar diferencias en las condiciones de intervención de los EMBH asociadas a la distribución de la población, la configuración urbana, la topografía y la red vial de la Subred Centro Oriente. Se evidenció que las mayores dificultades de intervención se concentran en los sectores catastrales más alejados o distantes, dentro de las localidades de Rafael Uribe Uribe, San Cristóbal y Santa Fe, donde las pendientes pronunciadas, la limitada conectividad vial y la presencia de vías de difícil acceso incrementan los tiempos de desplazamiento, afectando la oportunidad y la cobertura de las intervenciones.

Adicionalmente, los profesionales reportaron percepciones de inseguridad en algunos sectores, particularmente en Diana Turbay, La Paz y Resurrección, en la localidad de Rafael Uribe Uribe,

Comentado [1]: La estructura de este apartado y su contenido está muy bien planteado y redactado. Este tipo de análisis son los que permiten a las coordinadoras realizar ajustes en la operación. Les felicito, se evidencia el conocimiento del territorio y la labor realizada.

especialmente durante determinadas franjas horarias. Esta situación hizo necesario ajustar la programación de las visitas, priorizar las intervenciones en horarios de menor riesgo y fortalecer las medidas de prevención y coordinación durante los recorridos territoriales.

Asimismo, continúa la resistencia por parte de algunos usuarios para recibir la visita de los equipos, asociada principalmente al desconocimiento de la estrategia, la desconfianza hacia el personal que realiza la atención en el territorio y las dinámicas propias de algunos entornos comunitarios. Estas situaciones han requerido fortalecer las acciones de información, sensibilización y articulación con líderes comunitarios e instituciones locales para favorecer la aceptación de las intervenciones y facilitar el acceso a la población priorizada.

Desde el análisis espacial se observó que, si bien se esperaba una mayor efectividad operativa de los equipos en sectores con buena conectividad vial, cercanía a corredores principales, adecuada oferta de transporte público y alta densidad poblacional, como ocurre en los sectores catastrales Quiroga, Quiroga Central y Olaya (localidad de Rafael Uribe Uribe) y Nariño Sur, Quinta Ramos y Velódromo (Localidad San Cristóbal), la experiencia territorial evidenció que estas condiciones no siempre se traducen en una mayor eficiencia en la intervención.

En estos sectores, factores sociales como el desinterés de algunos usuarios, el rechazo a las visitas domiciliarias y las dificultades para establecer contacto efectivo incrementan el tiempo requerido para la localización, sensibilización y atención de la población priorizada.

En consecuencia, las Gestoras Más Bienestar deben realizar múltiples intentos de contacto, reprogramar visitas y fortalecer las acciones de información y sensibilización, lo que demanda

una mayor inversión de tiempo y recursos para el cumplimiento de sus actividades programadas.

El mapa 1 presenta la distribución de las Unidades SCO (Hospitales y Unidades Resolutivas), sus áreas de influencia de 1 km y 2 km, y las manzanas con reportes de inseguridad en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente. Desde una perspectiva de análisis territorial, se pueden identificar los siguientes hallazgos:

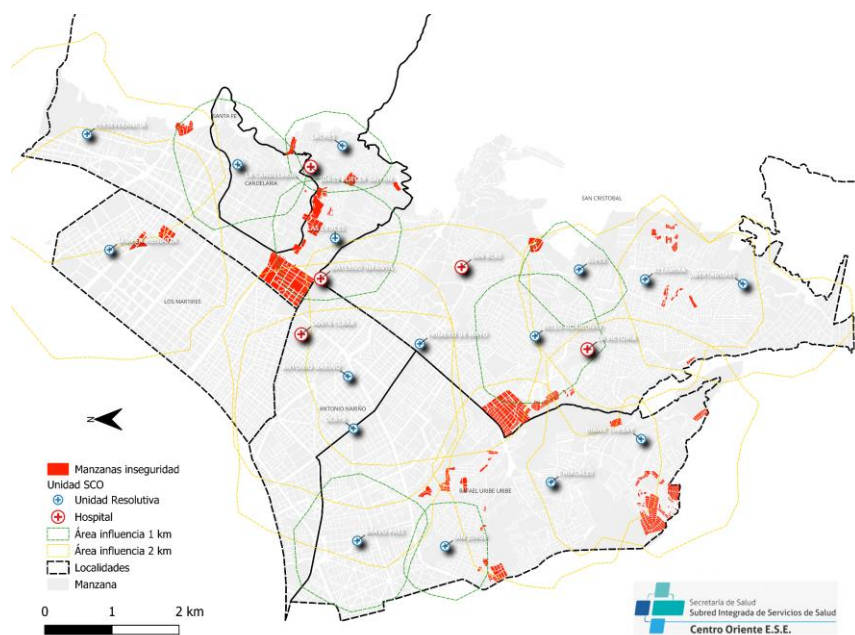
La distribución de las Unidades SCO evidencia una mayor concentración de servicios en el corredor central de la Subred Centro Oriente, particularmente en las localidades de Santa Fe, La Candelaria y Antonio Nariño, donde las áreas de influencia de 1 y 2 km presentan una importante superposición, favoreciendo la cobertura espacial y reduciendo las distancias de desplazamiento para la población.

En contraste, hacia las zonas periféricas de las localidades de San Cristóbal y Rafael Uribe Uribe se observa una menor densidad de unidades de atención y una mayor dispersión territorial, lo que genera áreas con menor cobertura efectiva y mayores tiempos de desplazamiento para los equipos territoriales. Estas condiciones se ven reforzadas por la topografía accidentada y la discontinuidad de la red vial en los sectores altos.

El análisis espacial también evidencia una concentración importante de manzanas con reportes de inseguridad en sectores como Las Cruces, Samper Mendoza, Diana Turbay, La Paz, Resurrección y algunos sectores al oriente de San Cristóbal. En varios de estos sectores, las áreas de influencia de las Unidades SCO coinciden con zonas catalogadas como de mayor

riesgo, lo que representa un desafío para la operación de los Equipos Más Bienestar (EMBH), ya que la accesibilidad geográfica no siempre se traduce en accesibilidad operativa.

Mapa 1 Distribución espacial de las Unidades SCO, áreas de influencia y manzanas con reportes de inseguridad en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, Bogotá D.C., 2026.



Fuente: Mapa de elaboración propia mediante Sistema de Información Geográfica QGIS por el componente geográfico de los EMBH, Subred Centro Oriente. Tabla reporte de inseguridad consolidado al 31 de marzo de 2026.

Desde la perspectiva de la intervención territorial, se evidencia que la proximidad a una Unidad SCO no garantiza necesariamente una mayor efectividad en la atención. En algunos sectores cercanos a los servicios persisten factores sociales y de seguridad que limitan el desarrollo de las visitas domiciliarias, obligando a reprogramar recorridos, modificar horarios de atención y fortalecer la articulación con el equipo de avanzada.

Asimismo, se identifican sectores periféricos de Diana Turbay y la parte alta de San Cristóbal donde convergen tres condiciones críticas:

- mayor distancia respecto a los hospitales,
- presencia de manzanas con reportes de inseguridad,
- dificultades topográficas y de conectividad vial.

Esta combinación incrementa la complejidad logística de las intervenciones y demanda una mayor inversión de tiempo para garantizar la atención de la población priorizada.

Un aspecto importante que refleja el mapa es que las barreras para la apropiación territorial no obedecen únicamente a la distancia física, sino a la interacción de varios factores espaciales:

- Condiciones topográficas (sectores periféricos).
- Cobertura y conectividad de la red vial.
- Distribución de las Unidades SCO.
- Concentración de manzanas con eventos de inseguridad.
- Dinámicas sociales propias de cada territorio.

En consecuencia, la planificación de las intervenciones de los EMBH se esfuerza por incorporar no solo criterios de proximidad geográfica, sino también variables relacionadas con la seguridad, la accesibilidad real a los territorios y las características sociales de la población, permitiendo una asignación más eficiente de recursos y una mejor organización de los recorridos territoriales.

- **Facilitadores:**

- Presencia de redes comunitarias activas y liderazgos territoriales que favorecen el ingreso, la concertación y la continuidad de las intervenciones.
- Reconocimiento progresivo de los equipos EMBH por parte de la comunidad, lo que fortalece la confianza y la apertura para el abordaje familiar.
- Experiencia acumulada de las gestoras y profesionales en el territorio, permitiendo una lectura contextual más precisa y una respuesta más pertinente a las necesidades identificadas.
- Articulación con actores institucionales locales que facilita la identificación de casos y el seguimiento integral.
- Estrategias o jornadas de acceso a sectores catastrales que optimicen los recorridos y mejoren la cobertura en zonas priorizadas y de difícil acceso o control territorial ejercidas por grupos delincuenciales.

- **Limitantes:**

- Dificultades de accesibilidad en zonas inseguras, con infraestructura vial limitada, que afectan la oportunidad y frecuencia de las visitas.
 - Percepciones de inseguridad en determinados sectores, que restringen horarios de intervención y generan discontinuidad en el seguimiento.
 - Alta carga operativa asociada a la complejidad de los casos, que limita la capacidad de cobertura efectiva por equipo.
 - Barreras socioculturales en algunas comunidades, incluyendo desconocimiento, desconfianza institucional o baja adherencia a las recomendaciones en salud.
 - Fragmentación en la información disponible del territorio, dificultando la consolidación oportuna de análisis integrales.
- **Causas principales:**
 - Condiciones estructurales del territorio, como urbanización no planificada, desigualdad socioeconómica y limitaciones en infraestructura urbana.
 - Persistencia de determinantes sociales de la salud (pobreza, informalidad laboral, hacinamiento), que incrementan la demanda y complejidad de atención.
 - Dinámicas territoriales asociadas a conflictividad social o control informal, que afectan la gobernabilidad institucional en algunos sectores.
 - Insuficiente integración de sistemas de información y debilidades en los flujos de

Comunicación interinstitucional.

- Brechas en educación en salud y apropiación comunitaria de prácticas propias de autocuidado.

- **Estrategias de mitigación:**

- Fortalecimiento de la articulación comunitaria mediante el trabajo con líderes, redes locales y gestores territoriales para facilitar el acceso seguro a los sectores.

- Implementación de estrategias de intervención diferencial por territorio, ajustando horarios, rutas y metodologías según condiciones de accesibilidad y seguridad.

- Priorización de familias y sectores de alta complejidad, optimizando el uso del recurso humano y mejorando la resolutiveidad.

- Integración progresiva de fuentes de información (comunitarias e institucionales) para mejorar la lectura territorial y la toma de decisiones.

- Desarrollo de acciones educativas y de comunicación en salud orientadas a fortalecer la adherencia, el autocuidado y la corresponsabilidad comunitaria.

- Coordinación intersectorial para abordar determinantes sociales, especialmente en sectores con alta concentración de vulnerabilidades.

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

4.3. GESTORES MÁS BIENESTAR

4.3.1 Gestores de Bienestar en línea

Previo al inicio de las acciones, se desarrolló una fase de alistamiento orientada a la preparación técnica y operativa del proceso de ruteo. En esta etapa, se realizó la revisión y ajuste del plan de acción junto con el equipo que interviene en el proceso, considerando la disponibilidad de talento humano, los insumos y los recursos técnicos requeridos para el desarrollo de las actividades.

Comentado [2]: Dar formato y justificar texto

Así mismo, se efectuó el fortalecimiento técnico a los equipos operativos y gestores en línea y más bienestar, estandarización de procedimientos para el abordaje por cohortes de riesgo. Como parte de este proceso, se elaboró y socializó material técnico de apoyo, incluyendo guiones de abordaje, orientaciones para el contacto telefónico, rutas de atención, criterios de priorización y recursos guía para el proceso de ruteo, con el fin de garantizar una implementación homogénea de la estrategia.

En la fase de planeación, una vez realizada la asignación de los casos sujetos de atención mediante la estrategia de ruteo, se efectuó el direccionamiento técnico a los gestores y profesionales responsables, definiendo de manera clara el orden de abordaje, los tiempos de respuesta, los responsables y los aspectos clave de la gestión inicial, de acuerdo con la ficha técnica de abordaje. Se lideró la socialización del orden de priorización de usuarios según los criterios de riesgo previamente definidos, garantizando un abordaje diferencial por cohorte.

En el marco de los comités de cuidado, se presentaron los resultados esperados y las metas a corto, mediano y largo plazo, en relación con los indicadores de abordaje, gestión y resultado establecidos, reforzando las estrategias integrales de intervención para cada grupo de riesgo. Adicionalmente, se verificó la asignación de casos por sector catastral, confirmando que cada uno contará con un profesional o gestor responsable, con el fin de asegurar la trazabilidad y la continuidad en la atención. Se programaron espacios de articulación con líderes operativos para la coordinación de las acciones y se concertó el plan de trabajo mensual, con seguimiento periódico a su cumplimiento

GESTIÓN DE LA ESTRATEGIA DE RUTEO

En el periodo de Abril a Junio de 2026 la Subred Centro Oriente contó con la intervención de dos profesionales responsables del seguimiento de las cohortes acorde al lineamiento operativo. Los perfiles realizaron el monitoreo de las cohortes y la implementación del proceso de inducción del talento humano.

En relación con los avances y logros, se evidencia que el talento humano reconoce a las gestantes como población prioritaria para el abordaje, en concordancia con su nivel de riesgo. En este sentido, se ha fortalecido el acompañamiento a los equipos operativos inmersos en la estrategia, con el fin de garantizar una respuesta oportuna y efectiva a los casos asignados.

El análisis de la estrategia de ruteo evidencia que, durante el periodo de reporte, se cargaron al módulo un total de 34.341 casos asignados, de los cuales 23.427 casos fueron gestionados, alcanzando un avance global del 62.7% frente al acumulado asignado en las diferentes cohortes de riesgo.

Comentado [3]: Se recomienda incorporar un análisis comparativo con el trimestre anterior que permita evidenciar la evolución de los indicadores por cohorte y sustentar los avances reportados.

Comentado [4]: Ajustado

Durante el periodo de enero a marzo, se registró un total de 17.986 casos asignados, de los cuales se gestionaron 9.535, alcanzando un porcentaje de avance del 53,01%. En contraste, el periodo de abril a junio presentó un aumento sustancial, llegando a 34.341 casos asignados (un crecimiento del 90,9%) y logrando gestionar 23.427 de estos. Este esfuerzo colectivo elevó el porcentaje de avance global al 62,7%.

El crecimiento sostenido del segundo trimestre está vinculado a la distribución de las responsabilidades de los perfiles. Entre enero y marzo, los gestores en línea tenían la mayor carga operativa con 5.937 casos gestionados, frente a los 3.259 abordados por los gestores de bienestar. Sin embargo, para el periodo de abril a junio, la estrategia se apoyó fuertemente en los territorios: la gestión en línea creció moderadamente a 6.980 casos, mientras que los gestores de bienestar absorbieron un volumen de 15.758 casos gestionados. Los profesionales también duplicaron su gestión, pasando de 339 a 729 gestiones terminadas.

Por cohorte, se observa que la cohorte materna tiene un total de 7.514 casos asignados, de los cuales 6.546 fueron gestionados lo que representa un 87.12% de avance en la gestión, la cohorte de infancia cuenta con 3.795 casos asignados, de los cuales 3.560 fueron gestionados, lo que equivale a un 93.81% de avance, reflejando una gestión progresiva acorde con el volumen de casos y la priorización escalonada establecida en el lineamiento operativo. En la cohorte de salud mental, de 7.710 casos asignados, se gestionaron 6564, correspondiente a un 85.14% de avance.

Al revisar las cohortes específicas, Salud Mental destaca con el mayor crecimiento en la gestión. Mientras que de enero a marzo se gestionaron 982 casos de 1.512 asignados (64,95%), entre

abril y junio el volumen asignado se multiplicó a 7.710, logrando gestionar 6.524, lo que disparó la efectividad de la cohorte al 85,14%.

La cohorte de Crónicos muestra una mejora significativa, aunque sigue representando el mayor desafío logístico por su volumen. En el primer trimestre se alcanzó un 5,32% de avance (412 gestionados de 7.744 asignados). Para el segundo trimestre, la carga se duplicó a 15.258 asignados y la capacidad de gestión mejoró drásticamente al gestionar 6.761 casos, alcanzando un 44,31% de avance, la cohorte de crónicos representa el mayor volumen de casos asignados en toda la estrategia (15.258 casos, superando por más del doble a cohortes como la materna o salud mental). Por otra parte, tal como lo establece el lineamiento operativo, el esfuerzo del talento humano en campo se concentró en garantizar el abordaje oportuno de la población de mayor riesgo (gestantes y primera infancia). Esto generó que un segmento de la cohorte de crónicos quedará programado para fases posteriores del ruteo. La cohorte de cáncer presenta 13 casos asignados con 9 gestionados durante el periodo, equivalente a un 69,23% de avance, situación asociada a la programación del abordaje en fases posteriores del proceso.

Finalmente, en el caso de discapacidad, 51 casos asignados, 27 fueron los gestionados lo que corresponde a un 52,94%

Para mejor cobertura se realiza reasignación de casos de los perfiles de gestores en línea y gestores de bienestar acorde a la necesidad de abordaje y criterio profesional de los líderes operativos.

Con la gestión desarrollada durante el segundo trimestre de 2026 se evidencia un avance significativo en la consolidación y despliegue operativo del Modelo MÁS Bienestar en tu Hogar. A través de la articulación constante entre los perfiles de seguimiento, líderes operativos y el

talento humano en campo, se logró una intervención focalizada y efectiva en las cohortes de mayor prioridad, destacando los altos índices de cumplimiento en la población Materno-Perinatal, Infancia y Salud Mental. Esto demuestra que la estrategia de ruteo y las herramientas de monitoreo implementadas —como los tableros de control y el seguimiento de calidad en el aplicativo GTAPS— son instrumentos efectivos para garantizar la oportunidad y la trazabilidad de la gestión

A continuación, se presenta la información:

Tabla 3 Casos Gestionados Estrategia Ruteo

Grupo de Riego	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	1417	1384	6082	5155	15	7	7514	6546	87.12%
Infancia	3666	3439	129	121	0	0	3795	3560	93.81%
Salud mental	1169	666	5511	5206	1030	692	7710	6524	85.14%
Cáncer	13	9	0	0	0	0	13	9	69.23%
Discapacidad	0	0	2	1	49	26	51	27	52.94%
Crónicos	8435	1482	6819	5275	4	4	15258	6761	44.31%

Población distrito Capital	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
TOTAL	14700	6980	18543	15758	1098	729	34341	23427	62.7%

Comentado [5]: Revisar datos , no coinciden con aplicativo GTAPS

Comentado [6]: Ajustado

Fuente: Módulo ruteo aplicativo GTAPS

En el periodo de abril a junio de 2026 se gestionaron 17.141 casos. La distribución por estado de gestión evidencia que el 42.9% (7.346 casos) aceptó la atención, consolidando el contacto telefónico como una herramienta efectiva para la vinculación inicial de los usuarios a los planes de bienestar, principalmente desde el rol del Gestor más bienestar.

No se presentan casos con información errada,

El 8.2% (1405 casos) corresponde a usuarios que no requieren visita, en los cuales el contacto telefónico permitió resolver la gestión mediante orientación, educación y direccionamiento, evitando desplazamientos y optimizando la focalización de la atención presencial en los casos de mayor riesgo.

Los rechazos a la atención representan el 13.5% (2.317 casos), mientras que un 5.6% (963 casos) aceptó únicamente educación, evidenciando la necesidad de fortalecer estrategias comunicativas para mejorar la adherencia al Modelo MÁS Bienestar. Adicionalmente, el 3.3% (561 casos) corresponde a usuarios fallecidos, contribuyendo a la depuración del universo de casos activos.

Finalmente, fuera de la ciudad, actualizar dirección misma subred, otra subred, cambio de prioridad y no cumple criterio representan en conjunto de 4.549 usuarios con un 26.53% del total,

reflejando la aplicación efectiva de acciones técnicas durante el contacto telefónico para garantizar un ruteo pertinente y acorde con la condición real del usuario.

El avance del periodo evidencia que el contacto telefónico permitió no sólo la vinculación efectiva de usuarios, sino también la depuración, priorización y optimización del abordaje, aportando a la oportunidad, continuidad y calidad de la atención en el marco del Modelo MÁS Bienestar.

El total de 17.141 casos gestionados (100%) refleja el avance acumulado del periodo de reporte, evidenciando una alta participación del Gestor de Bienestar (74.59%), seguido del Gestor en Línea (22.71%) y, en menor proporción, de los profesionales de los equipos operativos (2.68%).

Según los datos se puede concluir que la gestión del Gestor de Bienestar confirma que la mayor capacidad resolutoria y de primer contacto se está ejecutando directamente en el territorio. Por su parte, el soporte del Gestor en Línea demuestra un respaldo sólido en el contacto telefónico.

A continuación, se detalla la información:

Tabla 4 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 gestionados)
Acepta Atención	573	6481	292	7346	42,9%
Fallecido	211	350	0	561	3,3%

No Requiere Visita					
Gestión Efectiva	172	1211	22	1405	8,2%
Fuera De La Ciudad	321	600	31	952	5,6%
Rechazado	422	1820	75	2317	13,5%
Rechazado acepta educación	216	736	11	963	5,6%
Actualizar Dirección					
Misma Subred	219	749	9	977	5,7%
Otra Subred	367	385	16	768	4,5%
Cambio De Prioridad	867	340	2	1209	7,1%
No Cumple Criterio	525	115	3	643	3,8%
Información Errada					0,0%
Total Gestionados	3893	12787	461	17141	100,0%

Fuente: Módulo ruteo aplicativo GTAPS

Tabla Seguimiento remoto

Durante el periodo de reporte, se registró un total de 1.570 usuarios vinculados al seguimiento remoto, lo que corresponde al 100% del acumulado reportado en la tabla, evidenciando la implementación efectiva de esta modalidad como complemento a la estrategia de ruteo dentro del Modelo MÁS Bienestar.

En los meses de Abril – Junio 2026 se registran 3 seguimientos contactados registrados en Gtaps. El equipo operativo desplegó un plan de contingencia consistente en la implementación de una base de datos interna transitoria. Esta herramienta alterna ha permitido documentar la totalidad de las atenciones remotas ejecutadas, garantizando el estricto cumplimiento de la

Comentado [7]: 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, considerando la diferencia entre los usuarios vinculados al seguimiento remoto y aquellos que efectivamente recibieron un segundo contacto. Asimismo, describir las acciones implementadas para fortalecer la continuidad del seguimiento y mejorar este indicador.

Comentado [8]: Ajustado

periodicidad y los tiempos de oportunidad definidos en el lineamiento operativo, asegurando así el monitoreo ininterrumpido y la continuidad del cuidado de los usuarios.

Desde el análisis por grupo de riesgo, se observa que la mayor proporción de usuarios vinculados corresponde a las cohortes de materno (717 casos) e infancia (442 casos), que en conjunto representan el 73.82% del total, lo cual es coherente con los criterios de priorización del modelo y la necesidad de seguimiento continuo en estas poblaciones. En menor proporción se identifican casos de población general (114 casos) y registros aislados en salud mental (102 casos) y condición crónica (192 casos), sin reporte de usuarios en seguimiento remoto para cáncer o discapacidad durante el periodo.

A continuación, se presenta la información:

Tabla 5 Seguimiento remoto

Grupo de Riesgo	Número de usuarios vinculados a seguimiento remoto (aceptan seguimiento remoto)	Número de usuarios con seguimiento remoto (contados a partir del segundo contacto telefónico por el gestor en línea)	Total
Materno	717	56	773
Infancia	442	11	453
Salud mental	102	1	103
Cáncer	0	0	0
Discapacidad	0	0	0

Crónicos	192	0	192
Población general	0	0	0
TOTAL	1453	68	1521

Fuente: Módulo ruteo aplicativo GTAPS

Para la gestión de ruteo – continuidad del cuidado en el abordaje presencial, durante el periodo de reporte se registraron 8.524 casos que aceptaron atención y visita en campo, los cuales corresponden a los usuarios previamente contactados y direccionados mediante la estrategia de ruteo, en coherencia con los resultados consignados en las tablas de gestión telefónica y seguimiento remoto. Estos casos avanzaron a fase de abordaje presencial, permitiendo evaluar la continuidad del cuidado y la efectividad de la intervención en territorio.

El análisis del abordaje presencial en el Modelo MÁS Bienestar revela un contraste significativo entre la aceptación inicial del ruteo y la ejecución real de las visitas en campo. De los 8.524 casos derivados para atención territorial 2.353 resultaron en intervenciones efectivas, mientras que la gran mayoría se categorizó en 3.809 casos fallidos, 497 rechazados y 241 no residenciales. Esta brecha evidencia un cuello de botella logístico en la fase de la intervención directa, donde casi la mitad del esfuerzo operativo se diluye por barreras operativas más que por negativas absolutas de atención. Las cohortes prioritarias como salud mental, materno perinatal y riesgo cardio cerebro vascular metabólico (CCVM) concentraron el mayor volumen de derivaciones, pero con niveles de efectividad que requieren atención; la población materno perinatal alcanzó un 17.4%, y la de infancia un crítico 4.1%, lo que subraya una marcada desconexión entre el contacto remoto y los rápidos cambios en las dinámicas de los entornos familiares.

Comentado [9]: Se recomienda profundizar el análisis de la efectividad del abordaje presencial, identificando las principales causas de los casos fallidos y rechazados, así como las estrategias implementadas para mejorar la efectividad de la intervención.

Comentado [10]: Ajustado

El alto volumen de casos fallidos representa el mayor reto del modelo y se atribuye principalmente a la ausencia de los usuarios en los horarios programados, a información de residencia desactualizada o errónea, y a problemas de acceso al territorio. Para contrarrestar esta pérdida de eficiencia operativa, se implementaron acciones de mejora enfocadas en fortalecer la doble validación de los datos de ubicación desde el primer contacto con los gestores, la creación de sistemas de alertas para reprogramar o redefinir ágilmente el ruteo de los pacientes de mayor riesgo, y la retroalimentación constante a los equipos para optimizar la gestión.

Por otro lado, los casos rechazados responden a cambios de decisión de los usuarios en el último momento, a menudo motivados por la incomprensión del propósito de la visita al no percibir una necesidad por ausencia de síntomas agudos. Ante esto, se reforzó el abordaje comunicativo y educativo durante la fase de preparación, haciendo énfasis en los beneficios tangibles y el enfoque preventivo del programa. En conclusión, para garantizar la consolidación y sostenibilidad del modelo, es indispensable trascender la simple aceptación telefónica mediante una recolección de datos logísticos mucho más rigurosa desde el primer filtro y una estrategia de concientización que transforme el sí inicial en un compromiso real por parte del usuario para recibir el cuidado en su hogar.

En términos de trazabilidad, los casos gestionados siguieron una ruta que permitió su seguimiento desde el primer contacto hasta la intervención en territorio. Inicialmente, los usuarios fueron contactados por gestores en línea y gestores de bienestar, quienes realizaron la clasificación del riesgo, el registro en el aplicativo y la validación de la información. Posteriormente, los casos fueron derivados a los equipos operativos correspondientes según tipo de prioridad y cohorte de riesgo, nivel de riesgo y georeferenciación, garantizando su asignación

a los profesionales responsables. ramación de la visita en campo en el diligenciamiento de las agendas extramurales.

Una vez realizada la derivación, se efectuó la programación e identificación preliminar del plan de bienestar, el cual es ajustado durante la intervención presencial de acuerdo con las condiciones de salud, familiares y sociales identificadas.

Del total de casos abordados presencialmente, se evidencia que 2.353 intervenciones fueron efectivas, correspondientes a usuarios índice que recibieron atención conforme a lo definido en el plan de bienestar, mientras que 3.809 casos fueron clasificados como fallidos, 497 casos como rechazados y 241 No residencial, lo que permite identificar de manera diferenciada los desenlaces del proceso de intervención.

La distribución por grupo de riesgo muestra que las cohortes de salud mental , materno y CCVM concentran el mayor volumen de casos con abordaje presencial, en concordancia con la priorización establecida desde la fase de ruteo. En el grupo materno perinatal se registró un porcentaje de efectividad del 17.4 %, En infancia, si bien se observa un 4.1 % de efectividad, se evidencia la necesidad de fortalecer la consistencia entre la aceptación de la visita y el resultado efectivo del abordaje, dada la presencia de casos fallidos asociados principalmente a dificultades en la localización del hogar y a cambios en la dinámica familiar.

En relación con los casos fallidos (3.809), los principales motivos identificados corresponden a ausencia del usuario o la familia en el momento de la visita, información de residencia no actualizada y dificultades de acceso al territorio. Frente a estos hallazgos, se implementaron acciones de ajuste consistentes en la retroalimentación a los equipos operativos, el

fortalecimiento de la validación previa de datos de ubicación y la generación de alertas para reprogramación o redefinición del ruteo según el nivel de riesgo del caso.

Los casos rechazados (497) se relacionan principalmente con decisiones del usuario o la familia de no recibir la atención presencial, a pesar de haber aceptado inicialmente la visita. Ante esta situación, se reforzaron las estrategias de abordaje comunicativo y educativo durante el primer contacto y la preparación de la visita, enfatizando en los beneficios del Modelo MÁS Bienestar y en el carácter preventivo de la intervención, especialmente en cohortes sensibles como materno e infancia.

En conclusión, el análisis del abordaje presencial evidencia que la estrategia de ruteo permitió una adecuada transición desde la aceptación de la visita hasta la intervención en territorio, garantizando la continuidad del cuidado en la mayoría de los casos. Los resultados del periodo orientan acciones de mejora focalizadas en la calidad de la información previa, la preparación de la visita y el seguimiento a los casos con riesgo de no efectividad, contribuyendo a la consolidación del Modelo MÁS Bienestar.

A continuación, se presenta la información:

Tabla 6 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 el usuario visita en campo	Efectivo (si es índice)	Fallido	No residencial	Rechazado	Total	Porcentaje de Efectividad (# casos aceptan atención + visita en campo / # casos con intervención efectiva)
Materno	1485	775	519	21	148	2948	17.4%
Infancia	353	19	44	0	4	420	4.1%
Salud mental	3065	763	1808	104	176	5916	35.9%
Cáncer	0	0	0	0	0	0	0
Discapacidad	11	6	4	0	2	23	0.12%
Crónicos	3610	794	1434	116	167	6121	42.35%
Población general	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	8524	2357	3809	241	497	1542	100%

Fuente: Módulo ruteo aplicativo GTAPS

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

El análisis de las cohortes activas revela que los grupos con menor porcentaje de efectividad son Discapacidad, Infancia y Materno.

La cohorte de discapacidad presenta el indicador más bajo, con un 0.12% de efectividad reportada. Se documentaron 23 casos totales, de los cuales 11 aceptaron atención, pero solo 6

Comentado [11]: Se solicita ampliar el análisis de las cohortes con menor porcentaje de efectividad, identificando las barreras que afectan la continuidad del cuidado y las acciones definidas para fortalecer la atención de estas poblaciones.

Comentado [12]: Ajustado

se concretaron como efectivos. Algunas barreras de acceso son la alta dependencia de un cuidador primario, quien frecuentemente experimenta sobrecarga o carece de tiempo para gestionar citas médicas.

La cohorte infancia muestra un 4.1% de efectividad. De 420 casos totales, únicamente 19 fueron efectivos, mientras que 44 se clasificaron como casos fallidos. En la cohorte materna se registra un 17.4% de efectividad. A pesar de ser un grupo de alto volumen (2948 casos totales y 775 efectivos), presenta un volumen crítico de pérdidas: 519 casos fallidos y 148 rechazados.

Barreras que afectan la continuidad: condiciones socioeconómicas adversas y barreras geográficas que impiden la asistencia regular a los controles prenatales, desconfianza institucional, barreras culturales o temor a los procedimientos médicos, reflejado en la alta tasa de rechazos.

ACCESO

Durante el periodo comprendido entre el 1 de abril al 30 de junio 2026, la gestión del técnico en sistemas se gestionó un total de 3071 agendas, como resultado de la descarga de los archivos planos correspondientes a los módulos de agendamiento y tablero de control, de las cuales 2232 corresponden a atenciones individuales y solicitadas por los equipos para usuarios capitados con la SISS. Estas acciones estuvieron orientadas a garantizar el acceso oportuno a los servicios de salud para usuarios previamente identificados con inasistencia recurrente y baja adherencia, tanto en los servicios de Unidades Básicas como en las diferentes jornadas de APS. De manera

complementaria, la gestión de citas intramurales, junto con la gestión de autorizaciones y el uso adecuado de los canales formales de comunicación con las EPS, permitió disminuir barreras de acceso y optimizar los tiempos de respuesta en la asignación de citas.

En cuanto a la distribución de las atenciones individuales, se evidencia una priorización del agendamiento hacia la atención resolutive en usuarios clasificados como tipo 4, por parte de los gestores en línea de cada una de las áreas. Esta actividad ha permitido la reducción de posibles complicaciones en salud, así como al fortalecimiento de la adherencia a los tratamientos y controles requeridos. En relación con los tipos de citas asignadas, se identifica que los tamizajes de agudeza visual y auditiva son los servicios más demandados por los usuarios durante las intervenciones de los gestores de bienestar, lo que deja en evidencia la importancia de llevar a cabo la intervención enfocada en prevención de la enfermedad también, así como brechas en la adherencia a lo establecido en la Resolución 3280 en cuanto a las rutas de atención por ciclo de vida.

De igual manera se destaca la gestión a citas de control para enfermedades crónicas y atenciones resolutivas en la población intervenida por los equipos EMBH de la subred, lo cual ha permitido priorizar a los usuarios clasificados en riesgo tipo 4 y fortalecer la adherencia a los controles mediante estrategias como la recordación de citas por parte de los gestores en línea. En cuanto a los perfiles de atención, se observa que la asignación de citas se realizó conforme a las necesidades específicas de los usuarios, con predominio de servicios en medicina general, permitiendo brindar una atención integral centrada en la persona, fortaleciendo tanto la continuidad del cuidado como la gestión del riesgo a nivel individual.

En relación con el estado de admisiones, en el marco de las actividades de seguimiento y verificación de la información, se identificaron oportunidades de mejora, particularmente en el equipo médico, relacionadas con la solicitud de admisiones posterior a la intervención. Esta situación ha generado inoportunidades en el registro, evidenciándose diferencias de hasta siete días entre la atención y la solicitud de admisión. Asimismo, se identificaron algunas anulaciones derivadas de inconsistencias en la digitación de datos, principalmente errores en números de identificación o información personal de los usuarios. Si bien estos casos no representan la mayoría, sí evidencian la necesidad de fortalecer los procesos de calidad y oportunidad en el diligenciamiento de la información, mediante acciones de retroalimentación y seguimiento continuo al equipo de salud.

AGENDAMIENTO

Durante el periodo comprendido entre el 1 de abril y el 30 de junio, el proceso de gestión del agendamiento de citas en los diferentes servicios de salud evidenció avances significativos orientados al fortalecimiento de la oportunidad y la pertinencia en la atención brindada a los usuarios. Estos resultados se lograron a partir de la clasificación de riesgo, el ciclo de vida y la condición de salud por parte de los gestores en línea y de bienestar, lo que permitió enfocar los esfuerzos en aquellos casos que requerían intervención más oportuna y seguimiento continuo.

En este contexto, se optimizó el acceso efectivo a los servicios de salud, así como al mejoramiento en la adherencia a controles médicos, especialmente en poblaciones en condición de vulnerabilidad. Durante el periodo analizado, se registró un total de 4350 solicitudes de agendamiento, de las cuales se logró gestionar un total de 3071 citas. Este resultado es

significativo dado que refleja una gestión eficiente del proceso; sin embargo, se identificaron 61 solicitudes pendientes, lo cual pone en evidencia la existencia de brechas asociadas principalmente a la limitada oferta de los servicios de salud mencionados anteriormente, derivada de la falta de talento humano.

En relación con el agendamiento en las Unidades Básicas de Salud, se evidenció que la mayor demanda se concentra en los servicios de tamizaje visual y auditivo, los cuales constituyen el principal componente del proceso durante el periodo evaluado. En total, se registraron 2.232 solicitudes de este tipo, lo que confirma su alta demanda dentro de la población usuaria. Sin embargo, se logró gestionar 2123 citas, lo que permite identificar la necesidad de fortalecer la capacidad para responder de manera más efectiva a esta demanda, especialmente en aquellos servicios donde la oferta es limitada, por parte de la subred. Adicionalmente, se reportaron 40 solicitudes pendientes, las cuales ya cuentan con programación en fechas próximas, quedando como acción pendiente la gestión de recordación de citas por parte del gestor en línea, con el fin de garantizar la asistencia de los usuarios.

Por otra parte, se llevó a cabo la gestión de solicitudes de citas a través de las EAPB, consolidando un flujo de comunicación oportuno y resolutivo con aquellas EPS que cuentan con contratación vigente, tales como Capital Salud, Sanitas, Famisanar y Coosalud. De manera complementaria, se fortaleció la articulación de rutas de acceso con aseguradoras que actualmente no cuentan con contratación directa, como Nueva EPS, Sura y Salud Total, mediante la implementación de contacto telefónico y comunicaciones formales vía correo electrónico. Estas acciones permitieron garantizar la trazabilidad de las solicitudes de

Comentado [13]: Se solicita revisar la consistencia entre el análisis narrativo y la información presentada en la Tabla 7, debido a diferencias entre el número de citas gestionadas descritas en el texto y los valores reportados en la tabla. Favor validar la información y realizar los ajustes

Comentado [14]: OK

agendamiento, así como el seguimiento permanente de las mismas, favoreciendo respuestas oportunas y acordes a las necesidades identificadas en la población.

La cobertura del proceso se centró principalmente en poblaciones priorizadas y de alta vulnerabilidad, incluyendo personas con enfermedades crónicas, menores de 5 años, gestantes y usuarios con alteraciones en salud mental clasificados como riesgo tipo 4. Estos grupos poblacionales presentaban, en su mayoría, baja adherencia a tratamientos, inasistencia a controles médicos y ausencia de exámenes de seguimiento, lo que incrementa el riesgo de complicaciones en salud. De manera complementaria, también se gestionaron consultas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y detección temprana para usuarios clasificados en riesgo tipo 1, 2 y 3, incluyendo servicios como tamizajes visual y auditivo, citología cervicouterina, mamografía e higiene oral en un rango promedio de 22 a 60 años de edad. Estas acciones se desarrollaron en concordancia con las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS, establecidas en la Resolución 3280 de 2018, contribuyendo así a la identificación oportuna de riesgos y a la prevención de enfermedades.

Dentro de las actividades de promoción y mantenimiento de la salud, se incluyen servicios como la citología cervicouterina y la mamografía. No obstante, en este último caso se han presentado dificultades operativas debido a que el mamógrafo de la subred actualmente se encuentra en mantenimiento, lo que ha obligado a remitir a las usuarias a sedes alternas como Corferias para la prestación del servicio. Así mismo, se han gestionado atenciones en higiene oral y toma de antígeno prostático, consolidando un enfoque preventivo que favorece la detección temprana de alteraciones en salud y la disminución del riesgo de complicaciones.

En lo que respecta a la gestión de interconsultas, se evidencia una articulación efectiva con el referente de la central de agendamiento para la asignación de citas en especialidades como dermatología, psiquiatría, psicología, ginecología y nutrición, garantizando la continuidad en la atención de los usuarios que requieren estos servicios. Sin embargo, persisten barreras de acceso asociadas a la limitada oferta en especialidades como cardiología, urología, otorrinolaringología, ortopedia y oftalmología, situación que se ha informado reiteradamente a la central de agendamiento, dado que representa una restricción significativa en el proceso de acceso oportuno a estos servicios.

En relación con la gestión de interconsultas, se evidencia una adecuada articulación con la central de agendamiento, lo que permitió la asignación de citas en especialidades como dermatología, psiquiatría, psicología, ginecología y nutrición, garantizando la continuidad en la atención integral de los usuarios que requieren estos servicios. No obstante, persisten barreras de acceso importantes asociadas a la limitada oferta en especialidades como cardiología, urología, otorrinolaringología, ortopedia y oftalmología. Esta situación ha sido informada de manera reiterada a la central de agendamiento, dado que representa una limitación significativa para asegurar el acceso oportuno a los servicios especializados, afectando directamente la integralidad en la atención de los usuarios.

Tabla 7 Agendamiento

Agendamiento / Consultas	Requerimiento de agendamiento solicitadas en el periodo de reporte	Total agendadas las agendadas periodos posteriores)	Citas (Incluir citas para	Pendientes
--------------------------	--	---	---------------------------	------------

Agenda en unidades básicas resolutivas (se incluye la gestión de órdenes identificadas como 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)	2232	1225	40
Agenda en unidades básicas resolutivas de usuarios tipo 4 realizadas por gestores y profesionales.	503	398	5
Agenda de profesionales de los Equipos MÁS Bienestar para atención individual en domicilio.	336	179	16
Total	3071	1279	61

Fuente: Aplicativo GTAPS módulo de agendamiento.

Seguimiento a las citas agendadas

En el marco del Convenio Más Bienestar en Tu Hogar, se desarrolló el proceso de seguimiento a citas agendadas, orientado a garantizar el acceso oportuno y la adherencia de los usuarios a los servicios de salud.

Se evidencia un volumen importante de gestión, destacándose el gestor en línea como eje central del proceso, con 2076 citas agendadas, seguido por el gestor de bienestar o profesional tipo 4 con 320 citas, y los profesionales de los Equipos Más Bienestar con 119 citas de atención domiciliaria.

En cuanto al cumplimiento, el gestor en línea registra 1885 citas efectivas (65,9%), el gestor de bienestar 320 y los profesionales domiciliarios 156. Este último resultado evidencia una mayor adherencia en la atención domiciliaria, posiblemente asociada al contacto directo en el domicilio del usuario junto con el médico.

Respecto a la inasistencia, el gestor en línea presenta 2348 casos, lo que refleja una baja adherencia y la necesidad de seguir fortaleciendo estrategias como la información que se brinda al usuario y recordación de citas, por lo que se implementaron acciones como llamadas, mensajes de texto y orientación detallada sobre fecha, hora y lugar de la cita, así como apoyo en la identificación de rutas de transporte apoyándose el Google maps y redes de apoyo para facilitar el desplazamiento.

En relación con los 17 registros de inatención, obedecen a situaciones externas como incapacidades médicas del profesional, calamidades domésticas o dificultades de movilidad en la ciudad por manifestaciones, lo que indica que, en general, se da respuesta adecuadamente cuando el usuario logra asistir.

El análisis del proceso confirma que el gestor en línea desempeña un rol fundamental, aunque enfrenta retos en términos de cumplimiento, lo que hace necesario fortalecer estrategias de recordación de citas y seguimiento continuo al agendamiento.

En cuanto al tipo de servicios, las consultas de control de enfermedades crónicas, medicina general resolutive y seguimiento prenatal presentan mayores niveles de cumplimiento, mientras que las actividades de promoción y prevención registran mayor cantidad de inasistencia, lo que deja en evidencia una brecha frente a la percepción del riesgo y en la adherencia preventiva por parte de los usuarios. Esto resalta la necesidad de fortalecer los procesos educativos durante la intervención en campo y la comunicación por parte del gestor en línea.

Por otra parte, se evidenció una mejora significativa en la articulación con las EAPB, especialmente con Sanitas, Compensar y Salud Total, reflejada en una mayor efectividad en la

gestión de agendas, la confirmación de asistencia mediante el gestor en línea y la reducción de los tiempos de respuesta para la autorización de servicios y el re-agendamiento de citas. Esta coordinación permitió optimizar los procesos administrativos, disminuyendo las barreras de acceso y favoreciendo una atención más oportuna para los usuarios.

Como resultado de esta articulación, se incrementó la oportunidad en el agendamiento de consultas de control y seguimiento, reduciendo los tiempos de espera entre la solicitud y la asignación de la cita. Asimismo, el fortalecimiento de los canales de comunicación con las EAPB facilitó la gestión prioritaria de los casos que requerían atención inmediata, logrando mayor continuidad en la prestación del servicio y evitando interrupciones en los tratamientos y controles programados.

La profesional de enlace continuó implementando acciones de mejora orientadas al seguimiento permanente de los usuarios, la optimización de los procesos de autorización y el fortalecimiento de la educación al usuario sobre las rutas de acceso y los requisitos administrativos. Estas estrategias contribuyen a una mayor adherencia a las citas programadas y a una disminución de los reprocesos derivados de autorizaciones incompletas o vencidas.

En los casos de inasistencia, se realizó el ofrecimiento de re-agendamiento y seguimiento telefónico individual, garantizando la continuidad asistencial y reduciendo el riesgo de pérdida del seguimiento clínico, recibiendo respuesta oportuna de las EPS mencionadas anteriormente. Adicionalmente, la comunicación constante con las EAPB permitió agilizar los procesos de autorización y asignación de citas, incluso en escenarios con baja respuesta por los canales regulares, favoreciendo la resolución oportuna de las solicitudes.

De igual manera, se fortaleció el monitoreo de las citas pendientes, priorizando a los usuarios sin controles recientes de acuerdo con su nivel de riesgo. Entre las principales acciones implementadas se destacan los recordatorios realizados 24 horas antes de la cita, la reprogramación inmediata de las inasistencias, la priorización de usuarios clasificados como tipo 4 y el seguimiento semanal mediante las herramientas institucionales de control. Estas acciones permitieron mejorar la trazabilidad de los casos, optimizar la toma de decisiones y aumentar la oportunidad y continuidad de la atención, evidenciando una gestión más eficiente en la articulación con las EAPB y una respuesta más oportuna a las necesidades de la población atendida.

Finalmente, se desarrollaron estrategias de sensibilización sobre la importancia de la asistencia a controles médicos, promoviendo la corresponsabilidad del usuario. También se fortaleció en redes de apoyo para facilitar el acompañamiento de usuarios con dificultades de acceso. El uso de herramientas de seguimiento y los espacios de retroalimentación con el equipo permitieron consolidar mejoras en la adherencia, reducción del riesgo en salud y fortalecimiento de la atención integral.

Tabla 8 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 el línea de usuarios que capitán con la SISS.	2348	1885	546	17	0	4996
Citas Agendadas por el gestor de bienestar o profesional - Tipo 4	320	241	71	8	0	640
Citas agendadas de profesionales de los Equipos MÁS Bienestar para atención individual en domicilio.	156	141	15	0	0	312

Fuente aplicativo GTAPS- Base agendamiento corte del 1 de abril al 30 de junio 2026

4.3.2 Abordaje Territorial: Gestor MÁS Bienestar

A partir del proceso de apropiación territorial, se debe reportar el avance en el proceso de abordaje territorial, el acercamiento a las familias, para su caracterización y posteriores acciones de promoción de la salud y gestión integral del riesgo. Para ello, diligenciar la tabla y adelantar una breve descripción y análisis de los avances obtenidos a la fecha de reporte:

Tabla 9 Abordaje Territorial – Estrategia Barrido Casa a Casa y Ruteo.

LOCALIDAD	Total Familias Caracterizadas Por Gestor	Total Familias con Actualización	Total de Individuos Caracterizados y Actualizados	Total Familias Clasificadas en Prioridad Alta	Total Familias Clasificadas en Prioridad Media	Total de Familias Clasificadas en Prioridad Baja

Comentado [15]: Se solicita revisar la consistencia de la información presentada en la Tabla 8 "Seguimiento a agendamiento", debido a que los valores reportados para citas cumplidas superan el número de citas agendadas en algunos componentes, generando inconsistencias entre el análisis narrativo y la información cuantitativa presentada. Favor validar los datos y ajustar

Comentado [16]: OK

Comentado [17]: Incluir totales

Comentado [18]: OK

3	1097	274	1364	43	1675	892
4	2686	1369	3944	121	5072	2300
14	827	142	1030	63	1225	666
15	770	62	847	24	1078	490
17	135	33	158	7	195	109
18	3143	922	4104	175	5183	2407
Total	8658	2802	11447	433	14428	6864

Fuente: Aplicativo GTAPS .(Plano Preliminar acumulado Abril a Junio 2026)

La gestión predial reporta 9.218 predios gestionados, de los cuales 9.199 quedaron con gestión efectiva. San Cristóbal y Rafael Uribe Uribe concentran la mayor carga operativa, seguidas de Santa Fe, Antonio Nariño, Los Mártires y La Candelaria. Se evidencia un incremento de gestión efectiva lo que representa una buena capacidad de abordaje territorial; sin embargo, los registros de gestión fallida y rechazados deben revisarse por localidad para identificar sus causas, es importante ajustar las estrategias de abordaje y fortalecer la comunicación comunitaria previa. La ausencia de predios ausentes en el consolidado debe validarse para descartar subregistro de este estado.

A partir de los abordajes desarrollados y el resultado de la caracterización o actualización familiar, adelantar descripción y análisis de las prioridades y clasificación familiar.

Tabla 10 Prioridades identificadas por Gestores Más Bienestar en las 6 localidades de la Subred Centro Oriente E.S.E

Comentado [19]: Revisar los datos, no son consistentes según los registros de GTAPS, principalmente los relacionados con la clasificación familiar y los consolidados de la vigencia, donde deben dar cuenta del abordaje desde octubre 2025. Revisar y ajustar los datos de la tabla, dado que en sistema de información se registra para la subred:

Total de familias caracterizadas por gestor: 11.287
Total de familias con actualización: 3.288
Total de individuos caracterizados y actualizados: 12.341
Total de familias clasificadas en prioridad alta: 2.199
Total de familias clasificadas en prioridad media: 175
Total de familias clasificadas en prioridad baja: 8.913
Total de familias caracterizadas: 42.573

Comentado [20]: AJUSTADO

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
3-SANTA FE	1389	277	1962	503	95	1452	2239	6748
4-SAN CRISTOBAL	4345	1282	4026	2148	162	2783	5308	40700
14-LOS MÁRTIRES	941	142	1936	338	88	1402	2078	3297
15-ANTONIO NARIÑO	825	58	1003	298	27	620	1061	2429
17-LA CANDELARIA	167	28	224	55	11	182	252	1332
18-RAFAEL URIBE URIBE	4163	926	4390	1780	219	2915	5316	36975
Total	11830	2713	13541	5122	602	9354	16254	91481

Fuente: Aplicativo GTAPS. (Plano Preliminar acumulado abril a junio 2026)

Durante el periodo comprendido entre abril y junio de 2026, los Gestores Más Bienestar registraron n:8.658 familias caracterizadas y n:2.802 familias con actualización de la información. Asimismo, se reportaron 11.447 individuos caracterizados y actualizados, lo que

Comentado [21]: Actualizar conforme al ajuste de la tabla

Comentado [22]: AJUSTADO

evidencia la continuidad de las acciones de reconocimiento y actualización de las condiciones familiares e individuales en las seis localidades de la Subred Centro Oriente.

La mayor concentración de familias caracterizadas por los gestores se presentó en Rafael Uribe Uribe, con n:3.143 familias, equivalente al 36,3 % del total; seguida de San Cristóbal, con n:2.686, correspondiente al 31,0 %. En conjunto, estas dos localidades concentraron el 67,3 % de las familias caracterizadas. Posteriormente se ubicaron Santa Fe, con n:1.097; Los Mártires, con n:827; Antonio Nariño, con n:770; y La Candelaria, con n:135 familias.

En relación con la actualización de la información familiar, San Cristóbal registró n:1.369 familias actualizadas y Rafael Uribe Uribe n:922, concentrando conjuntamente el 81,8 % de las actualizaciones realizadas. Por su parte, se reportaron n:274 actualizaciones en Santa Fe, n:142 en Los Mártires, n:62 en Antonio Nariño y n:33 en La Candelaria.

Frente a la clasificación por nivel de prioridad, se registraron n:21.725 familias clasificadas, de las cuales n:433, equivalentes al 2,0 %, fueron identificadas en prioridad alta; n:14.428, correspondientes al 66,4 %, en prioridad media; y n:6.864, equivalentes al 31,6 %, en prioridad baja. Estos resultados muestran un predominio de la prioridad media, lo que indica la necesidad de mantener acciones de seguimiento que permitan prevenir la progresión de los riesgos identificados y fortalecer la capacidad protectora de las familias.

La mayor cantidad de familias clasificadas en prioridad alta se presentó en Rafael Uribe Uribe, con n:175 casos, seguida de San Cristóbal, con n:121. Estas dos localidades agrupan el 68,4 % de las familias con prioridad alta reportadas en la Subred. También se identificaron:63 casos en Los Mártires, n:43 en Santa Fe, n:24 en Antonio Nariño y n:7 en La Candelaria. Esta distribución requiere garantizar la oportunidad del contacto, la valoración integral, la

concertación de los Planes de Bienestar y el seguimiento continuo de las familias con mayor nivel de riesgo.

De manera consolidada, la tabla registra n:41.354 familias caracterizadas y n:48.877 individuos caracterizados. Los mayores volúmenes se concentran en Rafael Uribe Uribe y San Cristóbal, situación que debe considerarse en la organización de la capacidad operativa, la distribución del talento humano y la priorización territorial de las acciones. No obstante, los resultados de cada localidad deben analizarse teniendo en cuenta sus características demográficas, territoriales y operativas, evitando interpretar los menores registros únicamente como una baja presencia de necesidades o riesgos familiares.

Tabla 11 Acciones de seguimiento familiar acorde a prioridad en el periodo

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	2569	721	1029	457	7667	571
Telefónicos	25	3	12	0	2	0
Total	2568	746	1041	457	7669	571

Fuente: Aplicativo GTAPS. (Plano Preliminar acumulado abril a junio 2026)

Concluyendo el análisis del abordaje territorial mediante las diferentes estrategias y actividades que realiza el gestor Más Bienestar desde sus procesos de: (Caracterización, actualización y seguimiento), se evidencia lo siguiente:

- **A** En el periodo abril–junio de 2026 se evidenció una importante gestión territorial por parte de los Gestores Más Bienestar, con mayor concentración de intervenciones en las localidades de San Cristóbal y Rafael Uribe Uribe, así como avances en la caracterización y actualización de la información familiar. No obstante, aunque 8.524 casos aceptaron la atención, únicamente 2.353 alcanzaron una intervención efectiva, lo que evidencia brechas entre el contacto inicial y la atención efectiva. En este contexto, es necesario fortalecer la validación de datos, la programación de visitas, la gestión de casos fallidos y el seguimiento a las familias priorizadas para optimizar la continuidad y efectividad de la intervención territorial.
- Concentración operativa en territorios de mayor demanda. Las localidades de San Cristóbal y Rafael Uribe Uribe concentraron el mayor número de predios gestionados, familias caracterizadas e individuos abordados, representando el principal foco de intervención territorial y requiriendo una mayor capacidad de seguimiento y articulación institucional.
- Fortalecimiento del proceso de caracterización y actualización familiar. Se caracterizaron 11.830 familias y se actualizaron 2.713, alcanzando un total de 13.541 individuos caracterizados o actualizados. Esto refleja un **avance significativo** en la consolidación de información territorial para la identificación de riesgos y necesidades en salud. Al comparar los resultados del periodo abril–junio de 2026 con el corte enero–marzo de 2026, se evidencia un cambio importante en la distribución de los seguimientos familiares

Comentado [23]: Revisar esta afirmación, porque no es coincidente con los balances de efectividad de las cohortes y tácticas adelantadas donde en ocasiones no se alcanza ni el 50% de efectividad, panorama que en consecuencia se traslada a la gestión de predios

Comentado [24]: AJUSTADO

Comentado [25]: por que es significativo?? contra que se está midiendo o comparando?

Comentado [26]: ajustado

según nivel de prioridad. Durante el primer trimestre se realizaron 1.855 seguimientos, de los cuales 138 correspondieron a familias de prioridad alta, 38 a prioridad media y 1.679 a prioridad baja. Para el periodo abril–junio se reportaron 1.774 seguimientos realizados: 746 en prioridad alta, 457 en prioridad media y 571 en prioridad baja.

En términos globales, no se observa un incremento en el número total de seguimientos, dado que se presentó una reducción de 81 acciones, equivalente al 4,4 %. Asimismo, el cumplimiento frente a la programación pasó del 100 % en el primer trimestre al 15,7 % en el segundo trimestre, debido principalmente al incremento considerable de las metas proyectadas, que pasaron de 1.855 a 11.278 seguimientos.

No obstante, se evidencia una reorientación favorable de la gestión hacia las familias con mayor nivel de riesgo. Los seguimientos correspondientes a prioridades alta y media aumentaron de 176 a 1.203 acciones, mientras que su participación dentro del total ejecutado pasó del 9,5 % al 67,8 %. Este comportamiento refleja una mayor focalización operativa en las familias que requieren acompañamiento más oportuno e intensivo. Sin embargo, los porcentajes de cumplimiento del 29 % en prioridad alta, 43,9 % en prioridad media y 7,4 % en prioridad baja muestran que persisten brechas entre la programación y la ejecución, por lo que se requiere fortalecer la capacidad operativa, la programación realista de metas y la continuidad del seguimiento familiar.

- Predominio de familias clasificadas en prioridad baja, con importante presencia de riesgo alto. Aunque la mayor proporción de familias fue clasificada en prioridad baja (9.354), se identificaron 5.122 familias en prioridad alta, lo que confirma la existencia de

un volumen importante de hogares con condiciones de vulnerabilidad que requieren seguimiento diferencial y activación oportuna de rutas integrales de atención

- La estrategia de ruteo permitió focalizar poblaciones de mayor riesgo. El abordaje territorial evidenció una adecuada orientación hacia familias priorizadas por condiciones de riesgo en salud, facilitando la identificación de necesidades específicas y la articulación con planes de bienestar y rutas de atención definidas a nivel distrital.
- El seguimiento familiar se desarrolló principalmente de manera presencial. La modalidad presencial concentró casi la totalidad de los seguimientos realizados, privilegiando el contacto directo con las familias para verificar condiciones de salud, fortalecer el acompañamiento y desarrollar procesos de intervención más integrales.
- Revisar la programación y la ejecución de seguimientos. El cumplimiento global de las metas de seguimiento fue del 15,7%, evidenciando una diferencia importante entre los seguimientos proyectados y los efectivamente realizados. Esta situación sugiere la necesidad de revisar factores como disponibilidad de talento humano, tiempos de desplazamiento, cobertura territorial y estrategias de priorización operativa.
- **Mayor cumplimiento** frente al abordaje en familias de prioridad media. Las familias clasificadas en prioridad media alcanzaron el mayor porcentaje de cumplimiento (43,9%), mientras que las de prioridad alta registraron un cumplimiento del 29%. Aunque se evidencia un esfuerzo por atender los casos más vulnerables, es necesario fortalecer la oportunidad y continuidad del seguimiento en este grupo poblacional.
- **Durante** la verificación realizada, se identificó la necesidad de efectuar un análisis de las causas asociadas a las gestiones fallidas y a los casos rechazados, teniendo en cuenta el registro de **1.794 gestiones fallidas** y **898 rechazos**. En el marco de los comités

Comentado [27]: cumplimiento de que?

Comentado [28]: AJUSTADO

Comentado [29]: En teoría este análisis lo realizan de manera permanente en los comités territoriales, cual es el resultado?

Comentado [30]: AJUSTADO

territoriales, organizados por áreas de gestión, se socializaron las principales causas, razones y motivos que originaron dichos estados, permitiendo un análisis detallado de cada localidad. Esta revisión tuvo como propósito identificar las principales barreras de acceso, la percepción de la comunidad frente a la estrategia, los horarios de abordaje y las dificultades de comunicación que afectan la efectividad de las intervenciones. Lo anterior, con el fin de fortalecer y ajustar las estrategias de acercamiento territorial, optimizando las acciones implementadas y favoreciendo una mayor oportunidad en la gestión de los casos.

4.1. PLANES DE BIENESTAR

Tabla 12 Planes de bienestar instaurados en el periodo de abril a junio 2026.

PRIORIDAD	PRIORIDAD	CASOS ASIGNADOS	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
GESTANTES	GESTANTES	376	202	505	142	405	80%	14	157
MENOR DE 5 AÑOS	MENOR DE 5 AÑOS	845	137	605	162	536	88,60%	17	309
CRONICOS	CRONICOS	1787	63	368	99	576	157%	6	1363
SALUD MENTAL	SALUD MENTAL	3240	944	2927	360	2791	95,35%	1	449

Comentado [31]: la información de la tabla no es consistente, se deben precisar los casos asignados en la vigencia y de allí en adelante el abordaje y seguimiento de los mismos. Los porcentajes no son claros. revisar y ajustar para todas las cohortes

Comentado [32]: AJUSTADO

DISCAPACIDAD	DISCAPACIDAD	702	160	468	144	398	85,04%	0	304
LIMITACION FUNCIONAL	LIMITACION FUNCIONAL	14359	252	238	75	85	35,71%	0	14274
SOLEDAD SOCIAL	SOLEDAD SOCIAL	1902	65	349	155	259	74,21%	0	1643
CANCER	CANCER	24	1	3	1	2	67%	1	20
ENFERMEDADES HUERFANAS	ENFERMEDADES HUERFANAS	620	162	430	54	289	67,21%	0	331
	TOTAL	23855	1945	6492	1136	5005	77,09%	39	18850

Fuente: Aplicativo GTAPS. (Plano Preliminar acumulado abril a junio 2026)

El consolidado de Planes de Bienestar Familiar registra n:23.855 casos asignados, de los cuales n:1.945 PDB fueron concertados durante el periodo comprendido entre abril y junio de 2026, alcanzando un acumulado de n:6.492 PDB concertados desde el inicio de la vigencia. Durante el periodo se reportaron n:1.136 cierres, para un acumulado de n:5.005 PDB cerrados, equivalente a un porcentaje general de cierre del 77,09 %.

Los mayores porcentajes de cierre acumulado se presentan en cáncer, con 100 %, correspondiente a n:4 PDB cerrados de n:4 concertados; salud mental, con 95,35 %; menores de cinco años, con 88,60 %; y discapacidad, con 85,04 %. Por su parte, las principales brechas se identifican en condiciones crónicas, con un cumplimiento de cierre del 35,84 %, y limitación funcional, con 35,71 %, prioridades que requieren fortalecer la concertación, continuidad de las intervenciones, seguimiento a los resultados acordados y cierre oportuno de los Planes de Bienestar.

Se reportan n:39 PDB activos con más de seis sesiones de implementación, concentrados principalmente en menores de cinco años, con n:17 casos; gestantes, con n:14; condiciones crónicas, con n:6; salud mental, con n:1; y cáncer, con n:1. Esta cifra no representa un volumen elevado frente al total de PDB concertados; sin embargo, requiere seguimiento técnico para establecer si la continuidad responde a la persistencia de riesgos, al cumplimiento progresivo de los objetivos establecidos, a condiciones particulares de cada familia o a dificultades para concretar el cierre.

En el caso de las familias con gestantes, la continuidad del acompañamiento puede extenderse durante el proceso de gestación, de acuerdo con los riesgos identificados, las acciones educativas y el seguimiento requerido. No obstante, cada intervención que supere las sesiones previstas debe contar con trazabilidad, justificación técnica y valoración periódica de su pertinencia, evitando prolongar planes cuyos resultados ya hayan sido alcanzados.

Finalmente, se registran n:18.850 casos pendientes de cierre en el consolidado de todas las fuentes. Este resultado se encuentra determinado principalmente por limitación funcional, con n:14.274 casos pendientes; soledad social, con n:1.643; y condiciones crónicas, con n:1.363. En consecuencia, se requiere depurar y validar el estado de los casos, diferenciar aquellos pendientes de contacto o concertación de los que se encuentran activos y fortalecer el seguimiento entre la asignación, la concertación, la implementación y el cierre efectivo de cada Plan de Bienestar.

cierre.

4.4.1 Materno

Durante el trimestre, la prioridad materna se orientó al seguimiento de gestantes y eventos materno-perinatales, con énfasis en adherencia a controles, identificación de alertas, prevención de sífilis gestacional y acompañamiento diferencial según necesidad. El análisis del periodo se estructura a partir de casos asignados, planes concertados, cierres y pendientes.

Tabla 13 Estrategia de Gestantes Más Bienestar en el periodo abril a junio 2026

Estrategias	CASOS ASIGNADOS	PDB CONCERTADOS EN EL PERIODO DE REPORTE	PDB CONCERTADOS EN LA VIGENCIA-ACUMULADO (Desde 01/10/2025 a la fecha de reporte)	PDB CONCIERRE EN EL MES DE REPORTE	PDB CONCIERRE EN LA VIGENCIA-ACUMULADO (Desde 01/10/2025 a la fecha de reporte)	% DE PDB CONCIERRE (Acumulado de PDB Concertado / Acumulado de PDB con cierre)	PDB ACTIVOS CON MÁS DE 6 SESIONES DE IMPLEMENTACIÓN	CASOS PENDIENTES
Estrategia Gestantes con más bienestar	3185	88	184	46	136	74%	3	2965
Estrategia Ángeles Guardianes	1051	76	236	77	208	88%	32	1040
Estrategia Sí la sífilis gestacional se previene, tu bebé se protege.	434	38	85	19	61	72%	1	370

Comentado [33]: los valores no corresponden

Comentado [34]: ajustado

Estrategias	CASOS ASIGNADOS	PDB CONCERTADOS EN EL PERIODO DE REPORTE	PDB CONCERTADOS EN LA VIGENCIA-ACUMULADO (Desde 01/10/2025 a la fecha de reporte)	PDB CONCIERRE EN EL MES DE REPORTE	PDB CONCIERRE EN LA VIGENCIA-ACUMULADO (Desde 01/10/2025 a la fecha de reporte)	% DE PDB CONCIERRE (Acumulado de PDB Concertado / Acumulado de PDB con cierre)	PDB ACTIVOS CON MÁS DE 6 SESIONES DE IMPLEMENTACIÓN	CASOS PENDIENTES
TOTAL	4670	170	482	77	295	61.20 %	92	4375

Fuente: Aplicativo GTAPS.(Plano Preliminar acumulado abril a junio 2026)

Durante el periodo evaluado se gestionaron 4.670 casos asignados, de los cuales se concertaron 170 Planes de Bienestar en el periodo, para un acumulado de 482 planes vigentes. Asimismo, se realizaron 77 cierres, alcanzando un acumulado de 295 Planes de Bienestar cerrados, equivalente a un 61,20 % de cumplimiento, lo que evidencia una gestión favorable en el seguimiento y cierre de los procesos de atención.

La estrategia Gestantes con Más Bienestar presentó el mayor volumen de intervención (3.185 casos) y el mejor desempeño, con un 76,39 % de cierre acumulado, reflejando una adecuada continuidad del seguimiento y cumplimiento de los objetivos establecidos. Por su parte, la estrategia "Si la sífilis gestacional se previene, tu bebé se protege" alcanzó un 73,56 % de cierre, evidenciando una gestión efectiva en la prevención y el acompañamiento oportuno de las gestantes. En contraste, Ángeles Guardianes registró un 10,28 % de cierre, resultado que refleja la necesidad de fortalecer las acciones de seguimiento y cierre de los Planes de Bienestar, considerando la complejidad de los casos atendidos.

De manera general, se identifican 92 usuarios con más de seis sesiones de implementación, lo que demuestra la continuidad del acompañamiento en casos que requieren seguimiento prolongado, y 4.375 casos pendientes, representando una oportunidad para fortalecer la capacidad operativa, incrementar la cobertura de la estrategia y mejorar la oportunidad en la implementación de los Planes de Bienestar. En conjunto, los resultados evidencian el compromiso del equipo con la atención integral de la población gestante, priorizando la continuidad del cuidado, la prevención de riesgos materno-perinatales y el cumplimiento de los objetivos de intervención.

El mayor volumen pendientes se relaciona con la necesidad de asegurar adherencia a control prenatal, seguimiento a alertas materno-perinatales y cierre oportuno de planes con más de seis sesiones. Se recomienda mantener control nominal de gestantes, priorizar casos sin control prenatal, reforzar articulación con rutas materno-perinatales y los centros SER.

Es de resaltar que se identifica un avance en la implementación de las estrategias maternas, especialmente en la concertación de planes y seguimiento a usuarias priorizadas. La recomendación principal es fortalecer el cierre oportuno, casos pendientes y la articulación con rutas materno-perinatales para evitar pérdida de continuidad.

4.4.2 Infancia

Durante el trimestre, el seguimiento de infancia se orientó a la identificación de niños y niñas con necesidades de intervención, la concertación de planes de bienestar y la continuidad de

estrategias asociadas a primera infancia, recuperación nutricional, prevención de IRA/EDA, AIEPI, lactancia materna y alimentación complementaria.

Tabla 14 Estrategia de Infancia Más Bienestar en el periodo abril a junio 2026

Estrategias	CASOS ASIGNADOS	PDB CONCERTADOS EN EL PERIODO DE REPORTE	PDB CONCERTADOS EN LA VIGENCIA-ACUMULADO (Desde 01/10/2025 a la fecha de reporte)	PDB CONCIERRE EN EL MES DE REPORTE	PDB CONCIERRE EN LA VIGENCIA-ACUMULADO (Desde 01/10/2025 a la fecha de reporte)	% DE PDB CONCIERRE (Acumulado de PDB Concertado / Acumulado de PDB con cierre)	PDB ACTIVOS CON MÁS DE 6 SESIONES DE IMPLEMENTACIÓN	CASOS PENDIENTES
Estrategia Ángeles Kids	453	72	224	12	18	8.0%	546	546
Estrategia para la prevención, manejo y control de la Infección Respiratoria Aguda (IRA) y Enfermedad Diarreica Aguda EDA: Alto riesgo respiratorio y gastrointestinal	241	48	126	27	73	57.9%	101	101
Estrategia De Seguimiento a la Recuperación	158	15	34	11	0.0%	0	42	143

Comentado [35]: Validar los datos de cierre de planes de bienestar. Conforme al seguimiento distrital se cuenta con el 74% de cierres

Nutricional								
TOTAL	0	135	384	50	91	66.0%	689	0

Fuente: Aplicativo GTAPS .(Plano Preliminar acumulado Abril a Junio 2026)

En infancia se reportan 135 PDB concertados en el periodo y 384 acumulados, con 91 cierres acumulados. El volumen de planes activos con más de seis sesiones, especialmente en Ángeles Kids, indica necesidad de revisar continuidad, oportunidad del cierre y pertinencia de la permanencia en implementación. La estrategia IRA/EDA presenta mejor comportamiento de cierre, mientras que recuperación nutricional y AIEPI requieren seguimiento articulado con valoración nutricional, vacunación, signos de alarma y educación familiar. La acción de mejora debe orientarse a depurar planes prolongados y fortalecer adherencia a la Ruta Integral de Atención en menores de 5 años.

Como recomendación, se requiere fortalecer la lectura de indicadores trazadores en menores de 5 años, especialmente adherencia a la Ruta Integral de Atención, esquemas de vacunación, seguimiento nutricional y activación oportuna de rutas ante signos de alarma. La continuidad de los planes debe orientarse a cerrar brechas en cuidado familiar y acceso efectivo.

Comentado [36]: Es necesario ampliar el análisis, más allá de describir lo evidenciado en la tabla. Que ha pasado con los casos de recuperación nutricional teniendo en cuenta que responde a uno de los indicadores trazadores de infancia???

4.4.3 Condiciones crónicas

Comentado [37]: verificar valores

Tabla 14. Estrategia de crónicos Más Bienestar en el periodo abril a junio 2026

Estrategias	CASOS ASIGNADOS	PDB CONCERTADOS EN EL PERIODO DE REPORTE	PDB CONCERTADOS EN LA VIGENCIA ACUMULADO (Desde 01/10/2025 a la fecha de reporte)	PDB CONCIERRE EN EL MES DE REPORTE	PDB CONCIERRE EN LA VIGENCIA ACUMULADO (Desde 01/10/2025 a la fecha de reporte)	% DE PDB CONCIERRE (Acumulado de PDB Concertado / Acumulado de PDB con cierre)	PDB ACTIVOS CON MÁS DE 6 SESIONES DE IMPLEMENTACIÓN	CASOS PENDIENTES
Condiciones crónicas	6222	63	368	99	576	157%		1247

Fuente: Aplicativo GTAPS. (Plano Preliminar acumulado abril a junio 2026)

En condiciones crónicas se registran 257 planes de bienestar concertados en el periodo antes mencionado de los cuales se cuenta con 905 acumulados, de allí con 223 cierres realizados y 287 planes de bienestar activos con más de seis sesiones, esto corresponde a los planes que no se han podido dar continuidad con el proceso por población poco receptiva con el proceso instaurado y resistentes a la continuidad, generando así el aumento de las sesiones, sin embargo estas sesiones corresponden a fallidos por lo tanto se realizará seguimiento para gestionar los cierres oportunos.

El porcentaje acumulado de cierre es 24,6%, lo que señala una brecha entre concertación y cierre de dichos casos, es allí donde la Subred prioriza adherencia a controles, revisión de planes prolongados, educación para el automanejo y depuración de casos pendientes para mejorar la continuidad del cuidado. Encontrándose en una gestión continua con los colaboradores y sensibilización frente a la importancia de completar con los planes de bienestar instaurados y así evitar que dichos casos perduren sin ningún tipo de gestión, generando el cierre oportuno, generando la completitud de los compromisos al inicio del plan de cuidado, aumentando la confiabilidad en los usuarios.

Durante el trimestre, la gestión de condiciones crónicas se enfocó en personas con riesgo cardio-cerebrovascular y metabólico, especialmente aquellas con dificultades de adherencia o asistencia a controles. El análisis de los planes de bienestar permitió identificar la necesidad de reforzar seguimiento, educación para el automanejo y articulación con la ruta correspondiente. Entendiendo también así el bajo abordaje de dicho evento por ser priorizado como última instancia, según fichas técnicas.

4.4.4 Salud mental

Durante el periodo de abril a junio de 2026, las acciones de salud mental se orientaron a la gestión del riesgo psicosocial, el fortalecimiento de habilidades de afrontamiento, el acompañamiento psicosocial y la continuidad de procesos familiares. El análisis de los datos permite valorar el incremento de concertación, cierres y planes activos, así como la necesidad de mantener seguimiento a casos prolongados y situaciones de mayor vulnerabilidad.

Comentado [38]: Se agradece el reporte de la información remitida, se solicita los siguientes ajustes:

1. Se recomienda estructurar el reporte de acuerdo al formato establecido para tal fin, conservando la línea descriptiva del proceso y la presetrnacion de indicadores.
2. Frente a la información reportada, se solicita revisar y validar la consistencia de la data, toda vez que no coincide con la información previamente radicada ante la Secretaría Distrital de Salud.
3. Se solicita revisar el análisis de la tabla "Estrategias de Salud Mental Más Bienestar en el período abril a junio de 2026", precisando el período de evaluación, toda vez que la información presentada no guarda coherencia con el intervalo de análisis reportado.

Comentado [DP39R38]: Ajustado

Tabla 15 Estrategias de Salud Mental Más Bienestar en el periodo abril a junio 2026

Estrategias	CASOS ASIGNADOS	PDB CONCERTADOS EN EL PERIODO DE REPORTE	PDB CONCERTADOS EN LA VIGENCIA- ACUMULADO (Desde 01/10/2025 a la fecha de reporte)	PDB CON CIERRE EN EL MES DE REPORTE	PDB CON CIERRE EN LA VIGENCIA- ACUMULADO (Desde 01/10/2025 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
	todas las fuentes						
Estrategia Confróntate 7	1407	213	372	207	306	82%	0
Estrategia Fortalecimiento de las Pautas de Crianza	2163	162	256	154	214	24%	2
Estrategia Apoyo psicológico en casos de duelo	1397	57	215	0	230	107%	4
Estrategia acompañamiento integral en salud para las mujeres.	0	16	72	0	41	57%	0
Estrategia Adolescentes con MAS Bienestar.	2	22	35	28	28	80%	0
Estrategia de Acompañamiento psicosocial	22676	815	2138	478	1842	86%	54
Estrategia de Habilidades para la vida en adolescentes y jóvenes.	2	5	6	1	1	17%	0
TOTAL	27.647	1.290	3.094	868	2.662	86%	60

Fuente: Aplicativo GTAPS. (Plano Preliminar acumulado abril a junio 2026)

En cuanto a las acciones de salud mental para el periodo abril a junio del 2025 se presentó la implementación de 1.290 planes de Bienestar concertados en el periodo y 2.662 planes acumulados. La gestión de estos planes contribuye al abordaje integral del riesgo psicosocial mediante procesos orientados al reconocimiento de factores de riesgo y protectores, fortalecimiento de capacidades familiares, manejo emocional, mejoramiento de las relaciones interpersonales y promoción de estrategias de afrontamiento.

En este sentido, el cierre de los procesos constituye un momento fundamental para verificar los avances alcanzados por las familias y establecer si las capacidades desarrolladas permiten una mayor autonomía frente a las situaciones identificadas inicialmente.

Particularmente, el comportamiento favorable de estrategias como Confróntate 7, Fortalecimiento de Pautas de Crianza y Acompañamiento Psicosocial evidencia oportunidades para consolidar intervenciones dirigidas al fortalecimiento de capacidades familiares y sociales, mientras que los resultados inferiores observados en estrategias como Habilidades para la Vida requieren acciones específicas de seguimiento para evitar la interrupción de los procesos.

El comportamiento del indicador evidencia una capacidad importante de gestión y culminación de los Planes de Bienestar Emocional y Salud Mental, especialmente al observar el resultado acumulado del 86 % en el periodo acumulado de octubre 2025 a junio 2026, este resultado permite señalar que la mayoría de las familias que han ingresado a procesos de acompañamiento han avanzado hacia la culminación de las intervenciones, favoreciendo la continuidad de las acciones orientadas a la identificación, manejo y reducción de factores de riesgo psicosocial.

Sin embargo, el resultado correspondiente al periodo de reporte, 67,3 % del periodo abril a junio del 2026, muestra una diferencia frente al comportamiento acumulado. Esta situación puede estar relacionada con la existencia de procesos recientemente concertados que aún se encuentran en desarrollo y que, por la naturaleza de los Planes de Bienestar, requieren varias sesiones para alcanzar los objetivos definidos con las familias. Por tanto, el resultado del periodo debe interpretarse considerando el tiempo de maduración de los procesos y no exclusivamente como ausencia de gestión. Estableciendo que la existencia de 422 Planes de Bienestar Emocional y Salud Mental sin cierre dentro del periodo constituye una oportunidad para fortalecer el seguimiento nominal de las familias, particularmente en aquellos casos que presentan interrupciones, dificultades de contacto, inasistencia o barreras para la continuidad de las sesiones.

Es así como el cierre oportuno resulta relevante no solo para efectos de cumplimiento del indicador, sino porque permite verificar el logro de los objetivos concertados y determinar si

persisten riesgos que requieren continuidad de la gestión, derivación o articulación con otros actores del sistema de salud y la oferta social.

Las intervenciones desarrolladas por el perfil de Psicología han contribuido al fortalecimiento de recursos personales y familiares para el afrontamiento adaptativo de situaciones de dificultad, favoreciendo el bienestar emocional, el desarrollo de estrategias de manejo de situaciones adversas y la consolidación de entornos familiares protectores.

Entre los principales factores facilitadores se identifica la generación y fortalecimiento de espacios seguros, acogedores y de confianza durante las sesiones, lo cual favorece la adherencia, la participación activa y la disposición de las familias frente al proceso de acompañamiento. Asimismo, la construcción de un vínculo terapéutico basado en la escucha activa, el respeto por las dinámicas y particularidades familiares, la comunicación empática y el enfoque diferencial ha permitido fortalecer la participación y continuidad de los usuarios y sus familias.

De igual manera, la flexibilidad en la programación y desarrollo de las sesiones, de acuerdo con las condiciones y necesidades de las familias, constituye un elemento facilitador para disminuir barreras de acceso y favorecer la permanencia en los procesos. Finalmente, el acompañamiento continuo y seguimiento realizado por el profesional de Psicología ha permitido identificar avances, reforzar los logros alcanzados, orientar oportunamente las necesidades emergentes y favorecer la culminación adecuada de los Planes de Bienestar, contribuyendo al fortalecimiento de capacidades para la gestión emocional y la reducción del riesgo psicosocial.

4.4.5 Población con discapacidad y limitación funcional

Tabla 16 Estrategia de discapacidad Más Bienestar en el periodo abril a junio 2026

Comentado [40]: Por favor armonizar las tablas y verificar el contenido, que sea coherente con el reporte

Estrategias	CASOS ASIGNADOS	PDB CONCERTADOS EN EL PERIODO DE REPORTE	PDB CONCERTADOS EN LA VIGENCIA-ACUMULADO (Desde 01/10/2025 a la fecha de reporte)	PDB CONCIERRE EN EL MES DE REPORTE	PDB CONCERTADOS EN LA VIGENCIA-ACUMULADO (Desde 01/10/2025 a la fecha de reporte)	% DE PDB CONCIERRE (Acumulado de PDB Concertado / Acumulado de PDB con cierre)	PDB ACTIVOS CON MÁS DE 6 SESIONES DE IMPLEMENTACIÓN	CASOS PENDIENTES
DISCAPACIDAD	702	160	468	144	144	106.0%	84	381

Fuente: Aplicativo GTAPS. (Plano Preliminar acumulado abril a junio 2026)

La cohorte de discapacidad registra n:702 casos asignados, de los cuales n:160 cuentan con PDB concertado durante el periodo de abril a junio de 2026 de los cuales n:468 corresponden al acumulado. Asimismo, se reportan 144 cierres acumulados, 84 casos activos con más de seis sesiones y n:381 pendientes por cierre este comportamiento refleja un diferencial importante entre los casos asignados vs cierres, los procesos concertados y los cierres efectivos se asocia en gran parte a dificultades en la adherencia, motivación y compromiso de algunos usuarios y familias frente al desarrollo del proceso. Es importante recordar que a través de los años y el avance que se ha generado de las personas en condición de discapacidad persisten algunas barreras al acceso por diferentes entidades gubernamentales que hacen que esta población no tenga una continuidad en los procesos instaurados a pesar de contar con los perfiles profesionales en salud idóneos.

Ante esta situación, desde la coordinación se ha fortalecido la estrategia mediante herramientas orientadas a incentivar la participación de los usuarios, promover la permanencia en las sesiones y favorecer la corresponsabilidad familiar en el proceso de intervención. No obstante, persiste la necesidad de priorizar los casos pendientes, revisar la capacidad instalada y fortalecer la articulación con la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC), con el fin de garantizar continuidad en la atención, acompañamiento al cuidador, seguimiento oportuno y cierre efectivo de brechas funcionales y sociales identificadas en la población con discapacidad.

Tabla 17 Estrategia de limitación funcional Más Bienestar en el periodo abril a junio 2026

Estrategias	CASOS ASIGNADOS	PDB CONCERTADOS EN EL PERIODO DE REPORTE	PDB CONCERTADOS EN LA VIGENCIA-ACUMULADO (Desde 01/10/2025 a la fecha de reporte)	PDB CONCIERRE EN EL MES DE REPORTE	PDB CONCIERRE EN LA VIGENCIA-ACUMULADO (Desde 01/10/2025 a la fecha de reporte)	% DE PDB CONCIERRE (Acumulado de PDB Concertado / Acumulado de PDB con cierre)	PDB ACTIVOS CON MÁS DE 6 SESIONES DE IMPLEMENTACIÓN	CASOS PENDIENTES
LIMITACI	14359	252	238	75	85	29,76%	361	1224

ON FUNCION AL								
---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

Fuente: Aplicativo GTAPS .(Plano Preliminar acumulado Abril a Junio 2026)

Para la estrategia de Limitación funcional, se reportan n: 14.359 casos asignados; sin embargo, durante el periodo abril-junio de 2026 se registran n:324 PDB concertados, cifra que supera el número de casos asignados para el corte, lo cual indica que la gestión del periodo no solo responde a nuevos casos, sino también a procesos previamente identificados que avanzaron en la concertación del Plan de Bienestar. En el acumulado de la vigencia se registran 462 PDB concertados, evidenciando una continuidad importante en la implementación de la estrategia.

Frente al cierre de procesos, se reportan 195 PDB con cierre en el mes de reporte y 302 cierres acumulados, con un porcentaje de cierre del 60,2%. Este resultado muestra un avance relevante en la finalización de procesos, aunque todavía persiste una proporción significativa de casos que requieren seguimiento para lograr un cierre efectivo. La existencia de 310 PDB activos con más de seis sesiones de implementación evidencia que una parte importante de los usuarios se encuentra en procesos avanzados de acompañamiento, lo cual representa una oportunidad para fortalecer la gestión de cierre, siempre que se cuente con adherencia del usuario y condiciones familiares que favorezcan la continuidad.

Desde la ejecución territorial, el comportamiento de esta estrategia evidencia la necesidad de fortalecer la trazabilidad entre caso asignado, PDB concertado, sesiones implementadas y cierre efectivo, con el fin de evitar rezagos administrativos y garantizar que el cierre refleje el avance real del proceso familiar. Asimismo, se requiere mantener acciones de seguimiento, sensibilización y corresponsabilidad con usuarios y cuidadores, considerando que la

continuidad del proceso depende no solo de la capacidad instalada, sino también de la participación de la familia, la disponibilidad para recibir las sesiones y la articulación con las acciones de Rehabilitación Basada en Comunidad RBC cuando aplique.

Tabla 18 Estrategias de discapacidad y limitación funcional Más Bienestar sin sobre carga en el cuidador en el periodo abril a junio 2026

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
3 - SANTA FE	Discapacidad	126	112	1	0	0
	Limitación Funcional	102	77	7	0	0
4- SAN CRISTOBAL	Discapacidad	679	528	81	11	5
	Limitación Funcional	230	183	28	0	0
14- MARTIRES	Discapacidad	42	39	3	0	0
	Limitación Funcional	32	26	6	0	0
15- ANTONIO NARIÑO	Discapacidad	155	128	13	1	1
	Limitación Funcional	34	31	3	0	0
17- CANDELARIA	Discapacidad	22	18	1	0	0
	Limitación Funcional	23	15	3	0	0
18- RAFAEL URIBE	Discapacidad	338	262	44	1	0
	Limitación Funcional	174	150	18	0	0
Total		1957	1569	208	13	6

Fuente: Aplicativo GTAPS .(Plano Preliminar acumulado Abril a Junio 2026)

Para la condición del cuidador sin sobrecarga, se reportan 1.957 familias acompañadas en actividades de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC), correspondientes a población con discapacidad y limitación funcional. Estos casos corresponden a familias en las que, de acuerdo con la valoración realizada, no se identifica la necesidad de activar auxiliar de cuidado ni acompañamiento psicológico por sobrecarga del cuidador, por lo cual el abordaje se concentra principalmente en el acompañamiento del terapeuta y, cuando aplica, del agente de cambio.

En términos generales, la mayor proporción de la intervención se realizó mediante sesiones presenciales por terapeuta, con n:1.569 sesiones, lo que evidencia que la Subred Centro Oriente prioriza el contacto directo con las familias para orientar ejercicios, fortalecer capacidades en el hogar, brindar educación funcional y acompañar procesos de adaptación según las necesidades de cada usuario. Adicionalmente, se realizaron 208 seguimientos telefónicos, los cuales permitieron mantener contacto con las familias, verificar avances, reforzar recomendaciones y dar continuidad a los procesos sin requerir necesariamente una nueva visita presencial.

Por localidad, San Cristóbal concentra el mayor número de familias acompañadas, con n:909 familias, de las cuales n:679 corresponden a discapacidad y n:230 a limitación funcional. Este comportamiento muestra una carga operativa importante para el equipo territorial en esta localidad, especialmente por la alta demanda de sesiones presenciales y seguimientos. Le sigue Rafael Uribe Uribe, con 512 familias acompañadas, también con una participación relevante tanto en discapacidad como en limitación funcional. Estas dos localidades concentran la mayor parte de la intervención, lo cual exige mantener una planeación diferencial de cargas, rutas y tiempos de desplazamiento.

En localidades como Santa Fe, Antonio Nariño, Mártires y Candelaria, aunque el número de familias es menor, se observa continuidad en la intervención, principalmente desde el componente terapéutico. Esto es importante porque permite sostener presencia territorial en zonas con menor concentración de casos, evitando que la baja frecuencia se traduzca en pérdida de seguimiento o discontinuidad del proceso familiar.

La participación del agente de cambio en la tabla 18 es baja, con 13 sesiones presenciales y 6 seguimientos, lo cual puede explicarse porque se trata de familias sin sobrecarga del cuidador y con menor necesidad de activación de apoyos adicionales. Sin embargo, desde la mirada social, su intervención sigue siendo relevante cuando se requiere fortalecer redes, orientar rutas de inclusión, promover autonomía o apoyar el reconocimiento de capacidades familiares y comunitarias.

En conclusión, el análisis evidencia que la atención a las personas con discapacidad o limitación funcional pertenecientes a familias sin sobrecarga en la persona cuidadora se desarrolló principalmente mediante la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC), con predominio de las intervenciones presenciales realizadas por el perfil de terapias, estas acciones no se limitaron al acompañamiento funcional, sino que estuvieron orientadas a reconocer las capacidades, necesidades y barreras presentes en la persona, la familia y su entorno, así como a concertar acciones dirigidas al fortalecimiento de la autonomía, la funcionalidad, la participación social y la inclusión en los contextos cotidianos.

Cuando no se identifica sobrecarga en la persona cuidadora, la respuesta se mantiene en el marco de la RBC, mediante asesoría en el hogar, educación a la familia, promoción de factores

Comentado [41]: Revisar este apartado y ampliar el detalle en el marco de la Guía operativa

Comentado [42]: ajustado

protectores, fortalecimiento de capacidades para el cuidado y seguimiento a los compromisos concertados en el Plan de Bienestar (guía operativa); En el caso de las personas con limitación funcional, las intervenciones deben contribuir adicionalmente a prevenir el incremento de la dependencia y favorecer el mantenimiento de las actividades de la vida diaria.

La ejecución territorial observada, especialmente en las localidades de San Cristóbal y Rafael Uribe Uribe, evidencia el avance en la implementación de acciones centradas en la persona y su entorno familiar. No obstante, se requiere mantener el seguimiento periódico a la evolución de la funcionalidad, al cumplimiento de los compromisos familiares y a las condiciones de la persona cuidadora, teniendo en cuenta que la ausencia inicial de sobrecarga no excluye la posibilidad de que esta se presente posteriormente, en caso de identificarse sobrecarga física, emocional o social mediante los tamizajes y la valoración familiar, deberá orientarse la respuesta hacia las acciones de Más Bienestar para la Persona Cuidadora, conforme a lo establecido en la guía operativa.

Tabla 19 Estrategias de discapacidad y limitación funcional Más Bienestar con sobre carga en el cuidador en el periodo abril a junio 2026

CONDICIÓN DEL CUIDADOR: CON SOBRECARGA		Familias Total, de familias acompañadas en la actividad de la RBC	Terapeuta		Agente de cambio		Auxiliar de Cuidado	Psicólogo	
Localidad	Población		Sesiones Presenciales	Seguimiento (Telefónico)	Sesión Presencial	Seguimiento	Sesión Presencial	Sesión Presencial	Seguimiento

Comentado [43]: Revisar los datos en cero, sugiero quitar las localidades con esta situación y explicar las razones por la cuales en estas zonas no se reportan casos

Comentado [44]: ajustado

3 - SANTA FE	Discapacidad	13	9	3	0	0	12	9	3
4- SAN CRISTOBAL	Discapacidad	120	75	24	1	1	101	75	25
	Limitación Funcional	30	20	0	0	0	0	0	0
15- ANTONIO NARIÑO	Discapacidad	29	17	5	2	2	26	19	7
18- RAFAEL URIBE	Discapacidad	61	47	13	0	0	60	39	12
	Limitación Funcional	23	15	0	1	1	0	0	0
Total		276	183	45	4	4	199	142	47

Fuente: Aplicativo GTAPS .(Plano Preliminar acumulado Abril a Junio 2026)

Durante el periodo comprendido entre abril y junio de 2026, se reportaron n:276 familias acompañadas en el marco de la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) con identificación de sobrecarga en la persona cuidadora. La mayor concentración se presentó en la localidad de San Cristóbal, con n:150 casos, seguida de Rafael Uribe Uribe, con n:84 casos; Antonio Nariño, con n:29 casos; y Santa Fe, con n:13 casos. Estos resultados evidencian que la intervención se concentró principalmente en San Cristóbal y Rafael Uribe Uribe, localidades que agrupan la mayor proporción de familias acompañadas bajo esta condición.

En las localidades de Los Mártires y La Candelaria no se consolidaron casos registrados en GTAPS bajo la condición específica de RBC con sobrecarga de la persona cuidadora durante el periodo reportado. Esta situación no indica ausencia de población con discapacidad o limitación funcional en estos territorios, sino que, al cierre del trimestre, no se habían completado los procesos de identificación, contacto, valoración, clasificación de la condición de la persona cuidadora, derivación e inicio del acompañamiento requeridos para su inclusión en la tabla.

LIMITACION FUNCIONAL	14359	252	238	75	85	29,76 %	361	1224
-------------------------	-------	-----	-----	----	----	------------	-----	------

Fuente: Aplicativo GTAPS (Plano Preliminar acumulado Abril a Junio 2026)

. Durante el periodo comprendido entre abril y junio de 2026, la estrategia Más Compañía, Más Bienestar registró n:1.902 casos asignados, de los cuales n:65 Planes de Bienestar fueron concertados en el periodo, alcanzando un acumulado de n:349 PDB concertados desde el inicio de la vigencia. Asimismo, se reportaron n:155 cierres durante el trimestre y n:259 cierres acumulados, correspondientes a un porcentaje de cierre del 74,21 %.

Comentado [45]: Qué tiene que ver la limitación funcional con soledad? revisar la coherencia en ocasión de la línea técnica brindada

De acuerdo con la línea técnica, esta estrategia está dirigida principalmente a personas mayores de 70 años que presentan riesgo de soledad social, especialmente aquellas que viven solas, permanecen solas durante periodos prolongados, presentan aislamiento social, han experimentado pérdida o debilitamiento de sus redes de apoyo o atraviesan cambios vitales significativos. La identificación inicial corresponde al perfil de Trabajo Social, mediante la aplicación de la Escala de Soledad Social (ESS), complementada con entrevista social y valoración integral.

Los resultados de cierre evidencian avance en la terminación de los procesos concertados. El hecho de que durante el trimestre se hayan registrado n:155 cierres, cifra superior a los n:65 planes concertados en el mismo periodo, puede explicarse por la culminación de Planes de

Bienestar iniciados en periodos anteriores. Por tanto, estos datos deben analizarse desde la continuidad acumulada de la estrategia y no exclusivamente como una relación entre ingresos y cierres del trimestre.

El abordaje de la soledad social no se orienta al tratamiento de una condición funcional ni corresponde a la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad —RBC—. Su finalidad es fortalecer los vínculos significativos, las capacidades personales, la participación social, las redes familiares y comunitarias y el acceso a recursos institucionales. Para ello se desarrollan acciones de escucha y acompañamiento social, orientación, actividades significativas, fortalecimiento de redes de apoyo y articulación con asociaciones comunitarias, centros de atención, programas de voluntariado, redes intergeneracionales y demás servicios territoriales.

La ausencia de PDB activos con más de seis sesiones debe interpretarse en concordancia con la ruta específica de Más Compañía, Más Bienestar y no con la duración de los procesos terapéuticos de limitación funcional. Los soportes operativos revisados señalan que la intervención contempla el abordaje de Trabajo Social y las acciones de relevo o acompañamiento previstas para la estrategia. En consecuencia, el seguimiento debe centrarse en el cumplimiento de los compromisos concertados, la realización de las acciones previstas, la modificación de las condiciones de aislamiento y el cierre oportuno de los planes.

Finalmente, se reportan n:1.643 casos pendientes, cifra que requiere validación y seguimiento nominal para diferenciar los casos pendientes de contacto, valoración o concertación de aquellos que se encuentran en proceso de intervención. Esta depuración permitirá priorizar a las personas con mayor riesgo de aislamiento, fortalecer la oportunidad del abordaje por Trabajo Social y garantizar que los registros correspondan efectivamente a la estrategia Más Compañía, Más Bienestar.

4.4.7 Cáncer

En relación con la condición trazadora de cáncer, durante el periodo evaluado se registra un (1) caso con Plan de Bienestar concertado, el cual corresponde igualmente al acumulado del periodo. Este caso culminó satisfactoriamente con el cierre del plan, evidenciando el cumplimiento de los compromisos establecidos desde la apertura del Plan de Cuidado y el logro de los objetivos concertados entre el equipo de salud y la familia. Asimismo, se identifica que actualmente no existen casos activos con más de seis sesiones de seguimiento, lo que refleja una adecuada oportunidad en la gestión, el acompañamiento y el cierre de los procesos de intervención.

Tabla 21 Estrategia de cáncer abordada en el periodo de abril a junio 2026.

Estrategias	CASOS ASIGNADOS	PDB CONCERTADOS EN EL PERIODO DE REPORTE	PDB CONCERTADOS EN LA VIGENCIA-ACUMULADO (Desde 01/1/0/)	PDB CONCIERRE EN EL MES DE REPORTE	PDB CONCIERRE EN LA VIGENCIA-ACUMULADO (Desde 01/0/0/)	% DE PDB CONCIERRE (Acumulado de PDB Concertado / Acumulado)	PDB ACTIVOS CON MÁS DE 6 SESIONES DE IMPLE	CASOS PENDIENTES
-------------	-----------------	--	--	------------------------------------	--	--	--	------------------

			2025 a la fecha de reporte)		2025 a la fecha de reporte)	lado de PDB con cierre)	MENTACIÓN	
Cáncer	0	1	2	2	4	100%	0	21

Fuente: Aplicativo GTAPS .(Plano Preliminar acumulado Abril a Junio 2026)

La estrategia de Cáncer, durante el periodo abril-junio de 2026 no se reportan casos nuevos asignados en la base consolidada; sin embargo, se registra n: 1 PDB concertado en el periodo y n:2 PDB concertados acumulados en la vigencia, lo cual evidencia que la Subred Centro Oriente dio continuidad a procesos previamente identificados o gestionados desde periodos anteriores. Frente al cierre de procesos, se reportan:2 PDB con cierre en el mes de reporte y 4 cierres acumulados en la vigencia, con un porcentaje de cierre del 50% según la relación presentada en la tabla.

Si bien el número de casos abordados mediante esta estrategia es bajo, los cierres reportados evidencian una gestión orientada a la continuidad del cuidado y a la finalización de los procesos que ya contaban con intervención previa. Este comportamiento muestra que, aun cuando no se generaron nuevas asignaciones durante el periodo, el equipo mantuvo acciones de seguimiento, acompañamiento y cierre técnico o administrativo de los casos que se encontraban en gestión, procurando responder a las necesidades identificadas en el usuario y su núcleo familiar.

Es importante resaltar el papel desempeñado por el profesional responsable de la intervención, quien implementa estrategias de educación, acompañamiento y orientación dirigidas no solo a la persona con diagnóstico de cáncer, sino también a su red de apoyo familiar. Este enfoque integral

contribuye al fortalecimiento del Plan de Bienestar mediante acciones encaminadas a promover el autocuidado, la adherencia al tratamiento, la identificación temprana de signos de alarma, el manejo emocional y la movilización de recursos familiares, sociales y comunitarios.

De igual manera, las intervenciones permiten identificar factores de riesgo, necesidades específicas y oportunidades de mejora presentes en el entorno familiar, facilitando la formulación de acciones educativas y de fortalecimiento de capacidades que impactan positivamente la dinámica familiar. En este sentido, el abordaje trasciende la atención individual y consolida una estrategia centrada en la familia, orientada a mejorar la calidad de vida, favorecer la corresponsabilidad en el cuidado y fortalecer los factores protectores que contribuyen al bienestar físico, emocional y social de sus integrantes.

No obstante, la diferencia entre los PDB concertados acumulados y los cierres acumulados requiere revisión de la base, dado que los cierres acumulados superan los PDB concertados registrados en la vigencia. Esta situación puede estar asociada a cierres de casos concertados en periodos previos, ajustes administrativos en GTAPS o registros provenientes de diferentes fuentes consolidadas. Por lo anterior, se recomienda fortalecer la trazabilidad nominal de los casos, diferenciando los procesos nuevos del periodo, los casos heredados de cortes anteriores y los cierres realizados durante el trimestre, con el fin de presentar una lectura más precisa de la gestión de la estrategia.

La Subred Centro Oriente no tiene abordajes a estrategias relacionadas a enfermedades huérfanas ya que no han llegado dentro de los casos asignados desde nivel distrital.

4.4.8 Salud oral

Durante el periodo evaluado se identifican dificultades para garantizar la continuidad y el cierre oportuno de los Planes de Bienestar dirigidos a familias con enfoque en salud bucal. Esta situación se encuentra asociada principalmente a la capacidad operativa del convenio, dado que se dispone de una única profesional responsable de desarrollar las intervenciones, el seguimiento y el acompañamiento de los casos asignados, lo que limita la oportunidad en la ejecución de todas las actividades programadas.

No obstante, es importante destacar el compromiso y esfuerzo realizado por la profesional para dar continuidad a los procesos iniciados, priorizando la gestión, articulación y seguimiento de los casos con Plan de Bienestar activo. A través de esta labor se busca garantizar que las familias reciban el acompañamiento requerido hasta el cumplimiento de los objetivos propuestos, evaluando de manera permanente la evolución de cada caso y definiendo, con criterio técnico, la necesidad de mantener el seguimiento o realizar el cierre del proceso cuando se evidencia el cumplimiento de los compromisos establecidos y la disminución de los factores de riesgo identificados.

Las intervenciones desarrolladas han permitido fortalecer las capacidades de las familias para la adopción de prácticas de autocuidado y promoción de la salud bucal, contribuyendo a la reducción de barreras relacionadas con el acceso, el conocimiento y la adherencia a las recomendaciones brindadas. De igual manera, el acompañamiento continuo favorece la identificación oportuna de necesidades específicas y la implementación de acciones educativas

Comentado [46]: Se agradece el reporte de la información remitida, se solicita los siguientes ajustes;

1. Se solicita revisar la introducción del reporte incorporando los resultados y acciones positivas de las actividades implementadas, de manera que el análisis no se enfoque únicamente en las dificultades.
2. Se recomienda estructurar el reporte de acuerdo al formato establecido para tal fin, conservando la línea descriptiva del proceso y la presentación de indicadores.
3. Frente a la información reportada, se solicita revisar y validar la consistencia de la data, toda vez que no coincide con la información previamente radicada ante la Secretaría Distrital de Salud.
4. No se evidencia el reporte del indicador asociado a esta Acción de Bienestar, por lo que se solicita verificar y completar la información correspondiente.

Comentado [47]: AJUSTADO

orientadas a prevenir complicaciones, promover hábitos saludables y fortalecer el entorno familiar como actor fundamental en el mantenimiento de la salud bucal.

Si bien persisten retos relacionados con la capacidad instalada del talento humano para responder al total de la demanda, la gestión realizada evidencia un uso eficiente de los recursos disponibles y un compromiso permanente con la continuidad de la atención, priorizando aquellos casos que requieren mayor seguimiento y procurando el cierre efectivo de los procesos una vez alcanzados los resultados esperados. A pesar de los retos operativos derivados de la capacidad instalada del convenio, la gestión desarrollada en el componente de salud bucal evidencia un alto nivel de compromiso, responsabilidad y eficiencia en el uso de los recursos disponibles. El acompañamiento continuo ha permitido priorizar oportunamente los casos que requieren mayor seguimiento, garantizando la continuidad de los Planes de Bienestar y promoviendo el cumplimiento de los objetivos establecidos. Asimismo, las intervenciones realizadas han fortalecido las capacidades de las familias para la adopción de prácticas de autocuidado, la promoción de hábitos saludables y la adherencia a las recomendaciones brindadas, favoreciendo la disminución de factores de riesgo y la identificación temprana de necesidades específicas. De igual manera, la articulación permanente con las familias y el seguimiento técnico de cada caso han contribuido a optimizar la oportunidad de las acciones, consolidando un proceso de atención centrado en la calidad, la prevención y el fortalecimiento del entorno familiar como eje fundamental para el mantenimiento de la salud bucal.

Tabla 22 Estrategia de Salud Bucal en periodos de abril a junio 2026.

Estrategias	CASOS ASIGNADOS	PDB CONCERTADOS EN EL PERIODO DE REPORTE	PDB CONCERTADOS EN LA VIGENCIA-ACUMULADO (Desde 01/10/2025 a la fecha de reporte)	PDB CONCIERRE EN EL MES DE REPORTE	PDB CONCIERRE EN LA VIGENCIA-ACUMULADO (Desde 01/10/2025 a la fecha de reporte)	% DE PDB CONCIERRE (Acumulado de PDB Concertado / Acumulado de PDB con cierre)	PDB ACTIVOS CON MÁS DE 6 SESIONES DE IMPLEMENTACIÓN	CASOS PENDIENTES
Salud bucal	312	67	224	48	69	31%	13	27
TOTAL	312	67	224	48	69	31%	13	27

Fuente: Aplicativo GTAPS .(Plano Preliminar acumulado Abril a Junio 2026)

Durante el periodo comprendido entre abril y junio de 2026, la estrategia de Salud Bucal evidencia una gestión activa en la concertación de Planes de Bienestar, registrando 67 planes concertados durante el periodo, para un acumulado de 224 PDB concertados desde el inicio de la vigencia (01 de octubre de 2025). Este comportamiento refleja el fortalecimiento de las acciones de captación e intervención con las familias priorizadas, permitiendo ampliar la cobertura de la estrategia y garantizar el ingreso oportuno de nuevos casos, donde se cuenta con un único perfil ejecutando las acciones.

Respecto al cierre de los procesos, el acumulado registra 69 Planes de Bienestar cerrados, equivalente a un 31 % de efectividad de cierre sobre el total de planes concertados. Aunque este resultado demuestra avances en la culminación de los procesos de intervención, también

evidencia una oportunidad de fortalecimiento en la capacidad de respuesta de la estrategia, considerando que aún existe un número importante de planes que continúan en ejecución.

En términos generales, la estrategia presenta un desempeño favorable en la concertación de nuevos Planes de Bienestar y en la continuidad de las intervenciones con las familias priorizadas. No obstante, los resultados ponen en contexto frente a la necesidad de fortalecer las acciones orientadas al cierre efectivo de los procesos y a la disminución de los casos pendientes, especialmente considerando que la implementación de la estrategia depende de un recurso humano limitado. En este contexto, resulta fundamental mantener la articulación territorial, optimizar la programación de visitas, priorizar los casos de mayor riesgo y fortalecer las acciones educativas dirigidas a las familias, con el fin de mejorar los indicadores de oportunidad, continuidad y resolución de la estrategia de Salud Bucal.

4.4.9 Salud ambiental

Tabla 23 Estrategia de Salud Ambiental en periodos de abril a junio 2026

Estrategias	CASOS ASIGNADOS	PDB CONCERTADOS EN EL PERIODO DE REPORTE	PDB CONCERTADOS EN LA VIGENCIA-ACUMULADO (Desde 01/10/2025 a la fecha de report	CON HUERTA	PDB CONCIERRE EN EL MES DE REPORTE	PDB CONCIERRE EN LA VIGENCIA-ACUMULADO (Desde 01/10/2025 a la fecha de reporte)	% DE PDB CONCIERRE (Acumulado de PDB Concertado / Acumulado de PDB con cierre)	PDB ACTIVOS CON MÁS DE 6 SESIONES DE IMPLEMENTACIÓN	CASOS PENDIENTES
	todas las fuentes								todas las fuentes

Comentado [48]: Se agradece el reporte de la información remitida, se solicita los siguientes ajustes;

1. Se solicita estructurar el reporte de acuerdo al formato establecido para tal fin, conservando la línea descriptiva del proceso y la presentación de indicadores.
2. Frente a la información reportada, se solicita revisar y validar la consistencia de la data, toda vez que no coincide con la información previamente radicada ante la Secretaría Distrital de Salud.
3. No se evidencia el reporte del indicador asociado a esta Acción de Bienestar, por lo que se solicita verificar y completar la información correspondiente.

			e)						
Salud Ambiental	725	52	110	0	193	384	29%	101	51
TOTAL	725	52	110	0	193	384	29%	101	51

Fuente: Aplicativo GTAPS .(Plano Preliminar acumulado Abril a Junio 2026)

En la estrategia de Salud ambiental registra n:1.131 casos asignados, n:66 PDB concertados en el periodo de abril a junio de 2026 y n:672 casos acumulados. Se reportan 326 cierres acumulados y n:1.029 casos pendientes, cifras que sugieren necesidad de depuración por duplicidades o diferencias de fuente. Aun así, el número evidencia alta carga territorial y que requiere priorización de viviendas con mayor riesgo identificado, es importante enfatizar en el seguimiento a huertas y fortalecimiento de acciones educativas lo que significaba mejora en los hábitos saludables del individuo y su familia.

Desde análisis cualitativo, la estrategia orientó sus acciones hacia la identificación de los factores ambientales presentes en la vivienda y su entorno inmediato que pueden afectar la salud de las familias, promoviendo intervenciones dirigidas al mejoramiento de las condiciones sanitarias, la prevención de enfermedades y el fortalecimiento de prácticas de autocuidado. Este abordaje permite reconocer riesgos asociados a la calidad del agua, manejo inadecuado de residuos sólidos, presencia de vectores, contaminación del aire intradomiciliario, condiciones estructurales

de la vivienda y otros determinantes ambientales que inciden directamente en la salud de la población.

Los resultados evidencian la necesidad de **priorizar las viviendas con mayor riesgo ambiental**, enfocando las intervenciones en aquellos hogares donde se identifiquen factores físicos, químicos, biológicos o sociales que incrementen la probabilidad de eventos adversos en salud. Una adecuada priorización favorece el uso eficiente de los recursos disponibles y permite orientar las acciones hacia la población con mayor vulnerabilidad como se evidencia en las localidades que conforman la Subred Centro Oriente.

De igual manera, se hace indispensable **fortalecer el componente de educación para la salud**, promoviendo cambios sostenibles en los hábitos y comportamientos de las familias relacionados con la higiene del hogar, el manejo seguro del agua y los alimentos, medicamentos, el control de vectores, la disposición adecuada de residuos y la conservación de entornos saludables. Estas acciones contribuyen significativamente a disminuir la incidencia de enfermedades transmisibles y otras afecciones asociadas a factores ambientales.

Un aspecto prioritario es el fortalecimiento de las **huertas familiares y comunitarias** como estrategia de promoción de la salud y seguridad alimentaria. Las huertas no solo favorecen el acceso permanente a alimentos frescos, variados y nutritivos, sino que también promueven hábitos alimentarios saludables, fortalecen la autonomía alimentaria de las familias, contribuyen al aprovechamiento responsable de los recursos naturales y generan espacios de participación comunitaria, educación ambiental y bienestar psicosocial. Además, constituyen una

herramienta para fomentar la sostenibilidad, el cuidado del entorno y la prevención de la inseguridad alimentaria en los hogares más vulnerables.

En conclusión, la estrategia de **Salud Ambiental** desempeña un papel fundamental en la gestión integral del riesgo, al intervenir sobre los determinantes ambientales que afectan la salud de la población. Para mejorar su impacto, es necesario fortalecer la concertación y seguimiento de los Planes de Bienestar, optimizar la depuración de la información, priorizar las viviendas con mayor riesgo ambiental y ampliar las acciones de educación y acompañamiento en torno a las **viviendas saludables y las huertas familiares**, como elementos esenciales para prevenir enfermedades, promover estilos de vida saludables y mejorar la calidad de vida de las familias del territorio.

4.4. SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Durante el periodo comprendido entre abril y junio de 2026, en el marco del Convenio EMBH y de las acciones desarrolladas desde APS – Servicios Complementarios, las intervenciones de toma de laboratorios, entrega de medicamentos y vacunación estuvieron dirigidas a población priorizada que, por sus condiciones de vulnerabilidad social, estado de salud, condiciones de dependencia o barreras de acceso a los servicios, requerían abordaje por los EMBH y que garantizaran la continuidad de la atención integral y el ejercicio efectivo de atención en salud.

En este contexto, las acciones de entrega de medicamentos y toma de laboratorios tuvieron como propósito garantizar el acceso oportuno a servicios complementarios esenciales para el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de las diferentes condiciones de salud, favoreciendo la

Comentado [49]: Justificar los textos

Comentado [50]: AJUSTADO

adherencia terapéutica, la detección temprana de alteraciones clínicas y la continuidad de los procesos asistenciales.

La población beneficiaria de estas intervenciones estuvo conformada por:

- Personas mayores de 60 años que no contaban con redes familiares o sociales de apoyo.
- Personas habitantes de calle mayores de 29 años que reciben atención integral en procesos orientados a la recuperación de condiciones de vida digna.
- Personas habitantes de calle que adelantan procesos de recuperación
- Personas atendidas en escenarios donde se articulan los componentes: social y sanitario.
- Población privada de la libertad - PPL en estaciones de policía y CTI Paloquemao.

De manera complementaria, las acciones de Vacunación con MÁS Bienestar en tu Hogar, fueron orientadas a garantizar el acceso oportuno, seguro y con enfoque territorial a los servicios de inmunización, buscando incrementar las coberturas de vacunación, identificar población susceptible, captar usuarios con esquemas incompletos y garantizar el inicio, continuación o culminación de los esquemas establecidos en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), contribuyendo a la prevención de enfermedades inmunoprevenibles y al fortalecimiento de la salud pública.

La población objeto de las acciones de vacunación estuvo conformada por:

- Niños y niñas menores de seis (6) años.
- Niños, niñas y adolescentes entre los 9 y 17 años.
- Mujeres en edad fértil.

- Mujeres Gestantes.
- Personas con enfermedades crónicas que requerían biológicos.
- Personas mayores de 60 años.
- Los usuarios de las comunidades de Cuidado, comunidades de Vida, de los servicios sociosanitarios.
- Población privada de la libertad en las estaciones de policía.

En términos generales, el perfil de la población atendida durante el periodo corresponde a personas con alta vulnerabilidad social y sanitaria, caracterizadas por presentar múltiples factores de riesgo asociados a condiciones de envejecimiento, institucionalización, habitabilidad en calle, privación de la libertad, enfermedades crónicas y limitaciones para el acceso oportuno a los servicios de salud.

En este sentido, las acciones de entrega de medicamentos, toma de laboratorios y aplicación de biológicos constituyeron estrategias fundamentales para fortalecer la continuidad de la atención, promover la prevención de enfermedades, favorecer la adherencia a los tratamientos y contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud y bienestar de la población priorizada, bajo un enfoque de atención integral, diferencial, territorial y centrado en las necesidades de cada grupo poblacional.

4.5.1 Servicios Complementarios Vacunación

Durante el período comprendido entre abril y junio de 2026, en el marco de las acciones desarrolladas por los EMBH; en las acciones de APS – Servicios Complementarios, se implementaron diferentes estrategias orientadas a la identificación, búsqueda activa, seguimiento

e intervención de la población susceptible de vacunación, con el propósito de contribuir al fortalecimiento de las coberturas de inmunización y disminuir el riesgo de ocurrencia y transmisión de enfermedades inmunoprevenibles.

No obstante, el desarrollo de estas acciones se vio afectado por limitaciones operativas derivadas de la contratación parcial del talento humano requerido para la ejecución del componente de vacunación. Durante el mes de abril se contó únicamente con seis (6) gestores técnicos y seis (6) gestores bachilleres; posteriormente, durante los meses de mayo y junio, la operación continuó con cuatro (4) binas PAI conformadas por gestores técnicos y gestores bachilleres. Lo anterior representó una capacidad operativa inferior a la proyectada, teniendo en cuenta que para el desarrollo integral de las actividades se requería la conformación de siete (7) binas asignadas a los Equipos Más Bienestar en Tu Hogar.

Adicionalmente, se presentaron dificultades relacionadas con la disponibilidad de vehículos para el desplazamiento de los equipos a los diferentes puntos de la población objeto, situación asociada tanto a la contratación parcial del talento humano como a limitaciones logísticas para garantizar la salida diaria a terreno. Estas condiciones impactan la capacidad instalada para la captación oportuna de usuarios, la realización de búsquedas activas, el seguimiento efectivo de casos identificados y la ejecución de intervenciones extramurales programadas, representando un reto para el cumplimiento de las metas establecidas en el componente de vacunación.

Frente a estas situaciones, se implementaron medidas de fortalecimiento y articulación institucional con los equipos de PAI Extramural de la Subred Centro Oriente, con quienes se desarrollaron estrategias de coordinación, empalme operativo y apoyo en la aplicación de

biológicos. Esta articulación permitió optimizar los recursos disponibles, facilitar el acceso de la población priorizada a los servicios de vacunación y garantizar la continuidad de las acciones de inmunización en los territorios intervenidos.

De manera complementaria, y con base en la información suministrada por la Secretaría Distrital de Salud, se realizó la revisión, depuración, análisis y seguimiento de las bases de datos de contingencia para sarampión y rubéola. Estas actividades incluyeron tanto la base correspondiente al talento humano de los Equipos Más Bienestar en Tu Hogar con esquema pendiente de vacunación contra estas enfermedades, como las bases de usuarios afiliados a Capital Salud remitidas por la Secretaría Distrital de Salud, conformadas por personas con esquemas de vacunación incompletos o pendientes de actualización.

Una vez analizada la información, se efectuó la socialización de los listados con los equipos operativos para priorizar la búsqueda activa de los usuarios identificados. Como parte de la estrategia implementada, se realizaron llamadas telefónicas para la localización, verificación y actualización de datos de contacto, así como para la identificación del estado actual de salud y la revisión de los antecedentes de vacunación de cada usuario. Este proceso permitió establecer si los esquemas se encontraban completos o si existían dosis pendientes, orientando las acciones de seguimiento y canalización hacia los servicios de vacunación.

Asimismo, se efectuó seguimiento permanente a la base de usuarios gestionada internamente por los Equipos Más Bienestar en Tu Hogar, conformada por personas identificadas durante los abordajes territoriales por parte de los diferentes profesionales de salud. Gracias a esta estrategia, se logró realizar seguimiento al 100 % de los usuarios remitidos con esquemas de

vacunación incompletos o con necesidad de verificación de antecedentes vacunales, fortaleciendo la oportunidad de las intervenciones y favoreciendo la actualización de los esquemas correspondientes.

Como resultado de estas acciones, se fortalecieron los procesos de identificación y priorización de la población objeto de vacunación, se consolidó el seguimiento a usuarios susceptibles, se optimizó la articulación interinstitucional y se avanzó en la gestión de las coberturas de inmunización, pese a las limitaciones operativas identificadas. Las estrategias implementadas permitieron mantener la continuidad de las acciones de búsqueda, educación, canalización y aplicación de biológicos, contribuyendo al control del riesgo epidemiológico y al cumplimiento de los objetivos establecidos en el marco del convenio.

Si bien la contratación incompleta del talento humano y las dificultades logísticas representaron retos importantes para el desarrollo de las actividades, la implementación de mecanismos de articulación con los equipos PAI extramurales, la priorización de las bases de riesgo y el seguimiento sistemático a los usuarios identificados permitieron mitigar parcialmente estas afectaciones, garantizando la continuidad de las acciones de vacunación y el avance en la protección de la población susceptible frente a enfermedades inmunoprevenibles.

Tabla 24 Intervenciones desarrolladas de vacunación: Población vacunada de abril a junio 2026

MES	POBLACIÓN VACUNADA
ABRIL 2026	185
MAYO 2026	17
JUNIO 2026	65
Total	267

Fuente: Matriz PAI Centro Oriente

Con base a la población vacunada en el periodo de abril a junio 2026 en las acciones de APS de EMBH, se logró la aplicación de biológicos a un total de 267 personas, como parte de las acciones desarrolladas en el marco del convenio.

El comportamiento mensual muestra que abril concentró el mayor número de personas vacunadas, con 185 aplicaciones, lo que representa aproximadamente el 69,3 % del total del trimestre. Este resultado obedece al inicio de las jornadas de vacunación (Jornada de las américas), la identificación activa de población susceptible y la articulación con los diferentes escenarios de intervención; permitiendo captar oportunamente usuarios que requerían el inicio o actualización de sus esquemas de inmunización.

Para el mes de mayo se registró una disminución importante, alcanzando 17 personas vacunadas (6,4 %). Este comportamiento puede asociarse a la reducción de población susceptible identificada durante las jornadas, la alta cobertura alcanzada en el mes anterior, las dificultades para localizar nuevamente a la población priorizada y la variabilidad en la asistencia de usuarios durante las intervenciones comunitarias, especialmente en poblaciones con alta movilidad.

En junio se evidenció un incremento frente al mes anterior, con 65 personas vacunadas (24,3 %), resultado de la intensificación de las acciones de búsqueda activa, el seguimiento a usuarios pendientes por iniciar o completar esquemas de vacunación y el fortalecimiento de las jornadas extramurales realizadas en los diferentes territorios priorizados.

Las acciones implementadas durante el periodo incluyeron la identificación de población susceptible mediante procesos de caracterización, revisión de antecedentes vacunales,

educación individual y colectiva sobre la importancia de la inmunización, demanda inducida, seguimiento telefónico y articulación con los equipos territoriales para facilitar el acceso a los servicios de vacunación. Asimismo, se realizaron jornadas extramurales en diferentes escenarios (Estaciones de policía, comunidades de vida y de cuidado y jornadas de pagadarios), acercando la oferta institucional a poblaciones con barreras de acceso y favoreciendo la captación oportuna de usuarios.

En términos generales, las variaciones observadas en el número de personas vacunadas durante los meses evaluados estuvieron influenciadas por factores operativos relacionados con la contratación pendiente del talento humano requerido para la ejecución de las acciones de vacunación, así como por los tiempos necesarios para la contratación de los vehículos destinados al desplazamiento de los equipos hacia los diferentes territorios priorizados. Estas situaciones generan limitaciones en la oportunidad y cobertura de las jornadas programadas. No obstante, se implementaron estrategias para garantizar la continuidad de la atención, fortaleciendo la búsqueda activa de población susceptible, la demanda inducida, la articulación interinstitucional y el desarrollo de jornadas extramurales con los recursos disponibles, promoviendo el acceso oportuno a los biológicos y aportando al mantenimiento de las coberturas de vacunación y, a la protección de la población frente a enfermedades inmunoprevenibles.

Tabla 25 Intervenciones desarrolladas de vacunación: Biológicos aplicados de abril a junio 2026.

BIOLÓGICO	ABRIL 2026	MAYO 2026	JUNIO 2026	TOTAL
-----------	------------	-----------	------------	-------

DPT 1 REFUERZO	1			1
FIEBRE AMARILLA	32			32
INFLUENZA	164	10	51	225
NEUMOCOCO 23	14	3	7	24
SARAMPIÓN	1			1
TOXOIDE TETÁNICO	11	4		15
TRIPLE VIRAL AÑO	3	1	1	5
VPH	6		12	18
ANTIPOLIO 1 REFUERZO	2			2
TRIPLE VIRAL REFUERZO	1		1	2
PENTAVALENTE 1 REFUERZO	1			1
HEPATITIS A		1		1
HEPATITIS B		6		6
NEUMOCOCO CONJUGADO REFUERZO		1		1
VARICELA		1		1
FIEBRE AMARILLA			3	3
TOTAL	236	27	75	338

Fuente: Base matriz PAI EMBH CO

Durante el periodo comprendido entre abril y junio de 2026 se aplicaron un total de 338 biológicos, en el marco de las acciones de vacunación desarrolladas por la Subred Centro Oriente. Estas intervenciones estuvieron orientadas a garantizar el acceso oportuno a los esquemas de inmunización de la población priorizada, mediante jornadas programadas, búsqueda activa de susceptibles y articulación con las diferentes acciones de APS.

El comportamiento mensual evidencia que abril concentró el mayor número de aplicaciones, con 236 biológicos (69,8 %) del total del trimestre, seguido por junio, con 75 aplicaciones (22,2 %), y mayo, con 27 aplicaciones (8,0 %).

La disminución observada durante mayo y la recuperación parcial en junio se relacionan con las dificultades operativas presentadas durante la ejecución de las actividades, especialmente las asociadas a la contratación pendiente del talento humano requerido para el componente de vacunación y a los retrasos en la contratación de los vehículos destinados al desplazamiento de los equipos extramurales hacia los territorios priorizados.

En cuanto al tipo de biológicos administrados, se evidencia un predominio de la vacuna contra Influenza, con 225 dosis aplicadas, equivalente al 66,6 % del total de biológicos administrados durante el periodo, reflejando la priorización de la protección de la población frente a las infecciones respiratorias y el cumplimiento de los lineamientos del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). En segundo lugar, se encuentra la vacuna contra Fiebre Amarilla, con 35 dosis aplicadas (32 en abril y 3 en junio), seguida de Neumococo 23, con 24 aplicaciones, Virus del Papiloma Humano (VPH), con 18 dosis, y Toxoide Tetánico, con 15 aplicaciones.

Asimismo, se realizaron aplicaciones de otros biológicos de acuerdo con la necesidad identificada en la población intervenida, entre ellos Triple Viral, Hepatitis B, Antipolio, DPT, Pentavalente, Varicela, Hepatitis A y Neumococo Conjugado, contribuyendo al inicio, continuidad o refuerzo de los esquemas de vacunación según la edad, el riesgo y los antecedentes vacunales de cada usuario.

Tabla 26 Usuarios vacunados de casos remitidos por los EMBH de abril a junio 2026.

BIOLOGICO	CANTIDAD BIOLOGICO
FIEBRE AMARILLA	1
INFLUENZA	18

NEUMO 23	3
NEUMOCOCO 23	2
TRIPLE VIRAL	1
VPH	1
Total	26

Fuente: Base matriz PAI EMBH CO

De los Usuarios vacunados de casos remitidos por los Equipos Más Bienestar en Tu Hogar, durante el periodo de abril a junio de 2026, se evidencia la aplicación de un total de 26 biológicos a usuarios identificados y remitidos por los diferentes profesionales de EMBH, como resultado de las acciones de detección de necesidades en salud y articulación con la estrategia de vacunación desarrollada en el marco de las acciones de APS.

La distribución de los biológicos aplicados muestra un predominio de la vacuna contra Influenza, con 18 dosis administradas, equivalente al 69,2 % del total de biológicos aplicados a los casos remitidos. Este comportamiento refleja la priorización de la protección de la población frente a enfermedades respiratorias, especialmente en personas con factores de riesgo, condiciones de vulnerabilidad o mayor exposición epidemiológica. En segundo lugar, se registró la aplicación de Neumo 23, con 3 dosis (11,5 %), seguida de Neumococo 23, con 2 dosis (7,7 %). Adicionalmente, se administró una dosis de Fiebre Amarilla, una de Triple Viral y una de Virus del Papiloma Humano (VPH), de acuerdo con la valoración individual, los antecedentes vacunales y los lineamientos establecidos por el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

Estos resultados evidencian la importancia del proceso de remisión realizado por los EMBH, el cual permitió identificar oportunamente usuarios con esquemas de vacunación incompletos,

pendientes de refuerzo o con indicación para la aplicación de biológicos específicos. La articulación entre los equipos de las áreas de gestión y procesos transversales- APS - PAI, favoreció el acceso oportuno a los servicios de inmunización, disminuyendo barreras de acceso y facilitando la continuidad de la atención en salud.

Durante el periodo abril a junio, las acciones desarrolladas comprendieron la identificación de necesidades de inmunización durante las intervenciones realizadas por los EMBH, la revisión de antecedentes y carnés de vacunación, la orientación individual sobre la importancia de completar los esquemas de inmunización, la remisión efectiva de los usuarios al componente de vacunación y el seguimiento a la aplicación de los biológicos indicados.

Asimismo, el proceso de remisión fortaleció la coordinación entre los diferentes componentes del convenio, promoviendo una atención integral centrada en las necesidades de los usuarios y favoreciendo la implementación de intervenciones preventivas orientadas a reducir el riesgo de enfermedades inmunoprevenibles. La identificación temprana de personas susceptibles permitió priorizar la aplicación de los biológicos requeridos y mejorar la oportunidad en la prestación del servicio.

4.5.2 Servicios Complementarios - Laboratorios

Tabla 27 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
Comunidad Nuevo	Antonio Nariño	5	0	0	0

Comentado [51]: No concuerda con lo descrito en la narrativa ya que manifiesta que los usuarios se dirigieron a las Unidades a la toma de laboratorios.

Comentado [52]: Ajustado.
El dato registrado en la tabla corresponde al requerimiento; es decir a las ordenes generadas en cada jornada; NO a la toma de laboratorios, este dato se encuentra en 0.

Comentado [53]: Si los laboratorios fueron tomados en las unidades cuantos datos críticos se reportaron y cual fue la gestión realizada

Comentado [54]: Ajustado

Porvenir					
Comunidad Bello Horizonte	San Cristóbal	6	0	0	0
Comunidad Balcanes	San Cristóbal	8	0	0	0
Hogar de Paso los Mártires	Los Mártires	4	0	0	0
E18 Estación de Policía Rafael Uribe	Rafael Uribe	4	0	0	0
E17 Estación de Policía Candelaria	Candelaria	2	0	0	0
E14 Estación de Policía Lo Martires	Los Mártires	7	0	0	0
E4 Estación de Policía San Cristóbal	San Cristóbal	3	0	0	0
E3 Estación de Policía Santa fe	Santa fe	4	0	0	0
Total	N/A	43	0	0	0

Fuente: Plano de gestión GTAPS Subred Centro Oriente

Durante el periodo comprendido entre abril y junio de 2026 no fue posible desarrollar acciones operativas propias para la toma de laboratorios en el marco de los Servicios Complementarios del convenio Equipos Más Bienestar En Tu Hogar, debido a situaciones relacionadas con la disponibilidad del talento humano y las condiciones requeridas para la implementación del proceso.

Comentado [55]: que es

Comentado [56]: Ajustado

Teniendo en cuenta que durante el periodo evaluado no se contó con el perfil de talento humano para la toma de laboratorios desde las acciones de APS, los usuarios fueron direccionados a las diferentes Unidades de Servicios de Salud para la realización de los exámenes de laboratorio correspondientes.

Una vez efectuadas las tomas y tiempos de reporte, se realizó la descarga, revisión y verificación de los resultados emitidos por el laboratorio clínico. Posteriormente, se desarrollaron las jornadas de programación y agendamiento con el profesional de medicina, garantizando que los usuarios recibieron la lectura e interpretación de los resultados, así como la valoración clínica correspondiente.

Como resultado de este proceso, se evidenció que no se presentaron datos críticos en los exámenes de laboratorio revisados. En cada caso, el profesional de medicina realizó la interpretación de los resultados, brindó la orientación clínica pertinente y emitió las órdenes de tratamiento, seguimiento y las recomendaciones correspondientes, de acuerdo con la condición de salud identificada en cada usuario.

Este procedimiento se implementó de manera uniforme para los usuarios atendidos en las diferentes Unidades donde se desarrollaron las jornadas de APS, garantizando la continuidad de la atención, el seguimiento oportuno y el manejo integral de los resultados de laboratorio.

En primer lugar, es importante señalar que el perfil de Gestor Técnico de Servicios Complementarios, responsable de realizar las acciones de toma de laboratorios, fue contratado únicamente a partir del 10 de abril de 2026. Posterior a su vinculación, durante aproximadamente

dos semanas la profesional adelantó el proceso de inducción, apropiación de los lineamientos operativos del convenio, capacitaciones, orientaciones técnicas relacionadas con el proceso, participación de comités, reunión de equipo y fortalecimientos técnicos, solicitud y habilitación de usuario del aplicativo GTAPS, así como el proceso de entrenamiento y acompañamiento con los líderes y profesionales del Laboratorio Clínico de la Subred Centro Oriente, con el propósito de conocer los procedimientos, rutas operativas y aspectos técnicos necesarios para el desarrollo de las actividades. De igual manera, durante este periodo se encontraba pendiente la contratación del vehículo requerido para el desplazamiento del talento humano y el transporte de los insumos necesarios para la ejecución de dichas acciones.

No obstante, una vez culminada esta etapa preparatoria, no fue posible dar inicio a las actividades operativas de toma de laboratorios, debido a que la profesional manifestó su decisión de no continuar vinculada al convenio para el mes de mayo. En consecuencia, durante los meses de mayo y junio no se contó con la contratación de un nuevo Gestor Técnico que asumiera la gestión de estas actividades y ejecución de este proceso transversal, situación que limitó el desarrollo de las acciones programadas y el cumplimiento de las metas establecidas para este producto.

A pesar de esta situación, y con el propósito de garantizar la continuidad de la atención integral a la población intervenida durante las jornadas de APS, se implementaron estrategias de articulación interinstitucional que permitieran gestionar la atención de las personas a quienes, durante las jornadas y valoraciones médicas, les fueron generadas órdenes para la toma de exámenes de laboratorio.

En este sentido, la líder operativa de APS realizó una articulación permanente con la líder del Laboratorio Clínico de la Subred Centro Oriente, estableciendo acuerdos para priorizar la atención de la población captada en las diferentes jornadas desarrolladas en el marco del convenio. Como resultado de esta coordinación, se gestionó con los responsables de las instituciones intervenidas la programación de fechas específicas para facilitar el desplazamiento de los usuarios hacia los Servicios Especializados Resolutivos y demás puntos de atención cercanos a cada institución, buscando disminuir las barreras de acceso y favorecer la realización de los exámenes requeridos, especialmente en población habitante de calle, considerando las particularidades de permanencia, movilidad y adherencia que caracterizan este grupo poblacional.

De igual forma, para las jornadas desarrolladas con la población privada de la libertad (PPL), se fortaleció la articulación con las profesionales del convenio de atención en establecimientos carcelarios de la Subred Centro Oriente, quienes cuentan con talento humano capacitado para el desarrollo de estas actividades. Gracias a este trabajo conjunto fue posible gestionar la toma de muestras de laboratorio para esta población, optimizando los recursos disponibles y garantizando la continuidad de la ruta de atención.

Como parte de las acciones posteriores, se estableció que, una vez obtenidos los resultados de laboratorio, estos serían revisados en jornadas programadas con el equipo, profesional médico del convenio EMBH, permitiendo la lectura clínica de los resultados, la formulación de tratamientos cuando fueran requeridos, la realización de remisiones según criterio médico y el seguimiento correspondiente, garantizando así la continuidad de la atención y el abordaje integral de las condiciones de salud identificadas.

En conclusión, aunque durante el periodo evaluado no fue posible ejecutar directamente las acciones de toma de laboratorios debido a las limitaciones presentadas en la contratación y permanencia del talento humano responsable del componente, se implementaron mecanismos de coordinación y articulación con las diferentes dependencias de la Subred Centro Oriente y con las instituciones intervenidas, orientados a garantizar el acceso de la población a este servicio diagnóstico, minimizar el impacto de las dificultades operativas y asegurar la continuidad de la atención dentro de la ruta integral de las acciones de Atención Primaria en Social.

Tabla 28 Intervenciones desarrolladas en toma de pruebas POCT.

Localidad	No Usuarios con toma de pruebas POCT	HIV	Prueba Treponémica	HbsAg	Prueba de embarazo	Otras
San Cristóbal	20	6	7	7	0	0
Los Mártires	14	4	4	4	0	0
Candelaria	9	1	1	1	0	0
Total	43	11	12	12	0	0

Fuente: Plano de gestión GTAPS Subred Centro Oriente

Durante el periodo comprendido entre abril y junio, se desarrollaron jornadas de tamizaje mediante Pruebas de Diagnóstico POCT, orientadas a la identificación temprana de infecciones de transmisión sexual y otras condiciones de interés en salud pública, dirigidas a población priorizada de las localidades de San Cristóbal, Los Mártires y La Candelaria.

En total se realizaron 43 pruebas POCT, distribuidas de la siguiente manera: 20 usuarios (46,5%) en la localidad de San Cristóbal, 14 usuarios (32,6%) en Los Mártires y 9 usuarios (20,9%) en La Candelaria. Esta distribución evidencia que la mayor cobertura de la estrategia se concentró en

San Cristóbal, territorio donde se desarrolló el mayor número de intervenciones y actividades de captación de población.

El análisis de los resultados evidencia que ninguna de las pruebas realizadas presentó resultados reactivos o positivos, por lo cual no fue necesario activar la ruta de atención clínica ni realizar intervenciones terapéuticas específicas derivadas de un diagnóstico positivo. Este resultado refleja que, para la población intervenida durante el periodo, no se identificaron casos que requirieron manejo inmediato; sin embargo, las acciones desarrolladas permitieron fortalecer la búsqueda activa, el tamizaje oportuno y la identificación temprana de posibles riesgos, garantizando el acceso a servicios de prevención y promoción de la salud en poblaciones de difícil acceso.

Al analizar los resultados por localidad, San Cristóbal presentó el mayor número con 5 pruebas para VIH, 6 pruebas treponémicas y 6 pruebas para Hepatitis B, comportamiento que guarda relación con el mayor número de usuarios tamizados en esta localidad.

Los hallazgos obtenidos evidencian la importancia de mantener las estrategias de búsqueda activa y tamizaje en escenarios comunitarios y extramurales, especialmente en territorios donde convergen poblaciones con mayor vulnerabilidad social y epidemiológica. La aplicación de pruebas POCT permitió ofrecer resultados inmediatos, brindar consejería antes y después de la prueba y activar oportunamente las rutas de atención para la confirmación diagnóstica, el tratamiento y el seguimiento clínico de las personas con resultados reactivos.

Asimismo, estas acciones contribuyen al fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y al cumplimiento de los objetivos de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, favoreciendo el diagnóstico temprano y disminuyendo el riesgo de transmisión en la comunidad.

Desde el punto de vista operativo, el desarrollo de las jornadas durante los meses de abril, mayo y junio refleja una adecuada articulación entre los gestores comunitarios y el equipo de profesionales de salud, quienes coordinaron la captación de usuarios, la realización de las pruebas, la entrega de resultados y la orientación correspondiente. Esto permitió optimizar el acceso a los servicios de salud para poblaciones con dificultades de acceso a la oferta institucional.

Durante el periodo comprendido entre abril y junio de 2026, en el marco de las jornadas nocturnas programadas y lideradas de manera articulada entre la Secretaría Distrital de Salud (SDS) y la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS), se desarrollaron recorridos nocturnos dirigidos a población en condición de habitabilidad en calle, con el propósito de fortalecer las acciones de detección temprana de infecciones de transmisión sexual y otras condiciones de interés en salud pública mediante la implementación de pruebas rápidas POCT.

No obstante, el proceso cuenta con una ruta de atención claramente establecida para responder de manera inmediata ante la eventual identificación de resultados reactivos. Durante cada jornada participa un profesional de enfermería capacitado y certificado en la toma, procesamiento e interpretación de pruebas rápidas POCT, quien es responsable de la ejecución de las pruebas,

la entrega del asesoramiento pre y posprueba, el diligenciamiento de los registros establecidos y la activación de la ruta integral de atención cuando sea necesario.

En caso de presentarse resultados reactivos para sífilis, el equipo dispone del medicamento Penicilina Benzatínica, permitiendo el inicio oportuno del tratamiento, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y la Secretaría Distrital de Salud, disminuyendo el riesgo de complicaciones y la transmisión de la infección. De manera complementaria, se realiza la articulación inmediata con la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS) para gestionar el ingreso de los ciudadanos a los hogares de paso u otros servicios sociales cuando las condiciones de habitabilidad lo requieren, favoreciendo la adherencia al tratamiento, el seguimiento clínico y la continuidad de la atención integral.

Avances en personal capacitado y certificado en pruebas POCT

Durante el periodo evaluado, las jornadas fueron desarrolladas por un profesional de enfermería debidamente capacitado y certificado para la toma, procesamiento e interpretación de pruebas rápidas POCT, garantizando el cumplimiento de los protocolos de bioseguridad, los estándares técnicos para la realización de las pruebas y la adecuada orientación a los usuarios antes y después del procedimiento. Lo anterior asegura la calidad de los resultados obtenidos y la capacidad de respuesta inmediata frente a la identificación de casos reactivos, mediante la activación de las rutas de atención definidas por la Secretaría Distrital de Salud.

4.5.3 Servicios Complementarios- Medicamentos

Durante el periodo comprendido entre abril y junio de 2026, el desarrollo de las acciones correspondientes a las acciones de Servicios Complementarios – Entrega de Medicamentos

presentó una implementación gradual, condicionada por situaciones relacionadas con la disponibilidad del talento humano requerido y las condiciones logísticas necesarias para la puesta en marcha del proceso, aspectos que incidieron en el inicio de la operación durante el mes de abril.

En primera instancia, es importante señalar que el perfil de Gestor Técnico de Servicios Complementarios, responsable de ejecutar las acciones de dispensación y entrega de medicamentos en el marco del convenio, fue contratado a partir del 10 de abril de 2026. Posteriormente a su vinculación, se desarrolló una fase de preparación y fortalecimiento técnico orientada a garantizar el adecuado cumplimiento de los lineamientos establecidos por la Secretaría Distrital de Salud y la Subred Centro Oriente.

Durante aproximadamente dos semanas, la profesional participó en un proceso integral de inducción institucional, apropiación de los lineamientos operativos del convenio, capacitaciones técnicas, fortalecimientos relacionados con el componente de servicios complementarios, reuniones de equipo, participación en comités técnicos y socialización de los procedimientos administrativos y asistenciales. De igual manera, se gestionó la creación y habilitación de los usuarios requeridos para el acceso a los aplicativos GTAPS y Dinámica, herramientas indispensables para consulta, registro, seguimiento y reporte de las intervenciones realizadas.

Como parte del proceso de alistamiento, se desarrolló además un acompañamiento técnico liderado por la referente de Capital Salud, mediante el cual se socializaron los procedimientos relacionados con la dispensación y entrega de medicamentos, criterios para la validación de órdenes médicas, identificación de los puntos de dispensación habilitados, rutas de atención y procedimientos para garantizar la entrega oportuna de los tratamientos farmacológicos a la

población abordada en las acciones de APS. Paralelamente, durante este periodo se encontraba pendiente la contratación del vehículo requerido para el desplazamiento del talento humano.

No obstante, una vez culminada esta etapa preparatoria y cuando se proyectaba el inicio de las acciones en territorio, la profesional manifestó su decisión de no continuar vinculada al convenio para el mes de mayo, situación que obligó a realizar un nuevo proceso de selección y contratación del perfil, generando un retraso adicional en la implementación de las actividades programadas. En consecuencia, durante el mes de abril no fue posible realizar acciones de entrega de medicamentos, debido a que el periodo estuvo destinado al alistamiento técnico y posteriormente se presentó la desvinculación del talento humano responsable del proceso.

Posteriormente, durante la tercera semana del mes de mayo, se logró la contratación de un nuevo perfil para asumir la gestión de entrega de medicamentos. Con este nuevo talento humano fue necesario desarrollar nuevamente el proceso de inducción, capacitación, apropiación de lineamientos técnicos, entrenamiento en el manejo de los aplicativos institucionales y acompañamiento operativo con Capital Salud, garantizando que las actividades se ejecutarán bajo los estándares de calidad y seguridad definidos para el convenio.

Una vez finalizada esta etapa de fortalecimiento, se dio inicio a la operación del componente, desarrollando procesos de planeación de las jornadas, revisión de los listados de usuarios priorizados, articulación permanente con las diferentes dependencias de la Subred Centro Oriente, coordinación con los equipos en las acciones de APS, validación de órdenes médicas pendientes y vigentes, disponibilidad de medicamentos y programación de entregas, así como la coordinación con las instituciones y actores para facilitar el acceso a la entrega de medicamentos a la población beneficiaria y abordada en nuestras acciones.

Durante el resto del periodo correspondiente a mayo y junio, las actividades se desarrollaron conforme a los lineamientos establecidos por la Secretaría Distrital de Salud, fortaleciendo el acceso oportuno a los tratamientos farmacológicos, realizando seguimiento a las órdenes pendientes, promoviendo la adherencia terapéutica y garantizando la articulación entre los diferentes actores involucrados en la prestación del servicio.

Los resultados alcanzados durante el periodo deben analizarse considerando las condiciones de implementación previamente descritas. Si bien durante el mes de abril no fue posible efectuar entregas de medicamentos debido a las situaciones administrativas, logísticas y de talento humano, a partir de la segunda quincena de mayo y durante junio se logró estabilizar el proceso, permitiendo el desarrollo progresivo de las actividades contempladas en el convenio.

En relación con la completitud en la entrega de medicamentos, las gestiones adelantadas permitieron garantizar la entrega de los medicamentos disponibles de acuerdo con las órdenes médicas vigentes y la disponibilidad informada por la EPS, realizando seguimiento permanente a los casos que requerían una nueva programación por novedades relacionadas con disponibilidad, localización del usuario o actualización de la fórmula médica.

Respecto a la oportunidad en la entrega, el equipo implementó mecanismos de coordinación y seguimiento que favorecieron la gestión de las solicitudes desde el momento del ordenamiento médico hasta la entrega efectiva al usuario entre 2 a 6 días, priorizando especialmente aquellos casos correspondientes a población con mayores condiciones de vulnerabilidad y barreras de acceso a los servicios de salud.

De igual manera, se efectuó seguimiento a las primeras, segundas y terceras entregas de medicamentos, promoviendo la continuidad de los tratamientos mediante diferentes estrategias

de contacto, articulación con los equipos de APS y coordinación permanente con la líder de Capital Salud para la programación de las dispensaciones sucesivas, contribuyendo a disminuir el riesgo de interrupción de los tratamientos y fortaleciendo la adherencia terapéutica.

En términos generales, aunque el inicio del componente presentó retrasos derivados de factores administrativos y operativos propios de la fase de implementación, durante los meses de mayo y junio se logró consolidar la operación, fortalecer la articulación interinstitucional y establecer un proceso que actualmente responde a los lineamientos técnicos definidos por la Secretaría Distrital de Salud, generando las condiciones necesarias para mejorar progresivamente los indicadores de oportunidad, continuidad y cobertura en la entrega de medicamentos a la población beneficiaria del convenio.

Tabla 30 Intervenciones desarrolladas entrega de medicamentos

Institución	Localidad	No usuarios con orden de medicamentos	No usuarios con medicamentos entregados	% Efectividad
ESTACIÓN DE POLICÍA E17 CANDELARIA	CANDELARIA	6	6	100%
ESTACIÓN DE POLICÍA LOS MÁRTIRES	MÁRTIRES	13	4	100%
HOGAR DE PASO LOS MÁRTIRES	MÁRTIRES	13	4	100%
CUIDADO TRANSITORIO LOS CAMINANTES	RAFAEL URIBE	10	7	100%
ESTACIÓN DE POLICÍA E18 RAFAEL URIBE	RAFAEL URIBE	10	7	100%
ESTACIÓN DE POLICÍA E4 SAN CRISTÓBAL	SAN CRISTÓBAL	12	6	100%
JORNADA CCC BALCANES	SAN CRISTÓBAL	12	6	100%

JORNADA CCC BELLO HORIZONTE	SAN CRISTÓBAL	12	6	100%
ESTACIÓN DE POLICÍA E3 SANTA FE	SANTA FE	14	4	100%
PARQUE TERCER MILENIO	SANTA FE	14	4	100%
ESTACIÓN DE POLICÍA E15 ANTONIO NARIÑO	ANTONIO NARIÑO	10	6	100%
Total		62	62	100%

Fuente: Plano de gestión GTAPS Subred Centro Oriente

Comentado [57]: No coincide con registros de GTAPS

Comentado [58]: Ajustado.

Durante el periodo comprendido entre abril y junio de 2026, una vez superadas las situaciones administrativas y operativas relacionadas con la contratación del talento humano y el alistamiento del proceso, se dio inicio a las acciones de entrega de medicamentos en el marco del convenio - APS, desarrollando una estrategia orientada a garantizar la continuidad de los tratamientos farmacológicos de la población priorizada, especialmente aquella con mayores barreras de acceso a los servicios de salud.

Para el desarrollo de estas acciones se realizó una planeación conjunta con los equipos territoriales de la Subred Centro Oriente, identificando previamente a los usuarios con órdenes médicas vigentes y priorizando las instituciones y escenarios donde se concentra población en condición de vulnerabilidad.

De manera paralela, se mantuvo articulación permanente con la líder encargada del proceso de Capital Salud, permitiendo validar las órdenes médicas, verificar la disponibilidad de medicamentos, coordinar la dispensación y organizar las rutas para la entrega oportuna de los tratamientos. Asimismo, se estableció coordinación con los responsables de las instituciones intervenidas, entre ellas estaciones de policía, hogares de paso, centros transitorios y jornadas

comunitarias, con el fin de garantizar la ubicación de los usuarios y facilitar el desarrollo de la entrega de estos medicamentos.

La información presentada evidencia la ejecución de estrategias de entrega de medicamentos dirigidas a población privada de la libertad, habitantes de calle y personas en condición de vulnerabilidad ubicadas en diferentes instituciones de las localidades de Candelaria, Mártires, Rafael Uribe, San Cristóbal, Santa Fe y Antonio Nariño. En total se registraron 62 usuarios con orden de medicamentos, alcanzando la entrega a la totalidad de ellos, lo que representa una efectividad global del 100%.

Este resultado refleja una adecuada capacidad operativa y de coordinación entre los equipos de salud y las instituciones beneficiarias, garantizando la continuidad de los tratamientos farmacológicos y disminuyendo el riesgo de interrupciones terapéuticas que puedan afectar la evolución clínica de los usuarios.

Desde la distribución territorial se observa que:

- Santa Fe concentró el mayor número de intervenciones, con 14 usuarios atendidos tanto en la Estación de Policía E3 Santa Fe como en el Parque Tercer Milenio, lo que representa aproximadamente el 22,6% del total de beneficiarios. Esto puede asociarse a una mayor concentración de población vulnerable en esta localidad.
- Mártires registró 13 usuarios en la Estación de Policía Los Mártires y el Hogar de Paso Los Mártires, equivalente al 21% del total.

- San Cristóbal presentó 12 usuarios distribuidos entre la Estación de Policía, San Cristóbal y las jornadas realizadas en los CCC Balcanes y Bello Horizonte, representando cerca del 19,4%.
- Rafael Uribe atendió 10 usuarios en el Cuidado Transitorio Los Caminantes y la Estación de Policía E18 Rafael Uribe, correspondiente al 16,1%.
- Antonio Nariño registró 10 usuarios (16,1%) en la Estación de Policía E15.
- La Candelaria presentó el menor número de usuarios con 6 personas (9,7%), atendidas en la Estación de Policía E17.

La participación de diferentes escenarios institucionales demuestra que la estrategia no se limita únicamente a establecimientos policiales, sino que también incorpora hogares de paso, centros comunitarios y espacios de atención a población habitante de calle, ampliando la cobertura y favoreciendo el acceso a medicamentos de grupos tradicionalmente expuestos a barreras en los servicios de salud.

El indicador de 100% de efectividad en todas las instituciones indica que cada usuario con orden médica recibió oportunamente los medicamentos formulados. Este desempeño sugiere una adecuada planeación logística, disponibilidad de medicamentos, articulación interinstitucional y seguimiento por parte de los equipos responsables del programa.

Asimismo, los resultados evidencian el cumplimiento de los principios de accesibilidad, continuidad y oportunidad establecidos para la prestación de los servicios farmacéuticos. La entrega efectiva de medicamentos contribuye a mejorar la adherencia terapéutica, prevenir

complicaciones derivadas de enfermedades crónicas o agudas y reducir la demanda de servicios de urgencias u hospitalización por falta de tratamiento.

No obstante, aunque el indicador de efectividad alcanzó el máximo valor posible, es recomendable complementar el seguimiento mediante indicadores de calidad que permitan evaluar aspectos como:

- La oportunidad en la entrega de los medicamentos respecto a la fecha de formulación.
- La adherencia al tratamiento posterior a la entrega.
- La satisfacción de los usuarios con el servicio recibido.
- La disponibilidad permanente del inventario farmacéutico.
- El seguimiento clínico a pacientes con enfermedades crónicas o de alto riesgo.

Los resultados evidencian un desempeño altamente satisfactorio en la estrategia de entrega de medicamentos desarrollada por la Subred Centro Oriente, logrando una cobertura completa de los usuarios identificados y una efectividad del 100%. Este comportamiento demuestra una gestión eficiente de los recursos, una adecuada articulación entre las instituciones participantes y un compromiso con la garantía del derecho a la salud de poblaciones en condición de vulnerabilidad. Para fortalecer la evaluación del programa, resulta conveniente incorporar indicadores complementarios de calidad, oportunidad y adherencia terapéutica, que permitan medir no solo la cobertura de las entregas, sino también su impacto sobre los resultados en salud de la población atendida.

Como resultado de esta gestión se realizaron intervenciones en 11 escenarios ubicados en seis localidades de la Subred Centro Oriente (Candelaria, Los Mártires, Rafael Uribe Uribe, San

Cristóbal, Santa Fe y Antonio Nariño), logrando gestionar la entrega a 62 usuarios con orden médica, quienes recibieron la totalidad de los medicamentos formulados durante el periodo evaluado.

Como impacto del proceso se evidencio que el desarrollo de estas acciones generó un impacto positivo tanto en el acceso a los servicios como en la continuidad de la atención integral de la población priorizada. La entrega oportuna de los medicamentos contribuyó a fortalecer la adherencia terapéutica, disminuir el riesgo de descompensaciones de salud asociadas a la suspensión de tratamientos y reducir las barreras administrativas y de traslado que habitualmente enfrenta la población en condición de vulnerabilidad.

De igual manera, la implementación de jornadas permitió acercar los servicios farmacéuticos a los ciudadanos, garantizando una atención más resolutive, humanizada y centrada en las necesidades de la población.

Como principal logro del periodo, se destaca que, pese al inicio tardío del componente debido a las dificultades administrativas presentadas durante abril, la gestión desarrollada durante mayo y junio permitió alcanzar una efectividad del 100 % en la entrega de medicamentos, asegurando que la totalidad de los usuarios identificados con orden médica vigente recibieron su tratamiento, consolidando un proceso organizado, articulado y alineado con los diferentes líderes, referentes y responsables de acciones relacionadas con la entrega de medicamentos como farmacia de la subred centro oriente y dando respuesta a las acciones de los lineamientos establecidos por la Secretaría Distrital de Salud para la ejecución de las acciones de Servicios Complementarios en el marco del convenio EMBH.

4.6. ABORDAJE EN EL MARCO DE LA APS SOCIAL

4.6.1 Paga diarios con MÁS Bienestar

Perfil de morbilidad en las acciones de APS Social - Pagadarios: Teniendo en cuenta que la estrategia de intervención en pagadarios se orienta principalmente a la identificación temprana de riesgos individuales, familiares y sociales, en este contexto, el hallazgo más importante corresponde a la identificación de familias con necesidades de atención y su vinculación a los servicios mediante la concertación de planes de bienestar y las derivaciones correspondientes; la alta proporción de familias derivadas en relación con el proceso de caracterización, evidencia una importante carga de necesidades sociales y sanitarias que han requerido intervención intersectorial, la experiencia operativa de la estrategia permite identificar que las principales condiciones encontradas corresponden a:

Enfermedades crónicas no transmisibles, principalmente hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares.

Riesgo cardiovascular y metabólico asociado a estilos de vida poco saludables y dificultades en el acceso a servicios de promoción y mantenimiento de la salud.

Alteraciones relacionadas con salud mental, consumo de sustancias psicoactivas, ansiedad, depresión y afectaciones psicosociales derivadas de condiciones de vulnerabilidad.

Necesidades en salud sexual y reproductiva, planificación familiar y acceso a controles preventivos.

Baja adherencia a tratamientos médicos y dificultades para la continuidad de la atención.

Barreras de acceso relacionadas con aseguramiento, movilidad de la población, condiciones económicas y desconocimiento de las rutas institucionales.

Comentado [59]: por favor describir el perfil de morbilidad encontrado en estas acciones no se observa desde lo clínico el hallazgo y la importancia de las acciones en este tipo de estrategia lo que serviría de insumo para la toma de decisiones desde la política pública

Comentado [60]: Ajustado

Comentado [61]: Por favor describir cuales son los hallazgos demográficos de estos abordajes cuales son los cursos de vida que se encontraron como se hacen esos abordajes y demas

Comentado [62]: Ajustado

Desde el enfoque de APS Social, estos hallazgos permiten comprender que la carga de enfermedad no puede analizarse únicamente desde el componente biomédico, sino que está estrechamente relacionada con los determinantes sociales de la salud, como la inestabilidad habitacional, el empleo informal, la inseguridad alimentaria, las redes de apoyo limitadas y el acceso desigual a los servicios de salud.

En este sentido, la estrategia de pagadarios constituye un escenario privilegiado para la detección temprana de riesgos, permitiendo intervenir antes de que las condiciones de salud evolucionen hacia eventos de mayor complejidad, disminuyendo la demanda de servicios de urgencias y hospitalización y favoreciendo la gestión integral del riesgo en salud.

Cómo importancia para la formulación de política pública los resultados obtenidos representan un insumo estratégico para la toma de decisiones debido a que permiten:

Identificar territorios con mayor concentración de población vulnerable.

Fortalecer las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Orientar la articulación entre el sector salud y otros sectores como integración social.

Fortalecer las rutas de atención para enfermedades crónicas, salud mental y acceso efectivo a servicios de salud.

La información generada mediante estas caracterizaciones permite construir evidencia sobre los determinantes sociales que afectan a esta población, favoreciendo la formulación de intervenciones territoriales basadas en necesidades reales.

Hallazgos demográficos: Las acciones muestran una importante concentración de familias intervenidas en las localidades de Santa Fe y Los Mártires, territorios caracterizados por presentar alta movilidad poblacional, mayor número de pagadarios y concentración de población en condición de vulnerabilidad social, en estas localidades se observa: observa:

Mayor número de pagadarios caracterizados.

Mayor cantidad de familias abordadas.

Mayor número de individuos caracterizados.

Mayor volumen de concertaciones de planes de bienestar.

Mayor cantidad de derivaciones.

Mayor número de familias clasificadas en riesgo bajo, medio y alto.

Las localidades de Antonio Nariño, La Candelaria, Rafael Uribe y San Cristóbal presentan un menor volumen de intervenciones, lo cual se relaciona con una menor concentración de este tipo de alojamientos con características propias de la dinámica territorial.

Otro hallazgo relevante es que el número de familias caracterizadas supera ampliamente el número de pagadarios intervenidos, lo que evidencia que un mismo establecimiento alberga múltiples núcleos familiares y personas con diferentes condiciones sociales y de salud, aumentando la complejidad de la intervención.

Durante las acciones de caracterización familiar se identifican usuarios pertenecientes a todos los cursos de vida establecidos por las acciones de APS - Abordaje en pagadarios:

Primera infancia.

Infancia.

Adolescencia.

Juventud.

Adulthood.

Persona mayor.

Comentado [DN63]: esto es lineamiento no se por que hace parte de manera rutinaria para este informe solicito revisar por favor

No obstante, el mayor porcentaje corresponde a población adulta, debido a que los pagadarios concentran principalmente personas en edad productiva, trabajadores informales, población migrante, personas con empleo temporal y familias en situación de vulnerabilidad económica.

También se identifican personas mayores que presentan mayor riesgo por enfermedades crónicas, dependencia funcional y necesidad de seguimiento permanente.

La presencia de niños, niñas, adolescentes y gestantes ha requerido la activación de rutas específicas relacionadas con crecimiento y desarrollo, vacunación, controles prenatales, salud sexual y reproductiva, nutrición y protección integral.

Los abordajes se desarrollaron bajo el enfoque de APS, mediante un proceso secuencial que comprende:

1. Identificación y georreferenciación del pagadario.
2. Concertación con administradores y residentes para facilitar el ingreso del equipo.
3. Caracterización familiar e individual.
4. Identificación de riesgos sociales, familiares y ambientales.
5. Clasificación del riesgo (alto, medio o bajo).
6. Concertación del Plan de Bienestar Familiar con la participación de la familia.
7. Educación para la salud y fortalecimiento del autocuidado.
8. Gestión de derivaciones, direccionamiento a los servicios de salud o entidades intersectoriales.
9. Seguimiento a las familias priorizadas.
10. Cierre del caso cuando se logra la gestión integral de las necesidades identificadas.

Este modelo busca acercar la oferta institucional a poblaciones que tradicionalmente presentan barreras para el acceso a los servicios de salud, fortaleciendo la atención integral con enfoque familiar, comunitario y territorial.

Tabla 31 Caracterizaciones y concertaciones de planes de bienestar Pagadarios con MÁS Bienestar.

Localidad	Total, de pagadarios caracterizados	Principales necesidades identificadas		
		Total, de familias con Concertación de Planes de Bienestar	Total, de familias con Seguimientos	Total, de familias con Derivaciones
Santa fe	164	259	5	259
San Cristóbal	2	8	0	8
Los Mártires	135	189	6	189
Antonio Nariño	6	19	1	19
Candelaria	8	15	0	15

Rafael Uribe	2	4	0	4
--------------	---	---	---	---

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Durante el periodo evaluado, en el marco de las intervenciones de Pagadarios con Más Bienestar, la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente **desarrolló** acciones de Apertura del Inmueble Tipo Pagadario, orientadas a fortalecer el acercamiento institucional a población en condición de vulnerabilidad, mediante un abordaje territorial integral que permitió identificar necesidades en salud y sociales, facilitar el acceso a la oferta institucional y promover la implementación de rutas de atención acordes con las condiciones de cada ciudadano.

La gestión inició con un proceso de planeación y priorización de los inmuebles a intervenir, teniendo en cuenta criterios como la concentración de población vulnerable, las condiciones de habitabilidad y las necesidades identificadas previamente por los equipos territoriales. Posteriormente, se realizó la articulación con los administradores de los pagadarios, líderes comunitarios, equipos de Atención Primaria en Salud, referentes de la Secretaría Distrital de Integración Social y demás actores institucionales, con el propósito de facilitar el ingreso a los inmuebles y garantizar el desarrollo de las intervenciones.

Como resultado de estas acciones se logró la caracterización de 317 pagadarios distribuidos en seis localidades de la Subred Centro Oriente. La mayor concentración de inmuebles intervenidos se registró en Santa Fe, con 164 pagadarios (51,7%), seguida por Los Mártires, con 135 inmuebles (42,6%). Estas dos localidades representan más del 94% de los pagadarios caracterizados, lo que evidencia una alta concentración de este tipo de establecimientos y la necesidad de mantener estrategias permanentes de intervención en estos territorios. En menor

Comentado [DN64]: estas son acciones de uso permanente por favor incluir datos cuantitativos del avance hemos abordado hemos avanzado en tantos ??

proporción se caracterizaron pagadarios en La Candelaria (8), Antonio Nariño (6), San Cristóbal (2) y Rafael Uribe Uribe (2), ampliando la cobertura territorial de la estrategia.

Durante el abordaje territorial se identificaron diversas necesidades relacionadas con el acceso efectivo a los servicios de salud, aseguramiento, continuidad de tratamientos, actualización de esquemas de vacunación, salud mental, consumo de sustancias psicoactivas, enfermedades crónicas, condiciones de vulnerabilidad social y requerimientos de orientación para el acceso a programas institucionales. Con base en estos hallazgos se realizó la concertación de 494 Planes de Bienestar, priorizando a las personas y familias que presentaban mayores factores de riesgo o requerían un acompañamiento integral por parte de los equipos de Atención Primaria en Salud.

La distribución de los Planes de Bienestar evidencia que Santa Fe concentró el mayor número de concertaciones (259 planes), seguida por Los Mártires (189), Antonio Nariño (19), La Candelaria (15), San Cristóbal (8) y Rafael Uribe Uribe (4). Estos resultados demuestran que las localidades con mayor número de pagadarios también presentan una mayor demanda de intervenciones integrales, lo que confirma la pertinencia de la priorización territorial realizada.

En cuanto al componente de seguimiento, durante el periodo evaluado el aplicativo GTAPS registra 12 seguimientos. Este comportamiento obedece a que las acciones desarrolladas corresponden principalmente a la fase inicial de apertura de los inmuebles, caracterización de la población y formulación de los Planes de Bienestar. En consecuencia, los seguimientos hacen parte de la siguiente fase del proceso, en la cual se verificará el cumplimiento de los compromisos establecidos, la adherencia a las rutas de atención y la evolución de las condiciones identificadas durante la intervención inicial.

Comentado [DN65]: describir en este informe por favor un breve descrito de la epidemiológico del hallazgo algo de las caracterizaciones cuales son los principales riesgos encontrados ????

Por otra parte, se realizaron 494 derivaciones **institucionales**, correspondientes al 100% de los Planes de Bienestar concertados, lo que evidencia una respuesta inmediata frente a las necesidades priorizadas. Estas derivaciones fueron gestionadas hacia los servicios de la Subred Centro Oriente, las Entidades Promotoras de Salud (EPS), la Secretaría Distrital de Integración Social y otras entidades del Distrito, de acuerdo con los requerimientos identificados en cada caso. Las remisiones incluyeron acceso a medicina general, programas de promoción y mantenimiento de la salud, salud mental, aseguramiento, gestión social, atención a población vulnerable y otros servicios especializados.

Los resultados alcanzados evidencian un fortalecimiento de la estrategia de abordaje territorial en inmuebles tipo pagadiario, permitiendo ampliar la presencia institucional en escenarios donde históricamente existen importantes barreras para el acceso a los servicios de salud y protección social.

La caracterización de 317 pagadiarios permitió consolidar un diagnóstico territorial actualizado sobre las condiciones de estos inmuebles y de la población residente, facilitando la priorización de intervenciones y la planeación de acciones intersectoriales. Asimismo, la concertación de 494 Planes de Bienestar refleja la capacidad del equipo para identificar oportunamente las necesidades individuales y familiares y formular acciones orientadas a mejorar las condiciones de salud y bienestar de la población intervenida.

Otro resultado relevante corresponde al 100% de derivaciones efectuadas respecto al número de Planes de Bienestar concertados, indicador que evidencia una adecuada capacidad de respuesta institucional y una articulación efectiva entre los diferentes sectores participantes,

Comentado [DN66]: describir cuales fueron las principales ofertas sociales por ejemplo cuantos comedores cuantos hospedajes sociales cuantos servicios de integración o de otras secretarías se activaron describirlos nominalmente

garantizando que las necesidades identificadas durante la caracterización fueran canalizadas hacia la oferta institucional correspondiente.

Aunque durante este periodo no se registran seguimientos en el aplicativo, esta situación responde a la secuencia metodológica de la estrategia, donde inicialmente se prioriza el ingreso a los inmuebles, la caracterización y la activación de rutas de atención, para posteriormente desarrollar el seguimiento de los compromisos establecidos y evaluar la efectividad de las intervenciones implementadas.

La estrategia desarrollada permitió consolidar un modelo de intervención territorial que fortalece la Atención Primaria en Salud con enfoque social, acercando la oferta institucional a una población con alta vulnerabilidad y favoreciendo la identificación temprana de riesgos en salud y determinantes sociales.

La articulación entre la Subred Centro Oriente, la Secretaría Distrital de Salud, la Secretaría Distrital de Integración Social, las EPS y los administradores de los pagadarios facilitó la respuesta integral a las necesidades identificadas, optimizando el acceso a los servicios y fortaleciendo la coordinación interinstitucional.

Como principal logro del periodo, se destaca la consolidación de un proceso organizado de apertura y caracterización de inmuebles tipo pagadario, acompañado de la concertación de 494 Planes de Bienestar y la gestión del 100% de las derivaciones requeridas, sentando las bases para el desarrollo de los seguimientos y la continuidad del acompañamiento integral durante los siguientes periodos de ejecución del convenio.

Comentado [DN67]: esto es lo mismo que describen en lo anteriormente descrito por favor revisar

Este proceso contribuye a disminuir las barreras de acceso, fortalecer la gestión del riesgo y mejorar progresivamente las condiciones de salud y bienestar de la población residente en estos entornos.

4.6.2 Abordaje Familiar en Pagadarios

Tabla 32 Abordaje Familiar en Pagadarios

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
Santa fe	431	35	466	1	3	57
San Cristóbal	14	2	16	0	0	0
Los Mártires	403	32	435	1	1	99
Antonio Nariño	28	3	31	0	0	5
La Candelaria	24	4	28	0	0	0
Rafael Uribe	19	2	21	0	0	7

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones aplicativo GTAPS

Durante el periodo entre abril y junio de 2026, las acciones de Abordaje Familiar en Pagadarios permitió consolidar un proceso de identificación, caracterización y actualización de las condiciones familiares de la población residente en estos inmuebles, con el propósito de

reconocer los riesgos presentes, clasificar las familias de acuerdo con su nivel de prioridad y orientar las intervenciones de Atención Primaria en Salud conforme a las necesidades identificadas.

Como resultado de la gestión desarrollada se caracterizaron 919 familias, de las cuales 78 correspondieron a procesos de actualización familiar, alcanzando un total de 997 individuos caracterizados y actualizados en las localidades de Santa Fe, Los Mártires, San Cristóbal, Antonio Nariño, La Candelaria y Rafael Uribe Uribe.

La mayor concentración de familias intervenidas se registró en Santa Fe, con 431 familias caracterizadas y 35 actualizaciones, seguida por Los Mártires, con 403 familias caracterizadas y 32 actualizaciones. Estas dos localidades concentran cerca del 91% de las familias abordadas, comportamiento consistente con la mayor concentración de inmuebles tipo pagadiario en estos territorios y con la priorización establecida por la estrategia de APS Social.

A partir del proceso de valoración integral, las familias fueron clasificadas según el nivel de riesgo identificado, obteniendo los siguientes resultados:

Prioridad alta: 2 familias.

Prioridad media: 4 familias.

Prioridad baja: 168 familias.

La clasificación evidencia que la mayor proporción de familias intervenidas corresponde a prioridad baja, lo que indica que, aunque presentan necesidades sociales y sanitarias que requieren acompañamiento institucional, estas no representan un riesgo inminente que demande

intervenciones inmediatas de alta complejidad. No obstante, la identificación de familias clasificadas en prioridad alta y media permitió activar oportunamente las rutas institucionales y orientar recursos hacia aquellos hogares con mayor vulnerabilidad.

Las dos familias clasificadas en prioridad alta fueron identificadas en las localidades de Santa Fe y Los Mártires, territorios donde convergen mayores condiciones de vulnerabilidad social, permanencia prolongada en pagadarios y presencia de múltiples determinantes sociales que afectan el estado de salud y bienestar de sus integrantes. Igualmente, las cuatro familias clasificadas en prioridad media se concentraron principalmente en estas mismas localidades, evidenciando la necesidad de mantener un acompañamiento continuo en estos sectores.

En cuanto a la gestión adelantada, las familias clasificadas en prioridad alta y media fueron objeto de activación inmediata de rutas institucionales, mediante la concertación de intervenciones con los equipos interdisciplinarios de Atención Primaria en Salud, articulación con la Secretaría Distrital de Integración Social, EPS y demás entidades competentes para facilitar el acceso a servicios de salud, aseguramiento, atención psicosocial, gestión social y demás apoyos requeridos de acuerdo con las necesidades identificadas.

Por su parte, las familias clasificadas en prioridad baja recibieron procesos de educación en salud, orientación frente a la oferta institucional, fortalecimiento de factores protectores y promoción del autocuidado, además de quedar incluidas dentro de la programación de seguimiento definida por la estrategia, con el fin de verificar la evolución de las condiciones identificadas y detectar oportunamente posibles cambios en su nivel de riesgo.

Seguimiento familiar y avances alcanzados: Durante el periodo evaluado se concentró principalmente en las actividades de caracterización inicial, actualización familiar, clasificación

del riesgo y formulación de las intervenciones, razón por la cual el proceso de seguimiento familiar se encuentra en fase de consolidación para los ciclos posteriores de intervención.

En este contexto, las acciones desarrolladas permitieron establecer una línea base que facilitará la ejecución de seguimientos presenciales y telefónicos conforme a la prioridad asignada a cada familia. La programación contempla un acompañamiento más frecuente para las familias clasificadas en prioridad alta y media, mientras que las familias de prioridad baja serán objeto de seguimiento periódico orientado a verificar la permanencia o modificación de las condiciones inicialmente identificadas.

Los resultados obtenidos reflejan un avance importante en la capacidad institucional para identificar tempranamente situaciones de riesgo y priorizar las intervenciones, favoreciendo la organización de la respuesta institucional y la focalización de recursos hacia las familias con mayores necesidades.

Entre los principales logros del periodo se evidencian:

La caracterización de 919 familias y la actualización de 78 registros familiares, fortaleciendo la información disponible para la gestión del riesgo en salud.

La clasificación del riesgo familiar mediante criterios técnicos que permitieron priorizar las intervenciones de acuerdo con las condiciones sociales y sanitarias identificadas.

El fortalecimiento de la articulación entre los equipos de APS, la Secretaría Distrital de Integración Social, las EPS y otros actores institucionales para la activación de rutas de atención.

La consolidación de información territorial que facilitará la programación de los seguimientos y la continuidad del acompañamiento integral durante los siguientes periodos.

Oportunidades de mejora Si bien los resultados evidencian avances importantes en la cobertura del abordaje familiar, se identifican oportunidades para fortalecer la continuidad del proceso, especialmente en lo relacionado con la ejecución y registro de los seguimientos familiares. Será necesario consolidar estrategias que permitan incrementar el número de visitas de seguimiento presencial y contactos telefónicos, garantizando el cumplimiento de la periodicidad establecida según el nivel de prioridad y favoreciendo la evaluación de la efectividad de las intervenciones implementadas.

Asimismo, se hace necesario continuar fortaleciendo la articulación interinstitucional para optimizar los tiempos de respuesta de las entidades receptoras de las remisiones y mejorar la oportunidad en la resolución de las necesidades identificadas, especialmente en familias con mayor complejidad social y sanitaria.

En términos generales, la gestión adelantada durante el periodo permitió consolidar la fase inicial del abordaje familiar en pagadarios, fortaleciendo la identificación de riesgos, la clasificación de prioridades y la organización de las rutas de atención integral. La caracterización y actualización de las familias constituye un insumo fundamental para orientar la gestión del riesgo, optimizar la focalización de las intervenciones y planificar los seguimientos posteriores.

Aunque el impacto en términos de resolutivez se **continuará** evidenciando en los siguientes ciclos de seguimiento, los resultados alcanzados demuestran que la estrategia ha fortalecido la capacidad institucional para identificar oportunamente las necesidades de las familias residentes en pagadarios, promover la articulación entre los diferentes sectores y establecer las bases para un acompañamiento continuo que contribuya a la mitigación de riesgos, el cierre progresivo de

Comentado [DN68]: por favor describir los hallazgos o una breve caracterización epidemiológica de los hallazgos estos fueron los principales diagnósticos ??

brechas en el acceso a los servicios y el fortalecimiento de la atención integral en el marco de la Atención Primaria en Salud con enfoque social.

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

Tabla 33 Jornadas MAS Bienestar - Recorrido nocturno - Habitabilidad en calle.

Localidad	Fecha de la jornada	No usuarios caracterizados	No. atenciones individuales
Candelaria	1/4/2026	0	0
Rafael Uribe	27/04/2026	1	1
Antonio Nariño	29/04/2026	2	2
Rafael Uribe	25/05/2026	0	0
Candelaria	27/05/2026	1	1
San Cristóbal	22/06/2026	1	1
Antonio Nariño	24/06/2026	0	0
Los Mártires	26/06/2026	2	2
TOTAL		7	7

Para el periodo comprendido entre abril y junio de 2026, la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, en articulación con la Secretaría Distrital de Salud (SDS) y la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS), desarrolló jornadas Más Bienestar – Recorridos Nocturnos, orientadas a fortalecer la atención integral de ciudadanos y ciudadanas en condición de habitanza o habitabilidad en calle, mediante la identificación de necesidades en salud, la

caracterización individual, la gestión del riesgo y la activación de rutas de atención en salud y social..

Los recorridos fueron previamente planeados y coordinados con las entidades participantes, definiendo los sectores priorizados de acuerdo con la dinámica territorial, la concentración de población en calle y los puntos identificados por la Secretaría Distrital de Integración Social. Durante las jornadas participaron equipos interdisciplinarios encargados de realizar la búsqueda activa de los ciudadanos, el abordaje en territorio, la caracterización individual, la educación en salud, la identificación de factores de riesgo y la gestión de las necesidades detectadas.

Durante el periodo se realizaron ocho recorridos nocturnos en las localidades de La Candelaria, Rafael Uribe Uribe, Antonio Nariño, San Cristóbal y Los Mártires, obteniéndose los siguientes resultados:

- 7 ciudadanos caracterizados mediante valoración individual.
- 7 atenciones individuales, correspondientes al 100 % de las personas caracterizadas.
- Los recorridos con mayor número de ciudadanos abordados se desarrollaron en Antonio Nariño (29 de abril) y Los Mártires (26 de junio), donde se caracterizaron dos ciudadanos en cada jornada.
- En algunos recorridos no fue posible realizar caracterizaciones, debido a la movilidad constante de esta población, la no permanencia en los puntos priorizados durante el momento del recorrido o la negativa voluntaria de algunos ciudadanos a recibir la intervención, situaciones propias de la dinámica de la población habitante de calle.

Aunque el número de ciudadanos caracterizados durante el periodo fue reducido, las intervenciones estuvieron dirigidas a población con alta vulnerabilidad social y sanitaria, por lo que cada abordaje representó una oportunidad para identificar riesgos, establecer contacto con la población y facilitar el acceso a la oferta institucional.

La caracterización realizada durante los recorridos permitió identificar necesidades relacionadas principalmente con el acceso a los servicios de salud, aseguramiento, continuidad de tratamientos médicos, condiciones de salud mental, consumo de sustancias psicoactivas, enfermedades crónicas, condiciones de autocuidado y acceso a servicios sociales ofrecidos por el Distrito.

De acuerdo con la valoración realizada por el equipo interdisciplinario, cada ciudadano recibió orientación individual sobre la oferta institucional disponible, promoción de hábitos de autocuidado, educación para la prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles y gestión para la activación de las rutas de atención cuando las condiciones identificadas así lo requirieron.

Como parte del abordaje integral, durante los recorridos nocturnos también se desarrollaron acciones de tamizaje mediante pruebas rápidas POCT, fortaleciendo la detección temprana de infecciones de transmisión sexual en esta población priorizada.

En este contexto, durante el periodo de abril a junio de 2026 se realizaron tres pruebas rápidas para VIH y tres pruebas treponémicas para sífilis, correspondientes a ciudadanos abordados durante los recorridos nocturnos en las localidades de San Cristóbal, Los Mártires y La

Candelaria. Todas las pruebas obtuvieron resultados no reactivos, por lo cual no fue necesario activar las rutas de atención clínica derivadas de un diagnóstico positivo.

No obstante, el proceso cuenta con un protocolo de respuesta inmediata para la atención de resultados reactivos. Las pruebas son realizadas por un profesional de enfermería capacitado y certificado en pruebas POCT, quien garantiza el asesoramiento pre y posprueba, el procesamiento adecuado de las muestras y la activación de las rutas asistenciales cuando corresponda. En caso de identificarse un resultado reactivo para sífilis, el equipo dispone de Penicilina Benzatínica para iniciar oportunamente el tratamiento, además de realizar la articulación inmediata con la Secretaría Distrital de Integración Social para gestionar el ingreso del ciudadano a hogares de paso u otros dispositivos de atención, favoreciendo la continuidad del tratamiento y el seguimiento clínico.

El perfil de morbilidad identificado durante las intervenciones realizadas en los recorridos nocturnos evidencia el predominio de condiciones crónicas no transmisibles, alteraciones de la salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, asociadas a las condiciones de vulnerabilidad propias de la población habitante de calle. Adicionalmente, se identificaron necesidades relacionadas con la continuidad de tratamientos médicos, el acceso a los servicios de salud y el aseguramiento, factores que incrementan el riesgo de complicaciones y de progresión de enfermedades prevenibles.

Aunque durante el periodo se realizaron pruebas rápidas para VIH y sífilis, todos los resultados fueron no reactivos, por lo que no se evidenció morbilidad asociada a infecciones de transmisión sexual en la población intervenida. Sin embargo, la implementación de tamizajes constituye una

Comentado [69]: por favor describir cual es el perfil de morbilidad de acuerdo a los diagnósticos encontrados en las atenciones realizadas durante estas intervenciones

Comentado [70]: Ajustado

estrategia fundamental para la detección temprana, el inicio oportuno del tratamiento y la interrupción de cadenas de transmisión en una población con alta exposición a factores de riesgo.

En conjunto, el perfil de morbilidad refleja que las principales necesidades en salud de esta población no solo corresponden a enfermedades establecidas, sino también a determinantes sociales que condicionan el estado de salud, como la exclusión social, la inestabilidad habitacional y la baja adherencia a los tratamientos. Estos hallazgos fortalecen las acciones de APS, la gestión integral del riesgo y la articulación intersectorial, con el fin de garantizar la continuidad de la atención, prevenir complicaciones y orientar la formulación de políticas públicas dirigidas a mejorar las condiciones de salud y bienestar de la población habitante de calle.

Las necesidades identificadas durante los recorridos fueron gestionadas mediante la articulación entre la Subred Centro Oriente, la Secretaría Distrital de Integración Social, las EPS y las demás instituciones competentes, facilitando el acceso de los ciudadanos a los diferentes servicios requeridos, acciones de agendamiento y direccionamiento a los servicios de salud según necesidad de cada ciudadano.

El proceso de seguimiento nominal contempla el registro individual de cada ciudadano caracterizado en el aplicativo institucional, permitiendo documentar las necesidades identificadas, las intervenciones realizadas y las rutas de atención activadas. Asimismo, en coordinación con la Secretaría Distrital de Integración Social se realiza el intercambio de información para favorecer la continuidad del acompañamiento a aquellos ciudadanos que aceptan el ingreso a hogares de paso, servicios de protección o programas sociales.

Los seguimientos se desarrollan de manera presencial durante los recorridos posteriores y, cuando las condiciones del ciudadano lo permiten y existe información de contacto, también mediante seguimiento telefónico, verificando la continuidad en la atención, el acceso a los servicios de salud, la adherencia a los tratamientos y la resolución de las necesidades previamente identificadas. No obstante, debido a las características propias de la población habitante de calle, la alta movilidad territorial y la ausencia frecuente de medios de contacto, el seguimiento presencial continúa siendo la principal estrategia para garantizar la continuidad del acompañamiento.

Las acciones implementadas permitieron fortalecer la presencia institucional en escenarios de alta vulnerabilidad, consolidando el trabajo intersectorial entre la Secretaría Distrital de Salud, la Secretaría Distrital de Integración Social y la Subred Centro Oriente.

Avances alcanzados:

- La realización de recorridos nocturnos programados en cinco localidades priorizadas.
- La caracterización y atención integral del 100 % de los ciudadanos identificados durante las jornadas.
- La identificación oportuna de necesidades en salud y sociales, permitiendo activar las rutas institucionales correspondientes.
- La incorporación de pruebas rápidas POCT como estrategia de detección temprana de infecciones de transmisión sexual, fortaleciendo las acciones de prevención y diagnóstico oportuno.

- La disponibilidad de talento humano capacitado para la realización de pruebas rápidas y la respuesta inmediata ante eventuales casos reactivos.
- El fortalecimiento de la articulación con la Secretaría Distrital de Integración Social para favorecer la continuidad de la atención y el acceso a hogares de paso cuando las condiciones del ciudadano lo requiera.

Logros: Como principal logro del periodo se destaca la consolidación de una estrategia intersectorial que acerca los servicios de salud a una población históricamente excluida de la oferta institucional, permitiendo identificar riesgos, brindar atención inmediata y fortalecer la gestión del riesgo en salud.

Sin embargo, persisten brechas relacionadas con la alta movilidad de la población habitante de calle, la dificultad para establecer contacto permanente con algunos ciudadanos, la baja permanencia en los puntos de intervención y la limitada posibilidad de realizar seguimientos continuos debido a la ausencia de medios de contacto o cambios frecuentes en los lugares de permanencia. Estas condiciones pueden afectar la continuidad del acompañamiento y la adherencia a las rutas de atención.

Como oportunidades de mejora se identifica la necesidad de fortalecer las estrategias de búsqueda activa, ampliar la cobertura de los recorridos nocturnos en zonas con alta concentración de población habitante de calle, incrementar las acciones de seguimiento nominal mediante una mayor articulación con la Secretaría Distrital de Integración Social y las EPS, y continuar fortaleciendo la oferta de servicios complementarios, incluyendo tamizajes, vacunación, entrega de medicamentos y educación en salud.

En términos generales, las acciones desarrolladas durante el periodo fueron efectivas para cumplir los objetivos de la estrategia, permitiendo acercar la oferta institucional a una población con importantes barreras de acceso, identificar tempranamente riesgos individuales, fortalecer la prevención mediante la realización de pruebas rápidas POCT, activar oportunamente las rutas de atención y consolidar un modelo de trabajo articulado entre las entidades del Distrito. Estos resultados constituyen una base sólida para fortalecer el seguimiento nominal, mejorar la continuidad de la atención y avanzar progresivamente en la mitigación de riesgos y el cierre de brechas en salud de la población habitante de calle.

Impacto de las acciones desarrolladas: Las intervenciones realizadas durante los recorridos nocturnos fortalecieron la estrategia de acercamiento de los servicios de salud a población con mayores barreras de acceso, facilitando la detección temprana de infecciones de transmisión sexual y promoviendo el diagnóstico oportuno en escenarios comunitarios. Aunque durante el periodo no se identificaron casos reactivos, las jornadas permitieron ampliar la cobertura de tamizaje en población priorizada, fortalecer las acciones de prevención, educación y reducción de riesgos, así como consolidar una respuesta institucional articulada entre la SDS, la SDIS y el equipo de Atención Primaria en Salud, garantizando la disponibilidad del talento humano capacitado, los insumos diagnósticos, el tratamiento inmediato cuando corresponda y la continuidad de la atención integral para los usuarios que eventualmente lo requieran.

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

Tabla 34 Jornadas de identificación de riesgos y atención Integral - Habitanza o habitabilidad en calle.

Nombre de la institución	Fecha	No usuarios caracterizados	No atenciones individuales
(JORNADA HABITANTE DE CALLE) TERCER MILENIO	15 y 17/04/2026	22	22
(JORNADA HABITANTE DE CALLE) TERCER MILENIO	12/05/2026	12	12
(JORNADA HABITANTE DE CALLE) TERCER MILENIO	12/06/2026	12	12
(JORNADA HABITANTE DE CALLE) PARQUE TERCER MILENIO	27/06/2026	8	8
(JORNADA HABITANTE DE CALLE) SERVICIO DE AUTOCUIDADO VOTO NACIONAL	01/04/2026	12	12
(JORNADA HABITANTE DE CALLE) SERVICIO DE AUTOCUIDADO VOTO NACIONAL	29/04/2026	12	12
(JORNADA HABITANTE DE CALLE) SERVICIO DE AUTOCUIDADO VOTO NACIONAL	29/05/2026	4	4
(JORNADA HABITANTE DE CALLE) SERVICIO DE AUTOCUIDADO VOTO NACIONAL	26/06/2026	12	12
JORNADA HABITANTE DE CALLE) HOGAR PASO DIA Y NOCHE MÁRTIRES	22/04/2026	8	8
JORNADA HABITANTE DE CALLE) HOGAR PASO DIA Y NOCHE MÁRTIRES	24/04/2026	4	4
JORNADA HABITANTE DE CALLE) HOGAR PASO DIA Y NOCHE MÁRTIRES	22/05/2026	9	9
JORNADA HABITANTE DE CALLE) HOGAR PASO DIA Y NOCHE MÁRTIRES	19/06/2026	12	12
(JORNADA HABITANTE DE CALLE) HOGAR DE PASO DIA Y NOCHE BAKATA Y PUENTE ARANDA	08 y 10/04/2026	22	22
(JORNADA HABITANTE DE CALLE) HOGAR DE PASO DIA Y NOCHE BAKATA Y PUENTE ARANDA	06 y 08/05/2026	22	22
(JORNADA HABITANTE DE CALLE) HOGAR DE PASO DIA Y NOCHE BAKATA Y PUENTE ARANDA	05/06/2026	12	12
TOTAL		183	183

Fuente: Reporte de intervenciones base nominal de seguimiento Habitante de Calle

Durante el periodo identificado entre abril y junio de 2026, se desarrollaron jornadas de Identificación de Riesgos y Atención Integral dirigidas a ciudadanos y ciudadanas en condición de habitanza o habitabilidad en calle, con el propósito de acercar la oferta institucional a esta población, identificar necesidades en salud y sociales, gestionar el riesgo individual y colectivo y facilitar el acceso oportuno a las rutas de atención disponibles.

Las jornadas fueron previamente planeadas y coordinadas con las entidades participantes, priorizando escenarios de alta concentración de población habitante de calle, entre ellos el Parque Tercer Milenio, el Servicio de Autocuidado Voto Nacional y los Hogares de Paso Día y Noche Mártires, Bakata y Puente Aranda, espacios estratégicos donde convergen ciudadanos con múltiples condiciones de vulnerabilidad y barreras de acceso a los servicios de salud.

Durante el periodo se desarrollaron 15 jornadas de atención integral, alcanzando un total de 183 ciudadanos caracterizados y 183 atenciones **individuales**, lo que representa una cobertura del 100 % de atención sobre las personas abordadas durante las jornadas.

Comentado [71]: en este apartado es importante describir las acciones del bachiller en las atenciones

Comentado [72]: Ajustado.

Durante el periodo evaluado, el Gestor de Bienestar Bachiller desempeñó un papel fundamental en el desarrollo de las jornadas con habitantes de calle, actuando como el primer contacto con la población objeto de intervención y facilitando la ejecución de las acciones programadas por el equipo.

En cumplimiento de los lineamientos establecidos, el gestor realizó el abordaje inicial de los usuarios, promoviendo la participación de la comunidad mediante acciones de información, orientación y sensibilización sobre la importancia de acceder a los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y detección temprana de riesgos. Esta labor permitió generar

confianza con la población y facilitar el acceso a las atenciones individuales y colectivas programadas.

De igual manera, el Gestor de Bienestar Bachiller fue responsable de verificar el cumplimiento de la programación de las jornadas y la asistencia de los ciudadanos convocados, garantizando que los usuarios participaran tanto en las actividades de caracterización e identificación de riesgos como en las atenciones en salud realizadas por los diferentes profesionales del equipo. Esta gestión fortaleció la continuidad de la atención y la adecuada articulación entre las diferentes fases del proceso asistencial.

Como parte de sus responsabilidades, realizó el diligenciamiento del formato de sesiones colectivas en cada una de las jornadas desarrolladas, registrando el número de personas abordadas, la relatoría de las actividades ejecutadas y las acciones de educación y orientación brindadas a la población. Este registro permitió documentar el desarrollo de las intervenciones, asegurar la trazabilidad de las acciones ejecutadas y consolidar la información requerida para el seguimiento y evaluación de las actividades.

En conjunto, las acciones desarrolladas por el Gestor de Bienestar Bachiller fortalecieron la captación efectiva de la población, incrementaron la participación comunitaria y favorecieron la continuidad de las rutas de atención en salud, constituyéndose en un componente esencial para el logro de los resultados obtenidos durante las jornadas desarrolladas.

La distribución de las intervenciones evidencia una importante concentración de acciones en los dispositivos de atención social y en los puntos de permanencia de la población habitante de calle:

- Hogares de Paso Bakata y Puente Aranda: 56 ciudadanos atendidos.
- Parque Tercer Milenio: 54 ciudadanos atendidos.
- Servicio de Autocuidado Voto Nacional: 40 ciudadanos atendidos.
- Hogar de Paso Día y Noche Mártires: 33 ciudadanos atendidos.

Estos resultados reflejan una adecuada focalización territorial de la estrategia, orientando las acciones hacia los escenarios con mayor concentración de población vulnerable y facilitando el acceso a los servicios de Atención Primaria en Salud.

La caracterización individual permitió identificar múltiples necesidades en salud y sociales, predominando situaciones relacionadas con:

- Enfermedades crónicas como hipertensión arterial y diabetes mellitus que requerían seguimiento y continuidad del tratamiento.
- Necesidades en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas.
- Dificultades de acceso a los servicios de salud por ausencia o desactualización del aseguramiento.
- Interrupción de tratamientos farmacológicos.
- Necesidad de toma de laboratorios clínicos y controles médicos.
- Requerimientos de vacunación, tamizajes y educación para el autocuidado.
- Necesidades sociales relacionadas con alojamiento temporal, alimentación, higiene y acceso a programas institucionales.

A partir de estos hallazgos se realizaron intervenciones individuales orientadas a la gestión del riesgo, educación en salud, fortalecimiento del autocuidado y activación de rutas de atención,

priorizando a los ciudadanos que presentaban condiciones clínicas de mayor complejidad o múltiples factores de vulnerabilidad.

Como parte del abordaje integral, durante estas jornadas también se fortalecieron las acciones complementarias desarrolladas por la Subred Centro Oriente, incluyendo la toma de laboratorios clínicos, la entrega de medicamentos y vacunación.

Cada ciudadano caracterizado fue registrado nominalmente en el aplicativo GTAPS, permitiendo documentar las condiciones identificadas, las intervenciones realizadas y las necesidades de seguimiento.

Posteriormente, en articulación con la Secretaría Distrital de Integración Social, se efectuó el proceso de gestión de casos mediante la activación de rutas de atención y el intercambio de información para favorecer la continuidad del acompañamiento de aquellos ciudadanos vinculados a hogares de paso, generando acciones de agendamiento y demás requerimientos de los ciudadanos.

El seguimiento se desarrolló mediante dos estrategias complementarias: Seguimiento presencial, realizado durante nuevas jornadas de atención y visitas a los hogares de paso e instituciones de permanencia de la población.

Estos seguimientos permitieron verificar la asistencia a las citas programadas, la entrega de medicamentos, la realización de laboratorios, el acceso a servicios especializados, la continuidad de los tratamientos y la evolución de las condiciones de salud identificadas durante la valoración inicial.

Las acciones implementadas durante el periodo permitieron fortalecer significativamente la capacidad institucional para acercar los servicios de salud a una población con importantes barreras de acceso, destacando resultados como:

- La realización de 183 caracterizaciones individuales, garantizando atención integral al 100 % de los ciudadanos intervenidos.
- La identificación oportuna de factores de riesgo en salud física, mental y social.
- La activación de rutas de atención conforme a las necesidades identificadas.
- El fortalecimiento de la articulación intersectorial entre la Subred Centro Oriente, la Secretaría Distrital de Salud, la Secretaría Distrital de Integración Social y las EPS.
- La incorporación de servicios complementarios como vacunación, pruebas rápidas, toma de laboratorios y entrega de medicamentos dentro de las jornadas.
- El fortalecimiento del seguimiento nominal de los ciudadanos priorizados, favoreciendo la continuidad de la atención integral.

Esto permitió consolidar acciones orientadoras a acercar la oferta de servicios de salud a los entornos donde permanece la población en condición de habitanza o habitabilidad en calle, contribuyendo a disminuir las barreras de acceso y fortaleciendo la identificación temprana de riesgos individuales y colectivos, así como la gestión oportuna de las necesidades en salud detectadas durante las jornadas.

Se permitió promover el seguimiento de los casos priorizados, facilitar el acceso a la oferta social y de salud, para contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud y bienestar de la población intervenida.

Se continúan con las acciones enfocadas a las características propias de la población habitante de calle, especialmente la alta movilidad territorial, el abandono voluntario de los procesos de atención, la dificultad para mantener contacto permanente con algunos ciudadanos y las limitaciones para realizar seguimientos longitudinales continuos.

De igual manera, persiste la necesidad de fortalecer la adherencia a los tratamientos de enfermedades crónicas y de salud mental, incrementar la captación de ciudadanos en sectores con alta movilidad y ampliar la cobertura de las jornadas integrales en otros territorios priorizados.

Como oportunidad de mejora se identifica la importancia de fortalecer aún más el trabajo intersectorial con la Secretaría Distrital de Integración Social, las EPS y las instituciones de protección social, consolidando estrategias de seguimiento nominal que permitan evaluar de manera continua la evolución de los ciudadanos intervenidos y medir el impacto de las acciones implementadas.

El análisis del perfil de morbilidad de la población atendida durante este periodo, evidencia una alta carga de enfermedades crónicas no transmisibles, trastornos de salud mental y factores de riesgo asociados a infecciones de transmisión sexual (ITS), lo que reafirma la necesidad de mantener estrategias de detección temprana, seguimiento y atención integral en los territorios priorizados.

Comentado [73]: por favor describir los hallazgos del perfil de morbilidad de la población atendida esto como insumo en la toma de posibles decisiones

Comentado [74]: Ajustado.

Los resultados muestran la importancia de fortalecer la adherencia a los tratamientos, especialmente en personas con enfermedades crónicas y condiciones de salud mental, con el fin de prevenir complicaciones, mejorar la continuidad del cuidado y reducir la demanda de servicios de mayor complejidad. Asimismo, se identifica la necesidad de incrementar la captación de población en sectores con alta movilidad y ampliar la cobertura de las jornadas integrales para alcanzar ciudadanos con mayores barreras de acceso a los servicios de salud.

Como insumo para la toma de decisiones, se reconoce la oportunidad de fortalecer la articulación intersectorial con la Secretaría Distrital de Integración Social, las EPS y las instituciones de protección social, implementando estrategias de seguimiento nominal que permitan monitorear la evolución de los usuarios, evaluar la adherencia a las rutas de atención y medir el impacto de las intervenciones realizadas.

En conjunto, estos hallazgos orientan la priorización de acciones enfocadas en el fortalecimiento del manejo de enfermedades crónicas, la salud mental, la prevención de ITS, el seguimiento continuo de la población intervenida y la ampliación de la cobertura de las estrategias extramurales, favoreciendo una respuesta más efectiva a las necesidades de salud identificadas en el territorio.

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

Durante el periodo comprendido entre abril y junio de 2026, la gestión desarrollada para la atención integral de la población privada de la libertad (PPL) evidenció avances significativos en el marco de las acciones de APS, mediante la implementación de acciones intersectoriales

articuladas entre los sectores de salud, justicia y demás actores institucionales presentes en el territorio.

Tabla 35 Intervenciones desarrolladas en población privada de la libertad

URI - Estación de Policía por Localidad	No. De PPL	Nº de jornadas programadas	Nº de jornadas realizadas	No usuarios caracterizados	No atenciones individuales	% cobertura
CTI PALOQUEMAO	8	1	1	5	5	100%
ESTACIÓN DE POLICÍA E14 MÁRTIRES	40	3	3	20	20	100%
ESTACIÓN DE POLICÍA E15 ANTONIO NARIÑO	32	3	3	26	26	100%
ESTACIÓN DE POLICÍA E17 CANDELARIA	29	3	3	27	27	100%
ESTACIÓN DE POLICÍA E18 RAFAEL URIBE	42	3	3	26	26	100%
ESTACIÓN DE POLICÍA E3 SANTA FE	41	3	3	22	22	100%
ESTACIÓN DE POLICÍA E4 SAN CRISTÓBAL	38	3	3	30	30	100%
TOTAL	230	19	19	156	156	100%

Fuente: Reporte de intervenciones base nominal de seguimiento Habitante de Calle

Comentado [75]: por favor incluir el numero total de ppl en cada una de las estaciones lo que permitiría tener una visión mas clara del alcance de las atenciones

Comentado [76]: Ajustado.

Durante el periodo evaluado se desarrollaron acciones en APS, dirigida a la población privada de la libertad en las estaciones de policía de las localidades priorizadas por la Subred Centro Oriente. La gestión se fundamentó en un trabajo articulado entre el sector salud, las autoridades de justicia y seguridad, y demás actores institucionales responsables de la custodia y garantía de derechos de esta población, con el propósito de acercar los servicios de salud, identificar oportunamente necesidades prioritarias y disminuir los riesgos derivados de las condiciones propias de la privación transitoria de la libertad.

Se da claridad que el total de PPL caracterizados en este periodo, corresponde a los ciudadanos pendientes por caracterizar en estos meses, teniendo en cuenta que el total de PPL que corresponde a la totalidad de ciudadanos por cada estación; ya contaban con el proceso de caracterización y abordaje en las acciones con los EMB.

Las acciones fueron posibles gracias a la coordinación permanente con los diferentes referentes de cada centro de detención y el convenio de cárceles de la Subred Centro Oriente, quienes facilitaron el acceso del talento humano en salud, la programación de las jornadas y la organización de los espacios para el desarrollo de las intervenciones. Esta articulación permitió garantizar el ingreso seguro de los equipos, priorizar la población susceptible de atención y coordinar la atención conforme a las condiciones operativas y de seguridad de cada establecimiento.

Durante el periodo se programaron y ejecutaron 19 jornadas de atención, alcanzando un cumplimiento del 100 % de las actividades previstas. Las intervenciones se realizaron en siete instituciones de privación transitoria de la libertad, distribuidas de la siguiente manera:

- CTI Paloquemao: 1 jornada.
- Estación de Policía E14 Mártires: 3 jornadas.
- Estación de Policía E15 Antonio Nariño: 3 jornadas.
- Estación de Policía E17 Candelaria: 3 jornadas.
- Estación de Policía E18 Rafael Uribe Uribe: 3 jornadas.
- Estación de Policía E3 Santa Fe: 3 jornadas.
- Estación de Policía E4 San Cristóbal: 3 jornadas.

Como resultado de estas jornadas fueron caracterizadas 156 personas privadas de la libertad, quienes recibieron atención individual integral, alcanzando una cobertura del 100 % entre la población identificada durante las intervenciones. Este resultado evidencia un adecuado proceso de planeación, coordinación interinstitucional y capacidad operativa para responder a las necesidades de la población objeto.

Las intervenciones desarrolladas contemplaron procesos de caracterización social y en salud, identificación de factores de riesgo, valoración individual, orientación sobre el acceso a los servicios de salud, educación para el autocuidado, promoción de hábitos saludables y fortalecimiento del reconocimiento de signos de alarma frente a diferentes eventos en salud. Asimismo, se realizaron procesos de demanda inducida para la continuidad de la atención una vez las personas recuperan su libertad o fueran trasladadas a otras instituciones, favoreciendo la continuidad de la atención y la protección del derecho a la salud.

Desde el enfoque de gestión del riesgo, las acciones permitieron identificar condiciones de vulnerabilidad relacionadas con el tiempo de permanencia en los centros de detención, antecedentes de enfermedades crónicas, consumo de sustancias psicoactivas, afectaciones en salud mental, dificultades en el acceso previo a servicios de salud y condiciones sociales que incrementan el riesgo de deterioro del estado de salud durante la permanencia en estos escenarios. La identificación temprana de estas situaciones facilitó la orientación individual, la priorización de casos y la activación de las rutas institucionales correspondientes cuando fue necesario.

Durante las jornadas se identificó que la población atendida presentó principalmente condiciones asociadas con:

- Hipertensión **arterial** y diabetes mellitus previamente diagnosticadas, que requerían seguimiento y continuidad en el tratamiento a 36 PPL con condiciones crónicas.
- Infecciones respiratorias agudas y sintomatología respiratoria leve, relacionadas con las condiciones de hacinamiento y limitada ventilación de algunos espacios.
- Enfermedades osteomusculares, principalmente dolor lumbar, cervicalgias y molestias articulares asociadas a posturas prolongadas y condiciones físicas de permanencia.
- Trastornos de salud mental, manifestados por síntomas de ansiedad, estrés, alteraciones del sueño y episodios de depresión relacionados con el contexto de privación de la libertad y las condiciones psicosociales.
- Consumo problemático de sustancias psicoactivas y antecedentes de farmacodependencia, situación que demandó orientación y fortalecimiento de las rutas de atención.

Comentado [77]: cuantos pacientes crónicos tenemos caracterizados en los ppl

Comentado [78]: Ajustado.

- Afecciones dermatológicas, incluyendo dermatitis, micosis y lesiones cutáneas leves asociadas a las condiciones ambientales y de higiene.
- Alteraciones gastrointestinales como gastritis y trastornos digestivos, relacionadas con hábitos alimentarios y condiciones de estrés.

Es importante señalar que una proporción significativa de las atenciones estuvo orientada a la identificación de factores de riesgo y necesidades de promoción y prevención, más que al manejo de patologías agudas de alta complejidad, dado el alcance de las acciones desarrolladas en el marco de la Atención Primaria Social.

Avances y resultados

- Cumplimiento del 100 % de las jornadas programadas.
- Cobertura del 100 % de la población caracterizada, garantizando la atención individual de las 156 personas identificadas.
- Fortalecimiento de la articulación intersectorial entre salud, autoridades de policía y entidades del sector justicia para facilitar el acceso a los servicios de salud dentro de los centros de detención transitoria.
- Identificación oportuna de factores de riesgo individuales y colectivos que permitieron orientar acciones preventivas y de seguimiento.
- Fortalecimiento de la educación para la salud mediante actividades enfocadas en autocuidado, prevención de enfermedades transmisibles, control de enfermedades crónicas, salud mental y promoción de estilos de vida saludables.

- Contribución al reconocimiento del derecho a la salud de una población altamente vulnerable, acercando la oferta institucional a personas que presentan importantes barreras de acceso.

A pesar de los resultados alcanzados, durante el desarrollo de la estrategia persisten algunos desafíos que requieren fortalecimiento para los próximos periodos:

- La alta rotación de la población privada de la libertad dificulta el seguimiento longitudinal y la continuidad de las intervenciones realizadas.
- Las condiciones de hacinamiento y las limitaciones de infraestructura de algunos centros incrementan la exposición a riesgos sanitarios y dificultan el desarrollo de actividades educativas grupales.
- La permanencia temporal de las personas en estos establecimientos limita la implementación de procesos continuos de promoción de la salud y seguimiento a condiciones crónicas.
- Se requiere continuar fortaleciendo la articulación entre las instituciones del sector salud, justicia y protección social para garantizar una adecuada continuidad del cuidado cuando las personas recuperan la libertad o son trasladadas a otros establecimientos.
- Persisten necesidades relacionadas con el fortalecimiento de la atención en salud mental, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la vinculación efectiva a las rutas de atención integral para personas con múltiples vulnerabilidades.

En términos generales, los resultados obtenidos evidencian que la estrategia desarrollada permitió consolidar un modelo de intervención intersectorial alineado con los principios de la

Atención Primaria Social, facilitando el acceso efectivo a acciones de promoción de la salud, gestión del riesgo y atención integral para la población privada de la libertad. La coordinación entre las instituciones participantes favoreció la identificación temprana de necesidades en salud, la mitigación de riesgos y el fortalecimiento de la respuesta institucional frente a una población que, por sus condiciones de vulnerabilidad y contexto de privación de la libertad, requiere intervenciones diferenciales, oportunas e integrales.

4.6.7 Desarrollo de acciones intersectoriales en el marco de la Atención Primaria Social:

POBLACIÓN CON ABANDONO SOCIAL

Tabla 36 Acciones intersectoriales APS 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)

Comunidad Transitoria Recurrente (Albergue)	Cuidado Transitorio Los Caminantes	1	36	18	50%	4	4	100%
NTRO TRANSITORIO PARA LA VEJEZ	CE SAMP ER MEND OZA	1	40	26	65%	6	6	100%
Comunidad de Vida (Adultez)	BALCANES	1	52	45	86.53 %	10	10	100%

Fuente: Reporte de intervenciones base nominal de seguimiento Habitante de Calle

Durante el periodo evaluado, se avanzó en la implementación de las acciones programadas en las instituciones y comunidades priorizadas, mediante el desarrollo de jornadas orientadas a la valoración individual, identificación de riesgos, gestión de citas y fortalecimiento de los planes de bienestar dirigidos a la población institucionalizada.

En total, se realizaron tres jornadas de atención en igual número de instituciones, alcanzando intervención en 128 usuarios institucionalizados, de los cuales 89 recibieron valoración individual, lo que representa una cobertura global del 69,53%. Este resultado evidencia avances significativos en la ejecución operativa de las acciones, especialmente si se considera que durante el periodo no se contó con la contratación completa del talento humano, particularmente

del perfil profesional de medicina, requerido para la programación de jornadas y el desarrollo de atenciones individuales.

- Cuidado Transitorio Los Caminantes: 18 usuarios valorados de 36 residentes, con una cobertura del 50%.
- CE Samper Mendoza: 26 usuarios valorados de 40, equivalente a 65% de cobertura.
- Comunidad de Vida Balcanes: 45 usuarios valorados de 52, alcanzando la mayor cobertura con 86,53%.

Lo anterior permite identificar que, pese a las limitaciones operativas, se logró una implementación progresiva y efectiva, especialmente en instituciones con mejores condiciones de articulación y disponibilidad de usuarios.

Uno de los principales logros alcanzados corresponde a la efectividad del agendamiento, la cual fue del 100% en todas las instituciones intervenidas. De los 20 usuarios con requerimiento de citas, la totalidad recibió respuesta efectiva, evidenciando una gestión resolutive en la articulación interinstitucional y en la capacidad de respuesta frente a necesidades identificadas durante las jornadas.

La no cobertura del 100% de instituciones y usuarios atendidos obedece principalmente a factores operativos, institucionales y de disponibilidad del talento humano, situación que limitó la capacidad instalada para la programación de jornadas, la realización de valoraciones individuales y la ampliación de cobertura hacia la totalidad de usuarios institucionalizados. Esta limitación incidió directamente en la frecuencia de jornadas realizadas y en el número de usuarios efectivamente atendidos.

Factores institucionales:

Dinámicas propias de las instituciones y comunidades, como rotación de usuarios.

Ausencia temporal de algunos residentes durante la jornada.

Dificultades en la coordinación de horarios internos.

Condiciones de salud o disposición voluntaria de algunos usuarios que dificultaron la valoración.

Ingresos y egresos frecuentes de población transitoria.

No obstante, es importante resaltar que, pese a estas limitaciones, se dejó establecida la articulación y programación de próximas atenciones para el siguiente periodo, conforme a los acuerdos interinstitucionales establecidos, lo que representa un avance importante en la continuidad del proceso.

A partir de las valoraciones individuales realizadas y de los reportes institucionales disponibles, las principales condiciones de morbilidad identificadas en esta población suelen estar relacionadas con enfermedades crónicas no transmisibles y condiciones derivadas de la vulnerabilidad social propia del contexto.

Entre las condiciones más frecuentes se destacan:

- Hipertensión arterial
- Diabetes mellitus
- Trastornos de salud mental
- Alteraciones nutricionales
- Enfermedades respiratorias agudas y crónicas

- Deterioro funcional asociado al envejecimiento.

En instituciones de carácter transitorio y albergues, se evidencian además condiciones asociadas a:

- Consumo de sustancias psicoactivas,
- Enfermedades dérmicas.
- Infecciones respiratorias,
- Patologías derivadas de exposición prolongada a condiciones de calle.

Estas morbilidades refuerzan la necesidad de mantener estrategias integrales de seguimiento, oportunidad en la asignación de citas y fortalecimiento de rutas de atención.

Frente a los planes de bienestar dirigidos a usuarios institucionalizados, se evidencian avances importantes en la identificación de necesidades individuales y colectivas, así como en la articulación con los equipos responsables de cada institución.

Entre los principales logros se destacan:

- Caracterización inicial de necesidades en salud.
- Priorización de usuarios con riesgo.
- Gestión efectiva de citas y remisiones.
- Coordinación interinstitucional para continuidad del cuidado.
- Programación de nuevas jornadas de seguimiento.

Dificultades identificadas

- Cobertura parcial de usuarios.
- Limitación de talento humano perfil de medicina.
- Seguimiento incompleto a usuarios nuevos o transitorios.

Con el fin de mejorar la cobertura, efectividad del agendamiento y consolidación de planes de bienestar, se proponen garantizar la contratación oportuna y completa del perfil de medicina y demás profesionales requeridos, definir cronogramas mensuales articulados con las instituciones en articulación con SDIS, diseñar planes de intervención con metas, responsables y seguimiento por usuario e institución.

4.6.8 Casas MÁS Bienestar

En cumplimiento de los lineamientos técnicos establecidos por la Secretaría Distrital de Salud para la implementación de la estrategia Casas MÁS Bienestar, la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. dio inicio a las acciones correspondientes durante el periodo comprendido entre abril y junio de 2026, orientadas al fortalecimiento de la promoción de la salud, la gestión integral del riesgo y el bienestar de las personas participantes mediante el desarrollo de sesiones colectivas.

De acuerdo con lo definido en el lineamiento operativo, para la ejecución de esta estrategia la Subred Centro Oriente debe disponer de dos perfiles profesionales encargados del desarrollo de las intervenciones: un Terapeuta Ocupacional y un Artista, quienes, desde sus competencias disciplinares, implementan las actividades dirigidas a fortalecer las dimensiones del autocuidado integral, la autonomía cotidiana y el bienestar emocional de la población beneficiaria.

No obstante, durante el proceso de inicio de las acciones se presentaron situaciones relacionadas con la vinculación del talento humano. En este sentido, a partir del 10 de abril de 2026 únicamente se contó con la contratación del profesional del perfil Artista, mientras que el proceso de contratación del Terapeuta Ocupacional permaneció pendiente durante dicho mes y hasta la fecha. Esta situación incidió directamente en la capacidad operativa para el desarrollo de la totalidad de las actividades contempladas en el lineamiento técnico, reflejándose en un menor número de sesiones ejecutadas durante el mes de abril, particularmente porque el inicio de la implementación de las intervenciones se concentró en las dos últimas semanas del mes.

Sin perjuicio de esta limitación operativa, desde el momento de la vinculación del profesional disponible se adelantaron las actividades preparatorias necesarias para garantizar una adecuada implementación de las acciones. Entre ellas se destacan los procesos de acercamiento institucional y reconocimiento de las dinámicas de funcionamiento de las Casas MÁS Bienestar en cada una de las localidades de las cuatro subredes; la articulación permanente con los referentes y responsables de cada sede; la planeación concertada de las actividades y sesiones colectivas; la construcción y validación del cronograma de intervención; la participación en los espacios de inducción, capacitación y asistencia técnica brindados por la subred Centro Oriente; así como la gestión para la solicitud, creación y asignación del usuario del aplicativo GTAPS, herramienta oficial para el registro y seguimiento de las actividades desarrolladas.

Una vez surtidas estas acciones de alistamiento, se dio inicio a la ejecución de las sesiones colectivas, desarrollando las intervenciones conforme a los lineamientos técnicos establecidos por la Secretaría Distrital de Salud y priorizando el fortalecimiento de las acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y generación de capacidades individuales y colectivas en la

población a abordar. Durante los meses posteriores se evidenció el fortalecimiento progresivo de la estrategia, con un incremento en el número de sesiones ejecutadas y en la participación de los usuarios, reflejando la consolidación de los procesos operativos y la apropiación gradual de la oferta institucional por parte de la población atendida.

En el presente informe se presentan los resultados cuantitativos correspondientes al periodo de abril a junio de 2026, incluyendo el análisis de las sesiones colectivas desarrolladas, la participación alcanzada y el comportamiento de los indicadores establecidos en el lineamiento, como insumo para el seguimiento del desempeño de las acciones implementadas en las Casas MAS Bienestar desde la perspectiva de la gestión integral del riesgo y el fortalecimiento del bienestar.

Tabla 37 Casa más Bienestar Abril 2026

	Tipo de sesión	N.º de sesiones realizadas	N.º de participantes	Resultado alcanzado
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	Autocuidado Integral	2	12	100%
	Autonomía Cotidiana	0	0	0%
	Bienestar Emocional	0	0	0%
	TOTAL	2	12	100%

Fuente: Planos GTAPS

Durante el mes de abril se desarrollaron dos (2) sesiones colectivas, concentradas exclusivamente en el componente de Autocuidado Integral, con la participación efectiva de doce (12) personas. Durante este periodo no se ejecutaron actividades correspondientes a los componentes de Autonomía Cotidiana ni Bienestar Emocional, lo cual evidencia que el proceso se encontraba en una fase inicial de implementación y organización de la estrategia.

La ejecución del 100 % de las sesiones programadas para Autocuidado Integral refleja el cumplimiento de la planeación establecida para este componente durante el mes. Sin embargo, el volumen de participantes fue limitado en comparación con los meses posteriores, aspecto que resulta coherente con el inicio de la operación, los procesos de convocatoria y la identificación progresiva de la población objetivo.

En términos de gestión del riesgo, las acciones desarrolladas permitieron iniciar procesos de fortalecimiento de capacidades individuales orientadas al cuidado de la salud y la promoción de hábitos saludables, constituyendo la base para la ampliación de la cobertura en los meses siguientes.

Tabla 38 Casa más Bienestar Mayo 2026

	Tipo de sesión	N.º de sesiones realizadas	N.º de participantes	Resultado alcanzado
	Autocuidado Integral	15	106	100%

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	Autonomía Cotidiana	2	21	100%
	Bienestar Emocional	1	3	100%
	TOTAL	18	130	100%

Fuente: Planos GTAPS

Durante mayo se observó un crecimiento significativo de la estrategia, alcanzando dieciocho (18) sesiones colectivas con una participación de ciento treinta (130) personas.

El componente de Autocuidado Integral concentró la mayor proporción de actividades, desarrollando quince (15) sesiones con ciento seis (106) participantes, lo que evidencia que continuó siendo el eje principal de intervención.

De igual forma, durante este periodo inició la implementación de sesiones de Autonomía Cotidiana, con dos (2) encuentros y veintiún (21) participantes, así como la incorporación del componente de Bienestar Emocional, mediante una sesión que contó con tres (3) asistentes.

El cumplimiento del 100 % de las metas establecidas para los tres componentes refleja una adecuada capacidad operativa y de articulación del equipo ejecutor, permitiendo ampliar la oferta de actividades y diversificar los procesos de promoción del bienestar integral. El incremento en la participación respecto al mes anterior evidencia una mayor capacidad de convocatoria, fortalecimiento de la estrategia y posicionamiento de las Casas MAS Bienestar entre la población beneficiaria.

Tabla 39 Casa más Bienestar Junio 2026

	Tipo de sesión	N.º de sesiones realizadas	N.º de participantes	Resultado alcanzado
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	Autocuidado Integral	8	69	100%
	Autonomía Cotidiana	6	55	100%
	Bienestar Emocional	6	50	100%
	TOTAL	20	174	100%

Fuente: Planos GTAPS

Durante el mes de junio se ejecutaron veinte (20) sesiones colectivas, constituyéndose en el mes con mayor volumen de actividades desarrolladas durante el periodo evaluado, registrando además ciento setenta y cuatro (174) participantes.

Aunque disminuyó el número de sesiones de Autocuidado Integral frente al mes anterior, este componente continuó presentando una participación importante con ocho (8) sesiones y sesenta y nueve (69) asistentes.

Se evidenció un fortalecimiento importante de los componentes de Autonomía Cotidiana y Bienestar Emocional, los cuales desarrollaron seis (6) sesiones respectivamente, con cincuenta

y cinco (55) y cincuenta (50) participantes. Esta distribución demuestra una mayor integralidad de la estrategia, permitiendo abordar de manera equilibrada diferentes dimensiones del bienestar físico, emocional y social de la población participante.

El cumplimiento del 100 % de los resultados previstos para todos los componentes evidencia una adecuada planeación, ejecución y seguimiento de las actividades programadas, favoreciendo la consolidación de las acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos.

Tabla 40 Casa más Bienestar Consolidado Abril a Junio 2026

	Tipo de sesión	N.º de sesiones realizadas	N.º de participantes	Resultado alcanzado
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	Autocuidado Integral	25	187	100%
	Autonomía Cotidiana	8	76	100%
	Bienestar Emocional	7	53	100%

Fuente: Planos GTAPS

Durante el periodo comprendido entre abril y junio de 2026 se desarrollaron un total de cuarenta (40) sesiones colectivas, en las cuales participaron trescientas dieciséis (316) personas.

El componente de Autocuidado Integral representó la mayor carga operativa de la estrategia, con veinticinco (25) sesiones y ciento ochenta y siete (187) participantes, consolidándose como el principal espacio de fortalecimiento de capacidades para el autocuidado y la promoción de estilos de vida saludables.

Por su parte, Autonomía Cotidiana registró ocho (8) sesiones con setenta y seis (76) participantes, evidenciando un crecimiento progresivo a partir del mes de mayo y fortaleciendo competencias relacionadas con la independencia funcional y el desarrollo de habilidades para la vida diaria.

El componente de Bienestar Emocional desarrolló siete sesiones con cincuenta y tres (53) participantes, mostrando una expansión importante durante junio, lo cual favoreció el abordaje de factores protectores asociados a la salud mental, el manejo emocional y la convivencia.

En términos generales, el comportamiento de las cifras evidencia un crecimiento sostenido de la estrategia, tanto en el número de sesiones como en la participación de la población beneficiaria. La evolución observada entre abril y junio demuestra el fortalecimiento progresivo de la capacidad operativa de los equipos ejecutores, una mayor apropiación de la oferta institucional por parte de la comunidad y una diversificación de las acciones orientadas a la gestión integral del riesgo y la promoción del bienestar.

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

5.1 FAMILIAS ÉTNICAS - AFRODESCENDIENTES

Para el trimestre de Abril a Junio 2026 en las acciones de bienestar de abordaje étnico diferencial para la población afrodescendiente de los equipos Más Bienestar En Tu Hogar de la subred Integrada de Servicios de salud Centro oriente, contó con cinco kilombos en el periodo comprendido, los cuales se encuentran distribuidos de la siguiente manera:

1. Kilombo Aroni perteneciente a las localidades de 03 - Santafé y 14 - Mártires compuesto por 1 profesional de enfermería, 1 técnico ambiental, 1 partera y 1 sabedora y 1 gestor
2. Kilombo Obatala perteneciente a las localidades 18 - Rafael Uribe Uribe compuesto por 1 profesional de enfermería, 1 técnico ambiental, 1 partera, 1 sabedora y 1 gestor.
3. Kilombo Yumma perteneciente a la localidad 15 - Antonio Nariño compuesto por 1 profesional de enfermería, 1 técnico ambiental, 1 partera, 1 sabedora y 1 gestor.
4. Kilombo Chango perteneciente a la localidad 17 - Candelaria compuesto por 1 profesional de enfermería, 1 técnico ambiental, 1 partera, 1 sabedora y 1 gestora
5. Kilombo Oshumare perteneciente a la localidad 4 - San Cristóbal compuesto por 1 profesional de enfermería, 1 técnico ambiental, 1 partera, 1 sabedora y 1 gestor el cual desarrolló acciones durante el mes de abril y se encuentra en proceso de contratación de un nuevo colaborador.

Para el periodo en mención se realizaron las siguientes acciones:

5.1.1 Plan de Bienestar con Familias Étnicas – Afrodescendientes

Tabla 41 Familias con formulación e implementación de plan de bienestar diferencial en familias de comunidades negras y afrocolombiana

LOCALIDAD	Número de familias con Formulación e implementación de Plan de Bienestar Diferencial en Familias de comunidades Negras y Afrocolombiana
Santa fe	85

San Cristobal	82
Martires	59
Antonio Nariño	57
Candelaria	10
Rafael Uribe Uribe	84
Total	377

Fuente: Archivo plano plan de bienestar familiar GTAPS

Durante el periodo comprendido entre el 1 de abril y el 30 de junio de 2026, se desarrolló un proceso integral orientado a la identificación y el acompañamiento de nuevas familias afrocolombianas y negras. Para ello, se realizaron recorridos y visitas en distintas localidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., con el propósito de reconocer a aquellos hogares que podían beneficiarse del apoyo y seguimiento en la implementación del plan de cuidado familiar diferencial dirigido a esta población. Este enfoque permitió fortalecer la atención desde los kilombos, articulando los saberes de la medicina ancestral y la medicina occidental con el fin de reducir los riesgos en salud, tanto a nivel individual como familiar.

De igual manera, se llevó a cabo un seguimiento exhaustivo en aspectos clave como la salud ambiental, la calidad del aire, el cuidado de los animales, la promoción de entornos seguros y saludables, la alimentación equilibrada, el autocuidado, la actividad física, la gestión emocional, las redes de apoyo y la articulación interinstitucional. Como resultado de estas acciones, se

promueve el acceso a oportunidades en educación, empleo, canasta afro y servicios de salud, lo cual contribuyó a la eliminación de barreras y facilitó el acceso oportuno a los servicios ofrecidos por la subred y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). Este proceso fue liderado por perfiles de enfermería, técnicos ambientales, parteras, sabedoras y un gestor étnico afro, quienes incorporaron prácticas tradicionales y su cosmovisión en los procesos de atención.

La implementación de la estrategia de atención de las familias afro durante este trimestre permitió visibilizar mayor compromiso y adherencia tanto a los tratamientos ancestrales como a los occidentales, en las que se abordó población gestantes, menores de 5 años y crónicos siendo este último la mayor prevalencia de atención en la comunidad afro abordada, identificando población con hipertensión condición que se encuentra estrechamente relacionada con antecedentes de hábitos alimenticios inadecuados, entre los que se contempla el exceso de carbohidratos mediante el consumo de plátano verde y maduro frito, arroz blanco en grandes porciones, y carnes con alto contenido de sal y grasa.

5.1.2 Apechonería con familias étnicas – Afrodescendientes

Para el trimestre de Abril a Junio 2026 la implementación de las apechonerías ejecutadas bajo la modalidad de sesiones colectivas se proyecta mediante la gestión propia de los kilombos y sus equipos interdisciplinarios, en articulación con la delegada para la política pública NARP y la Consultiva Afro. En consonancia con las necesidades identificadas por la comunidad, el desarrollo de estas acciones de bienestar propició espacios de encuentro basados en el diálogo de saberes en salud y en la construcción conjunta de conocimiento, integrando tanto el enfoque occidental como el ancestral. Este proceso facilitó el reconocimiento de diversos conceptos que

Comentado [79]: No es clara la idea que se quiere relacionar, es importante precisar el alcance desde la delegada y las consultivas para la proyección de las acciones, así como mencionar si alguno de estos espacios se desarrolló en el marco de mesas de diálogo o todas fueron desarrolladas con comunidad

Comentado [80]: AJUSTADO

favorecieron una mejor comprensión del cuidado de la salud y la enfermedad, redundando directamente en el bienestar integral de las personas y sus comunidades.

A lo anterior se describe el resultado del indicador de seguimiento como se relacionan a continuación:

Tabla 42 Indicador de seguimiento acciones de bienestar apechonería

Nombre del indicador	Frecuencia de medición	Fórmula
Sesiones educativas diferenciales para las diferentes etnias.	Mensual	$\frac{\text{N}^\circ \text{ sesiones educativas realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ total de sesiones programadas}} \times 100$ $60 \times 100/60 = 100\%$

Fuente: Archivo plano Sesiones Colectivas GTAPS

Durante el presente trimestre, se consolidó el desarrollo de las apechonerías como espacios comunitarios fundamentales para el intercambio de saberes tradicionales, Estos encuentros permitieron ofrecer una atención en salud intercultural y complementaria entre lo occidental y ancestral, logrando que los sabedores étnicos y los profesionales de la salud occidental trabajarán de manera conjunta en las localidades de manera articulada, posicionando las sesiones educativas planificadas, logrando la implementación de cinco kilombos que alcanzaron el 100% de ejecución en todas las sesiones programadas para el periodo.

En el marco del convenio establecido, las apechonerías se encuentran orientadas al fortalecimiento del tejido social y cultural de las comunidades atendidas, en las que se

promociona la medicina ancestral el uso de plantas medicinales de territorio, la implementación de huertas en la ciudad como estrategia que rescata y difunde las costumbres botánicas y de autocuidado propias de la población afro, Asimismo, se se reforzó la identidad cultural mediante la transmisión de conocimientos tradicionales vinculados directamente a la cosmovisión y cosmogonía de estas comunidades

La gestión en las sesiones promovió la adopción de estilos de vida saludables, el cuidado integral del cuerpo y el concepto del "buen vivir"; dentro de las actividades, se conmemoró la afrocolombianidad, se brindó educación a los participantes en temas claves de promoción de la salud cardiovascular, la prevención de patologías crónicas no transmisibles, impartiendo pautas específicas para el manejo de la diabetes, la hipertensión y promoviendo una alimentación equilibrada con base en los saberes propios de la medicina tradicional, la conservación de alimentos y las buenas prácticas de manipulación de alimentos para mitigar riesgos sanitarios.

Iniciativa Ambiental

En el marco de ejecución del convenio en el trimestre, el desarrollo de las iniciativas ambientales por los perfiles ambientales que hacen parte de los kilombos avanzaron en la estrategia de huertas urbanas interculturales para sembrar plantas tradicionales utilizadas en las prácticas de sanación, En este contexto, se desarrollaron diversas acciones enfocadas en el cuidado de la salud desde la medicina ancestral, resaltando el uso de plantas medicinales propias de la tradición afrocolombiana.

A través de estas huertas, se incentivó la siembra y el aprovechamiento de especies nativas con propiedades curativas, fundamentales tanto para la medicina ancestral como para el fortalecimiento de la soberanía alimentaria. Esta iniciativa facilitó que los participantes se conectaran con sus raíces culturales y adoptaran prácticas saludables, promoviendo la preservación de sus saberes ancestrales y el cuidado integral de su bienestar.

5.1.3 Técnicas de curación ancestral - Negras y Afrocolombianas

El desarrollo de las Técnicas de Curación en los Kilombos, basadas en la medicina ancestral afrocolombiana y ejecutadas en el marco del convenio, se fundamenta en un modelo integral de atención que busca articular la medicina occidental con la medicina ancestral. Este modelo complementa los saberes y reconoce el valor científico, cultural y espiritual de las prácticas tradicionales para ofrecer una respuesta de salud con enfoque étnico a las comunidades, desplegándose mediante la implementación de las técnicas de curación en los Kilombos, en los que la capacidad operativa se presenta desde una infraestructura cultural y de salud.

Durante el periodo evaluado, las acciones se concentraron en puntos estratégicos de la Subred Centro Oriente desarrollados en las diferentes localidades, así como en el avance en el posicionamiento del Kilombo Oshumaré, el cual inició su ejecución en el mes de abril y desarrolló acciones en la localidad de San Cristóbal. El nodo de atención en los Kilombos, mediante la estrategia de técnicas de curación ancestral, se encuentra enfocado en el núcleo comunitario local desde un espacio fijo de articulación y recepción de individuos y familias que reciben armonización y consejería en salud propia para el desarrollo de sobijos y prácticas curativas espirituales.

Tabla 43 Acciones de bienestar técnicas de curación

LOCALIDAD	Acciones de bienestar - Técnicas de curación	Número de atenciones técnicas de curación
Antonio Nariño	6	60
Candelaria	45	568
Rafael Uribe Uribe	45	436
San Cristobal	24	216
Total	120	1280

Fuente: Archivo plano sesiones colectivas - GTAPS

La distribución en estos cinco espacios garantizó que el acompañamiento integral impactara directamente en los entornos familiares y vecinales, atendiendo tanto a la población con pertenencia étnica Afro como a la población sin pertenencia étnica que acuden a los espacios en las diferentes localidades. Para ello, el equipo interdisciplinario conformado por partera, sabedora, enfermera, perfil ambiental y gestores estructuró acciones que articulan la medicina ancestral Afro y la implementación de técnicas específicas, dando respuesta efectiva a los motivos de consulta presentados por la comunidad en su diversidad.

- **Orientaciones en Salud** a partir de pautas preventivas ante enfermedades crónicas, desequilibrios físicos y la necesidad de comprender el proceso de enfermedad desde la perspectiva cultural afrocolombiana.
- **Productos de Medicina Ancestral** Entrega controlada de preparados tradicionales elaborados con botánica local que atienden a afectaciones del sistema inmunológico,

Comentado [81]: es importante resaltar que las personas que acuden a estos espacios no siempre tienen pertenencia étnica, incluso en algunos casos supera la asistencia personas sin pertenencia. revisar

Comentado [82]: AJUSTADO

debilidad física general y síntomas derivados de enfermedades comunes que requieren tratamientos naturales.

- **Elaboración y Distribución de Bebidas Tradicionales** la preparación minuciosa de infusiones, tomas y brebajes con propiedades terapéuticas que atienden a Trastornos digestivos, afecciones respiratorias estacionales y síndromes culturales asociados a la pérdida de energía o desarmonía interna.
- **Aplicación de terapias Tópicas (Pomadas y Unguentos)** Uso de tratamientos directos sobre la piel con masajes y fricciones empleando ingredientes de origen natural para dolores osteomusculares, inflamaciones articulares, contracturas por esfuerzo físico y cansancio corporal acumulado.
- **Acompañamiento Espiritual y Ancestral** desde la guía y escucha en las que la armonización, consejería existencial y conexión con los entornos naturales aporta al abordaje de las alteraciones emocionales, promoviendo la conexión con los ancestros, la naturaleza y la cosmovisión.

Cabe resaltar que si bien se documentan las vías de administración (tópica, oral, espiritual) y el uso general de plantas medicinales, las fórmulas exactas, los rezos de armonización, los tiempos de maduración de los brebajes y las combinaciones botánicas específicas se mantienen bajo la reserva de los **"secretos ancestrales"** como un mecanismo que protege y salvaguarda el patrimonio inmaterial de las comunidades afrocolombianas frente a lógicas de apropiación externa. A continuación, se describe el indicador de la acción de bienestar de técnicas de curación.

Tabla 44 Indicador técnicas de curación ancestral

Nombre del indicador	Frecuencia de medición	Fórmula
Acciones desde la medicina ancestral realizadas para las diferentes etnias. (afrodescendientes)	Mensual	(N° acciones desarrolladas / N° total de acciones programadas) $120 * 100 / 120 = 100\%$

Fuente: Reporte sesiones colectivas aplicativo GTAPS subred Centro Oriente de Abril a Junio del 2026.

Durante el segundo trimestre de desarrollo del convenio (Abril -Junio de 2026), se lograron resultados de alto impacto, alcanzando un total de **1.280** atenciones individuales en el marco de las técnicas de curación implementadas en los kilombos de las subred. Se ejecutaron **120** técnicas de curación, que de muestra un 100% de ejecución de los kilombos Aroni, Yumma, Chango, Obatala y Oshumare visibilizando la capacidad de convocatoria y logística en los territorios, **logrando diálogos de Saberes de medicina ancestral desde vínculos de confianza que disminuyen las barreras de acceso a la salud colectiva para la población y aporta a la cohesión comunitaria.**

Logros y Oportunidades de mejora.

Durante el análisis del proceso operativo se visibiliza resultados favorables y retos durante la ejecución.

- Complejidad en la Georreferenciación local de la población debido a la dispersión geográfica de las familias afrodescendientes a lo largo de las distintas localidades que aborda la subred centro oriente, generando dificultades para el seguimiento continuo de los tratamientos ancestrales posterior a la atención inicial por partera y sabedora en

Comentado [83]: aclarar el periodo de reporte, teniendo en cuenta que es trimestra, así mismo es importante señalar frente a las atenciones individuales, que son dadas desde lo colectivo, teniendo en cuenta que para el convenio es válida la atención individual con cargo a la EAPB, por lo que resulta importante diferenciar

Comentado [84]: AJUSTADO

Comentado [85]: no es claro a que tratamientos hacen referencia

Comentado [86]: AJUSTADO

usuarios con caída de matriz, descomposturas, acomodación de la vejiga y inflamación del colon.

- Las jornadas ejecutadas en los Kilombos de la Subred Centro Oriente demuestran ser una estrategia fundamental de Atención en salud con enfoque diferencial en la que se validan las creencias y costumbres de la población no solo afrocolombiana sino de la población general que se vincula, generando alta demanda de atención en la comunidad quien posiciona y requiere estos espacios de atención tradicional en su bienestar cotidiano.
- Es necesario fortalecer el registro de las atenciones presentadas en los kilombos en el que se identifique el motivo de consulta para un monitoreo de atención en pro de fomentar la información, educación y orientación.
- Articulación en salud desde un enfoque integral en el que se contempla tanto las dimensiones físicas como espirituales del bienestar.
- Servicios de atención diferencial a partir de las necesidades de los usuarios que incluyen orientaciones personalizadas en salud
- Fortalecimiento de la identidad cultural y sentido de pertenencia ante los saberes, mediante la realización de rituales y ceremonias, que fomenta la conexión con los ancestros.
- Garantía de acceso continuo a la medicina ancestral: La disponibilidad permanente de estos servicios en los kilombos Aroni, Yumma, Obatala, Chango y Oshumare permitió asegurar una atención cercana y constante, alineada con la cosmovisión cultural de la población beneficiaria.

- Reconocimiento y preservación de saberes ancestrales: las estrategias desarrolladas promueven los conocimientos tradicionales en salud, favoreciendo su transmisión y fortaleciendo el respeto por las prácticas heredadas de generación en generación.

5.2 FAMILIAS INDÍGENAS EMBERA

5.3.1 Gestión Integral del riesgo en familias indígenas embera

En el marco del Convenio EMBH durante segundo trimestre del año 2026, que comprende exactamente desde el 1 de abril hasta el 30 de junio de 2026; se desarrollaron acciones de atención, identificación, seguimiento y acompañamiento en los siguientes espacios: UPI la Rioja en la Localidad Mártires, Albergue Amor Eficaz Localidad de Santa fe, Albergue Santa Marta Localidad de San Cristóbal, Paga diarios La Favorita , Paga diarios La Alameda Localidad de Santa fe, Apartamentos en Arriendo Ciudad Bolívar, San Cristóbal, Santa fe y Usme.

Para el desarrollo de estas actividades, se contó con un equipo interdisciplinario conformado por tres profesionales de enfermería, un profesional psicosocial con perfil base en Psicología, diez auxiliares de enfermería, dos parteras, dos jaibanás y cinco gestores étnicos pertenecientes a la comunidad Emberá; cabe resaltar que durante este trimestre se adelantó el proceso de contratación del perfil en Trabajo Social para contar con los dos perfiles psicosociales.

Los distintos perfiles realizaron acciones en salud orientadas a mitigar barreras de acceso, mediante recorridos enfocados en la identificación de riesgos, seguidos de procesos de valoración y atención individual por parte del equipo étnico diferencial Emberá. Dichas acciones

Comentado [87]: periodo del reporte

Comentado [88]: AJUSTADO

Comentado [89]: son dos perfiles

Comentado [90]: AJUSTADO

se ejecutaron conforme a los signos de alarma identificados y se acompañaron de un proceso de seguimiento continuo.

Todas las intervenciones se desarrollaron desde un enfoque de medicina ancestral, en articulación con la medicina occidental, garantizando el respeto por la cosmovisión de la comunidad.

A continuación, se describen las acciones realizadas y la cobertura alcanzada en cada uno de los puntos de asentamiento en el distrito.

Tabla 45 Cobertura acciones embera por punto de asentamiento

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 Embera
				Medicina
UPI La Rioja	54	6	261	20
Albergue Santa Martha	0	1	78	16
Albergue Amor eficaz	1	1	31	8
Pagadiarios	92	4	118	31
Total	147	12	488	75

Fuente: Reporte de intervenciones y Atenciones ancestrales en sesiones colectivas aplicativo GTAPS

Durante el trimestre de Abril a Junio de 2026, en la Unidad de Protección Integral (UPI) La Rioja se destacó por concentrar la mayor población atendida con 261 personas desde la medicina ancestral, consolidándose como el principal asentamiento con dinámicas de atención por parte del Jaibana. En este periodo, el equipo étnico diferencial ingresó para desarrollar acciones de identificación y seguimiento a la población dando como resultado de esta gestión del riesgo en la comunidad Emberá, realizando por parte del perfil de Enfermería 134 seguimientos, los Gestores Más Bienestar ejecutaron 291 y el equipo psicosocial desarrolló 29, consolidando un total de 454 seguimientos.

Cabe resaltar que durante el periodo de Abril a Junio se han encontrado barreras de acceso para abordar la Población Ubicada en albergue Ocobos ya que su líder limita el ingreso de manera continua, así mismo se realizó retorno a territorio en el mes de Abril por parte de las personas que se encontraban en la agencia nacional de tierras vinculadas inicialmente al albergue fundines en la cual retornaron dos de los jaibanás que desarrollaban acciones para la Subred Centro Oriente.

Es importante resaltar la activa participación de la comunidad en las acciones colectivas, las cuales abordaron diversas temáticas relacionadas con el cuidado de la salud, tales como esquemas de vacunación, lactancia materna, salud oral, salud sexual y reproductiva, cuidado de la salud mental. y las prácticas de cuidado ancestral desde la transmisión de saberes asociado al uso de plantas y aceites para la prevención de enfermedades. Esto sugiere la implementación de una estrategia de intervención focalizada y pertinente a las necesidades del territorio.

Las acciones fueron desarrolladas de manera articulada entre la medicina ancestral y la medicina occidental, integrando prácticas como la estrategia AIEPI y promoviendo la prevención y el cuidado integral de la salud en la comunidad indígena Emberá.

Acciones colectivas

Las acciones desarrolladas durante el periodo de ejecución del convenio integran el componente psicosocial, la medicina ancestral, medicina occidental y las estrategias de la UAIC, con el propósito de brindar una atención integral, intercultural y diferencial a la población atendida.

Acciones colectivas – componente psicosocial

El perfil psicosocial desarrollado en el periodo comprendió acciones de educación colectiva desde las necesidades visibilizadas en la comunidad, acorde a su curso de vida y orientadas a la solución de problemas y conflictos, la toma de decisiones, manejo de emociones y sentimientos, autoconocimiento y mitigación de Factores de riesgo psicosociales. El reconocimiento y la gestión de las emociones, así como a resaltar la importancia del juego en la infancia. Estas actividades contribuyeron al fortalecimiento de habilidades de autocuidado emocional, la promoción de prácticas de crianza sensibles y protectoras, y la generación de espacios de diálogo que facilitaron la identificación temprana de señales de riesgo.

Acciones colectivas – medicina ancestral

Durante el trimestre de enero a marzo de 2026, se desarrollaron acciones colectivas enfocadas en el equilibrio entre la mente y el cuerpo. En enero, se abordó la transmisión de saberes relacionados con la medicina ancestral; en febrero, se realizó una jornada sobre prevención en

salud oral en niños y niñas, orientada a reducir enfermedades prevalentes como la caries; y en marzo, se llevó a cabo una sesión sobre el cuidado de la salud mediante prácticas ancestrales.

Estas acciones contribuyeron tanto a la prevención como al tratamiento de enfermedades, promoviendo el bienestar integral a través de la articulación entre prácticas tradicionales y el sistema de salud.

Acciones colectivas – UAIC

En la población Embera se desarrolla la estrategia (UAIC) Unidades de Atención Integral Comunitarias en la cual se brinda atención y orientación oportuna y prioritaria en salud, especialmente para casos leves de Infección Respiratoria Aguda (IRA) y Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en niños menores de 5 años; la estrategia desarrolló acciones de educación colectiva centradas en temas prioritarios como la importancia del esquema de vacunación, la lactancia materna, y la enfermedad respiratoria aguda (ERA).

Estas intervenciones fortalecieron los conocimientos de la comunidad, promovieron prácticas saludables y facilitaron la identificación oportuna de signos de alarma. Asimismo, contribuyeron a la disminución de la morbilidad y mortalidad mediante la prevención de enfermedades evitables y el acceso oportuno a los servicios de salud.

Acciones de gestión

Desde el componente de gestión social, se implementaron acciones orientadas a reducir las barreras de acceso a los servicios de salud, a través de procesos de orientación, acompañamiento y articulación con la red de servicios asistenciales. Estas acciones incluyeron la gestión de citas médicas y el seguimiento a la asistencia de los usuarios.

En este apartado se presenta el consolidado de citas gestionadas, junto con un análisis comparativo entre las citas efectivamente atendidas y aquellas no asistidas, con el fin de evaluar el impacto de las estrategias implementadas en el acceso a los servicios de salud.

Tabla 46 Acciones de gestión población Embera

RELACIÓN DE GESTIÓN DE CITAS MÉDICAS INTRAMURALES POR PUNTO DE ASENTAMIENTO				
PUNTO DE ASENTAMIENTO	CITAS AGENDADAS	CITAS ASISTIDAS	CITAS NO ASISTIDAS	CITAS PENDIENTES POR ASISTIR
UPI La Rioja	153	39	103	11
Albergue Amor Eficaz	13	5	8	0
Albergue FUNDINES	1	0	1	0
Albergue La Lupita	18	6	11	1
Paga diarios	188	63	116	9
Albergue Ocobos	18	0	18	0
Albergue Santa Martha	4	2	2	0
TOTAL	395	115	259	21

Fuente: Drive distrital de SDS Gestión perfil Psicosocial Subred Centro Oriente de Abril a Junio del

2026.

Se evidencia una demanda constante de atención en los diferentes puntos de asentamiento; no obstante, persiste una brecha significativa entre las citas programadas y las efectivamente atendidas. De un total de 395 citas agendadas, únicamente 115 fueron cumplidas, mientras que 258 no se concretaron y 21 permanecen pendientes, lo que pone de manifiesto que la inasistencia continúa siendo el principal obstáculo para garantizar el acceso oportuno a los servicios de salud.

Los puntos con mayor volumen de citas, como UPI La Rioja y Paga Diarios en el cual se incluye apartamentos en arriendo concentran también el mayor número de inasistencias; sin embargo, la adherencia es relativamente favorable. En contraste, espacios como el Albergue Ocobos registran niveles críticos de inasistencia, lo que sugiere la existencia de barreras específicas relacionadas con factores como la movilidad, la comprensión de los procesos o la disponibilidad de acompañamiento.

En conjunto, estos resultados evidencian la necesidad de fortalecer las estrategias de orientación, recordatorio y acompañamiento a las citas, con el fin de mejorar la adherencia y garantizar un acceso efectivo a los servicios de salud.

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

En el marco de la Estrategia de la Unidad de Atención Integral Comunitaria (UAIC), se desarrollaron acciones orientadas a la atención integral de niños y niñas menores de cinco años. Estas incluyeron actividades de promoción de la salud, seguimiento comunitario y articulación con los servicios asistenciales, con el propósito de fortalecer el cuidado de la primera infancia y disminuir las barreras de acceso a los servicios de salud en los diferentes asentamientos de la comunidad indígena embera abordados:

Tabla 47 Indicadores estrategia UAIC

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.

Fuente: Aplicativo GTAPS Atenciones UAIC subred Centro Oriente de Abril a Junio del 2026.

Tabla 48 Acciones desde la estrategia de UAIC

Nombre del indicador	Frecuencia de medición	Fórmula	Abril - Mayo -Junio		
			NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO DEL INDICADOR
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.	74	90	82.22%
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.	12	90	13.33%

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	9	90	5.55%
---	---------	--	---	----	-------

Fuente: Aplicativo GTAPS Atenciones UAIC subred Centro Oriente de Abril a Junio del 2026.

Atenciones desde la estrategia de UAIC

Para el trimestre de Abril a Junio 2026 se fortalecieron las acciones orientadas a la mitigación de riesgos de IRA, EDA y DNT en primera infancia de las familias de la comunidad Emberá mediante procesos de educación y sensibilización sobre la importancia de, lavado de manos, prácticas de cuidado, incrementar el consumo de alimentos ricos en proteínas y promover una alimentación saludable basada en los alimentos propios de su cultura y tradición ancestral.

Estas acciones buscan favorecer la recuperación del estado nutricional de los niños y niñas, prevenir enfermedades de la primera infancia, así como fortalecer sus hábitos alimentarios y evitar complicaciones en salud

Durante las atenciones, el equipo de salud de población Embera en la Subred han realizado seguimiento continuo, valoración periódica y activación de las rutas de atención para la recuperación de niños y niñas, gestionando el acceso a los servicios de salud y brindando educación y acompañamiento a la familia con el fin de prevenir complicaciones asociadas.

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

6.1 GESTORES MÁS BIENESTAR: Abordaje Territorial: Gestor MÁS Bienestar

Desde el abordaje inicial desarrollado por el perfil de Gestor Más Bienestar en la ruralidad, se evidencia un avance significativo en el reconocimiento y posicionamiento de la estrategia dentro de las comunidades intervenidas. La presencia permanente del gestor en el territorio, junto con el acompañamiento articulado de los diferentes perfiles interdisciplinarios, ha favorecido la generación de vínculos de confianza con las familias, facilitando la aceptación de las intervenciones y una mayor disposición de la población para participar en las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y gestión integral del riesgo.

Como fortaleza del proceso, se destaca el fortalecimiento progresivo de las competencias técnicas y comunitarias del gestor, quien ha consolidado su rol como primer contacto entre la comunidad y los servicios de salud. Este fortalecimiento se evidencia en una mayor capacidad para realizar la caracterización de las familias, la identificación temprana de factores de riesgo, la toma de medidas antropométricas y signos vitales, la educación priorizada de acuerdo con las necesidades identificadas y la orientación frente al uso adecuado de las rutas de atención. De igual manera, el conocimiento adquirido sobre la dinámica territorial ha permitido un reconocimiento más preciso de las condiciones sociales, geográficas y culturales que inciden en el acceso a los servicios de salud, favoreciendo la implementación de intervenciones pertinentes y oportunas.

Adicionalmente, el empoderamiento del gestor ha permitido optimizar los procesos de identificación de barreras de acceso relacionadas con factores administrativos, geográficos,

económicos y de oportunidad en la atención, facilitando la activación de rutas de derivación hacia los diferentes perfiles profesionales cuando la complejidad del caso así lo requiere. Este proceso ha fortalecido la continuidad de los planes de cuidado instaurados y ha contribuido al seguimiento oportuno de las familias priorizadas, promoviendo una atención más integral y articulada.

No obstante, durante el desarrollo de las actividades también se identifican aspectos susceptibles de fortalecimiento. Entre ellos, persisten barreras asociadas a la dispersión geográfica de algunas comunidades rurales, las limitaciones en el transporte y las dificultades de acceso a determinados sectores, factores que impactan la oportunidad para realizar seguimientos continuos y garantizar la adherencia de algunas familias a las intervenciones programadas. Asimismo, se evidencian limitaciones derivadas de la disponibilidad de servicios de salud especializados y de los tiempos de respuesta institucional para la resolución de algunas necesidades identificadas, situaciones que, aunque exceden el alcance operativo del gestor, inciden directamente en la percepción de oportunidad por parte de la comunidad.

De igual forma, se reconoce la necesidad de continuar fortaleciendo los procesos de educación comunitaria orientados al autocuidado, la corresponsabilidad en salud y el reconocimiento de las rutas de atención, con el propósito de incrementar la demanda inducida hacia los servicios de promoción y mantenimiento de la salud, reducir los riesgos prevenibles y favorecer una mayor adherencia a las recomendaciones emitidas por el equipo interdisciplinario.

En términos generales, el balance del proceso evidencia un impacto positivo en la consolidación del Gestor Más Bienestar como referente comunitario para la gestión del riesgo en salud en la ruralidad. El fortalecimiento de sus competencias técnicas, la articulación con el equipo interdisciplinario y el conocimiento del territorio han permitido mejorar la identificación de

necesidades, disminuir parcialmente las barreras de acceso dentro de su ámbito de actuación y favorecer la continuidad de las intervenciones mediante procesos efectivos de derivación y seguimiento. Sin embargo, se mantiene como reto continuar fortaleciendo la articulación interinstitucional y las estrategias que permitan disminuir las barreras estructurales propias del contexto rural, con el fin de garantizar una atención cada vez más oportuna, resolutive e integral para la población intervenida.

6.2 PLANES DE BIENESTAR

Durante el período evaluado, el equipo interdisciplinario desarrolló acciones de gestión del riesgo en salud en zonas de ruralidad cercana, caracterizadas por presentar condiciones geográficas que dificultan el acceso oportuno a los servicios de salud. A pesar de estas limitaciones, la implementación de estrategias extramurales y el trabajo articulado de los diferentes perfiles profesionales permitieron fortalecer el acercamiento institucional a la comunidad, garantizando la continuidad de las intervenciones dirigidas a las familias priorizadas y promoviendo una atención integral basada en las necesidades identificadas en el territorio.

Los resultados obtenidos reflejan el compromiso del equipo interdisciplinario en la implementación de acciones de gestión del riesgo en territorios rurales donde las condiciones geográficas, las largas distancias, el estado de las vías de acceso, las condiciones climáticas y las limitaciones en el transporte representan barreras importantes para el acceso oportuno a los servicios de salud.

En este contexto, el fortalecimiento del trabajo desarrollado por los diferentes perfiles profesionales ha permitido consolidar una atención extramural integral, acercando los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, detección temprana y seguimiento a poblaciones priorizadas directamente en las comunidades. Esta estrategia ha favorecido la identificación temprana de riesgos, la educación en salud, la activación de rutas de atención y la disminución de barreras de acceso que históricamente han afectado a la población rural.

Tabla 49 Planes de bienestar en la estrategia de ruralidad cercana en el periodo Abril - Mayo 2026.

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	3	6	7	1	2	29%	2	0
Infancia	9	12	30	11	21	70%	0	
Condiciones crónicas	6	18	78	23	63	81%	0	0
Cáncer	0	1	3	1	2	67%	0	0
Salud mental	176	67	167	26	95	57%	0	32
Salud bucal	2	1	2	0	1	50%	0	0
Discapacidad y cuidadores	13	10	13	2	2	15%	1	0
Salud ambiental	2	1	1	41	1	100%	16	20
Estrategia	0	0	0	0	0	0	0	0

Comentado [91]: verificar valores

Comentado [92]: ajustado

s transversa les								
TOTAL	211	97	178	77	46	26%	40	56

Fuente: Aplicativo GTAPS .(Plano Preliminar acumulado Abril a Junio 2026)

Durante el periodo evaluado se evidencia una gestión activa en la implementación y seguimiento de los Planes de Bienestar (PDB) de la estrategia de Ruralidad Cercana, orientada a garantizar la continuidad de la atención de las familias priorizadas mediante intervenciones integrales, seguimiento permanente y cierre de los procesos una vez alcanzados los objetivos propuestos. En total se registraron 211 casos asignados, de los cuales 97 (46,0%) fueron concertados durante el periodo de reporte, consolidando un acumulado de 178 Planes de Bienestar vigentes, lo que refleja un importante volumen de familias que continúan en proceso de acompañamiento y seguimiento técnico.

En relación con los resultados obtenidos, durante el periodo se logró el cierre de 77 Planes de Bienestar, alcanzando un acumulado de 46 cierres efectivos, equivalente a un 26% de cumplimiento acumulado frente al total de planes vigentes. Este comportamiento evidencia que el equipo mantiene una gestión permanente para favorecer el cumplimiento de los objetivos de cada plan, priorizando el seguimiento de los casos que presentan condiciones favorables para su egreso y garantizando la continuidad de aquellos que aún requieren acompañamiento interdisciplinario.

Desde el análisis por curso de vida y condición priorizada, se observa que el componente de Salud Mental concentra la mayor carga operativa del convenio, con 176 casos asignados (83,4% del total), 144 Planes de Bienestar vigentes, 70 planes concertados en el periodo, 38 cierres acumulados, 19 usuarios con más de seis sesiones activas y 32 casos pendientes. Este

comportamiento refleja una alta demanda de intervenciones psicosociales, característica propia de este componente, donde los procesos requieren seguimientos prolongados debido a la complejidad de las condiciones abordadas. Aunque el porcentaje acumulado de cierre corresponde al 26%, este resultado es consistente con la naturaleza clínica y social de los casos, los cuales requieren procesos de intervención más extensos antes de alcanzar criterios técnicos de cierre.

En el componente de Infancia se identificaron 9 casos asignados, de los cuales 8 fueron concertados durante el periodo, manteniendo 9 planes vigentes y alcanzando 3 cierres acumulados (33%). No obstante, se registran 4 casos pendientes, aspecto que representa una oportunidad de fortalecimiento para incrementar la oportunidad en la ejecución de las intervenciones y favorecer el cierre de los procesos dentro de los tiempos establecidos.

Para la población de Gestantes se evidencia una gestión altamente efectiva, alcanzando la concertación de la totalidad de los 3 casos asignados, con un acumulado de 3 planes vigentes y 1 cierre efectivo (33%), sin registrar casos pendientes. Estos resultados reflejan un adecuado seguimiento de las gestantes priorizadas y una gestión oportuna orientada a garantizar la continuidad del acompañamiento durante el periodo.

En el componente de Condiciones Crónicas se registran 6 casos asignados, con 4 planes concertados, 6 planes vigentes y ausencia de cierres durante el periodo evaluado. Aunque no se presentan casos pendientes, el resultado evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias de seguimiento y evaluación clínica para favorecer el cumplimiento de los criterios técnicos que permitan el cierre oportuno de los Planes de Bienestar.

Respecto al componente de Discapacidad y Cuidadores, se identificaron 13 casos asignados, 10 planes concertados, 13 planes vigentes y 2 cierres acumulados, alcanzando un 15% de cumplimiento. Si bien el porcentaje de cierre aún es bajo, los resultados evidencian continuidad en el acompañamiento y una adecuada permanencia de los procesos, considerando que esta población generalmente requiere intervenciones prolongadas y seguimiento continuo para consolidar cambios sostenibles.

En el componente de Salud Bucal se registran 2 casos asignados, con 1 plan concertado, 2 planes vigentes y 1 cierre acumulado, alcanzando un 50% de cumplimiento, resultado que evidencia una adecuada capacidad resolutive frente al volumen de casos priorizados y una gestión eficiente para garantizar la continuidad y culminación de los procesos.

El componente de Salud Ambiental presenta el mejor desempeño porcentual del periodo, registrando 2 casos asignados, 1 plan concertado, 1 plan vigente y 1 cierre efectivo, alcanzando un 100% de cumplimiento acumulado. No obstante, se identifican 16 usuarios con más de seis sesiones y 20 casos pendientes, situación que sugiere la necesidad de revisar la consistencia del registro de la información y verificar la oportunidad en el cierre administrativo de algunos procesos que podrían haber culminado técnicamente.

De manera general, se observa que 40 usuarios cuentan con más de seis sesiones activas, lo que representa aproximadamente el 22,5% de los Planes de Bienestar vigentes. Este comportamiento evidencia la permanencia de procesos que requieren seguimiento intensivo debido a la complejidad de las condiciones intervenidas; sin embargo, también constituye una oportunidad para fortalecer la evaluación periódica de los criterios de egreso, evitando

prolongaciones innecesarias de los procesos y favoreciendo una mayor rotación de la oferta institucional.

Asimismo, se identifican 56 casos pendientes, equivalentes al 26,5% del total de casos asignados, indicador que pone de manifiesto la necesidad de continuar fortaleciendo la gestión territorial, la programación de visitas, la articulación con las familias y las estrategias de contacto para mejorar la oportunidad de las intervenciones y disminuir el represamiento de casos.

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

7.1 COORDINACIÓN DE LOS EQUIPOS MAS 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 periodo entre abril y mayo de 2026, la Coordinación del Convenio orientó su gestión hacia la consolidación de las estrategias técnicas, administrativas, financieras y operativas necesarias para garantizar el cumplimiento de los objetivos contractuales, fortaleciendo la capacidad de respuesta de los equipos territoriales frente a las necesidades de la población priorizada y asegurando la continuidad de las intervenciones en el marco del Plan de Gobierno Bogotá Camina Segura y del Modelo de Atención en Salud aplicado para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.

Comentado [93]: Revisar periodo o poner año

Comentado [94]: ok resuelto

La gestión desarrollada durante este periodo se caracterizó por el fortalecimiento de los procesos de direccionamiento estratégico, seguimiento operativo, articulación interinstitucional y control permanente de la ejecución contractual, permitiendo optimizar la toma de decisiones mediante el análisis continuo de la información, el monitoreo de indicadores y la implementación de acciones preventivas frente a los riesgos identificados en el desarrollo del convenio.

Desde la coordinación se mantuvo el liderazgo técnico y administrativo sobre las seis localidades de cobertura, realizando un seguimiento permanente a la ejecución de las actividades desarrolladas en cada uno de los sectores catastrales asignados. Este ejercicio permitió verificar el cumplimiento de las metas establecidas, identificar brechas en la operación y fortalecer la capacidad de respuesta de los equipos frente a las necesidades identificadas en el territorio, además de realizarse una armonización con el convenio que viene por el Ministerio de Salud en cuanto a la conformación y operación de los equipos básicos en salud.

La estrategia de ruteo continuó constituyéndose como el principal mecanismo para la priorización de las intervenciones, permitiendo organizar la atención de acuerdo con los niveles de riesgo, las características poblacionales y las dinámicas propias de cada localidad. Durante el trimestre se realizaron ajustes permanentes a la asignación de casos, redistribución de cargas operativas y fortalecimiento del seguimiento a los tiempos de respuesta, garantizando una mayor eficiencia en la atención de los usuarios y una mejor utilización de los recursos disponibles.

De manera paralela, se fortaleció el proceso de planeación operativa mediante reuniones periódicas con los líderes de las diferentes áreas de gestión, en las cuales se revisó el comportamiento de los indicadores de productividad, cobertura, oportunidad y calidad, permitiendo establecer acciones de mejora orientadas al cumplimiento de las metas contractuales y a la mitigación de riesgos que pudieran afectar la ejecución del convenio.

Durante el segundo trimestre de 2026 se fortaleció la gobernanza del convenio mediante la implementación de mecanismos de control orientados a garantizar la calidad de la información reportada por los equipos territoriales. Las preauditorías, revisiones documentales y validaciones en los sistemas institucionales permitieron identificar inconsistencias en los registros y establecer acciones específicas para mejorar la confiabilidad del dato y el cumplimiento de los lineamientos de reporte.

Con el propósito de optimizar la gestión operativa, se consolidó un esquema de monitoreo basado en indicadores, reuniones de seguimiento y mesas técnicas de análisis. Estos espacios facilitaron la identificación oportuna de desviaciones frente a las metas programadas y la toma de decisiones para ajustar la ejecución de las actividades en cada una de las áreas de gestión.

En materia de talento humano, la gestión se enfocó en asegurar la continuidad operativa de los equipos mediante el seguimiento a las novedades contractuales, procesos de vinculación, cobertura de vacantes y redistribución del personal. Estas acciones buscaron reducir el impacto de la rotación sobre la prestación de los servicios y preservar la continuidad de las intervenciones en territorio.

De manera complementaria, se brindó acompañamiento técnico a líderes y equipos operativos mediante asistencias técnicas, jornadas de retroalimentación y orientación frente a los lineamientos institucionales. Estos espacios favorecieron la apropiación de criterios técnicos, la unificación de procedimientos y el fortalecimiento de las capacidades para la ejecución de las actividades del convenio.

En el componente administrativo y financiero se realizó el control de la ejecución presupuestal, verificando la utilización de los recursos, el cumplimiento de los cronogramas establecidos y el avance de los compromisos financieros asociados a la operación. Este ejercicio permitió mantener una visión integral sobre el comportamiento de la ejecución del convenio.

Asimismo, se efectuó el seguimiento a los contratos de bienes y servicios que respaldan la operación, revisando su avance administrativo, técnico y financiero, así como el cumplimiento de las obligaciones contractuales y los procesos de aprobación requeridos. Este control facilitó la gestión anticipada de riesgos que pudieran afectar la continuidad de las actividades programadas.

En relación con la mejora continua, se verificó el avance de los planes de mejoramiento derivados de auditorías internas y externas, evaluando el cumplimiento de las acciones formuladas por las diferentes áreas responsables y promoviendo estrategias orientadas a disminuir la recurrencia de los hallazgos identificados.

Como resultado de la gestión desarrollada, se evidencian avances en la consolidación de los procesos de planeación, seguimiento y control del convenio. No obstante, se identifican retos relacionados con el fortalecimiento de la calidad de la información, la estabilización del talento

humano y la optimización de algunos procesos administrativos que requieren mantener un monitoreo continuo.

En términos generales, las acciones ejecutadas durante el trimestre contribuyeron a fortalecer la gestión institucional, mejorar la capacidad de respuesta de los equipos y generar condiciones favorables para el cumplimiento de las metas contractuales y la implementación del Modelo de Atención en Salud en las localidades priorizadas.

Para este segundo trimestre de 2026 desde la coordinación se realiza una gestión, control y supervisión financiera a la ejecución de los recursos, por cada una de las áreas de gestión, se efectuó un seguimiento semanal de cada una de las aprobaciones a los 11 contratos de bienes y servicios teniendo como resultado lo siguiente:

Tabla 50 Seguimiento a contratos de bienes y servicios

SEGUIMIENTO BIENES Y SERVICIOS CONVENIO MAS BIENESTAR 8374534-2025							
IT E M	NECE SIDAD	ESTA DO	Seguimiento 1	Seguimient o 2	Seguimi ento 3	Segui mient o 4	Seguimien to 5
1	Electró nicos	En proce so	El 01 de mayo se remitieron los estudios previos para	El 13 de mayo Jenny Hurtado informa que se requiere	Actualme nte, el proceso se encuentr	Se envía para revisió n y	Las evaluacione s finales fueron enviadas el

Comentado [95]: Renombrar columnas, en el contenido de la tabla se nombran diferentes fechas a las del encabezado

Comentado [96]: ok resuelto

Comentado [97]: Renombrar columnas, en el contenido de la tabla se nombran diferentes fechas a las del encabezado

Comentado [98]: ok resuelto

Comentado [99]: Renombrar columnas, en el contenido de la tabla se nombran diferentes fechas a las del encabezado

Comentado [100]: ok resuelto

Comentado [101]: Renombrar columnas, en el contenido de la tabla se nombran diferentes fechas a las del encabezado

Comentado [102]: ok resuelto

			revisión y aprobación.	realizar ajuste al Plan Anual de Adquisiciones para continuar con el trámite del proceso, se remitirá el correo de ajuste por parte del convenio el día de hoy 14 de mayo	a pendiente de definición de fecha para comité de plan anual.	aprobación de evaluaciones iniciales técnicas y de experiencia el día 01/06/2026	09/06/2026. En el proceso de selección únicamente se presentó un oferente."
2	Papele ría y Litografía	En proceso	Proceso radicado en contratación (IC-008-2026) en etapa de	Pendiente retroalimentación por parte de. Jenny	Se solicitó el CDP y el proceso se	Se envían estudios previo	Se está a la espera de que la Secretaría actualice la

			evaluaciones iniciales. Publicado en SECOP: https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/OpportunityDetail/Index?noticeUID=CO1.NTC.10232783&isFromPublicArea=True&isModal=False	Hurtado sobre el estado actual y avance del proceso contractual.	publicara el día de hoy 19 de mayo de 2026.	s el día 27/05/ 2026 para revisió n y aprob ación por parte del área de contrat ación	Caja de Herramient as con las artes correspondi entes.
3	Dotación	En proceso	El 01 de mayo se remitieron los estudios previos para	El 12 de mayo, el área de contratación solicitó al convenio las	Se entrega los estudios previos avalados	Se encue ntra public ado hasta	Se enviaron las evaluacione s finales el 12/06/2026.

			revisión y aprobación.	especificaciones técnicas correspondientes a los diseños requeridos, se realiza envío de los diseños el día 15 de mayo	y debidamente firmados para continuar el proceso	el 5/06/2026, se cierra para recibir las licitaciones	
4	Médico Quirúrgico	En proceso – Contrato global	El 16 de marzo de 2026 se informó que el proceso se encuentra en revisión de cotizaciones para estudio de mercado. El estudio	El 14 de mayo Jenny Hurtado informa que el proceso se encuentra en etapa de elaboración del contrato.	Se encuentra pendiente la firma del contratista y el envío de pólizas.	Se informa que ya se encuentran algunos contratos, pero	A la fecha, el área de contratación no ha suministrado una actualización sobre el estado del proceso.

			previo está en ajuste de cantidades y a la espera de expedición de CDP. Hasta la fecha no nos han dado respuesta			que para alguno s ítems que no se tuviero n en cuenta en la cotiza ción se tuvo que adelan tar otras public acione s para	
--	--	--	---	--	--	--	--

						ver si algún provee dor cotiza.	
5	Biomé dico	En proce so	En estudio de mercado desde el 22 de abril; se recibieron observacione s sobre glucómetros y el 23 de abril se remitió respuesta.	El 07 de mayo se recibió solicitud de estudios previos, los cuales fueron remitidos el mismo día por parte del convenio.	Actualme nte, el proceso se encuentr a en etapa de estudio de mercado.	Se envía para revisió n y aprob ación de evalua ciones iniciales técnic a y de experi encia el día	Se enviaron las evaluacione s finales el 05/06/2026 . Se enviaron las evaluacione s finales el 05/06/2026. Como resultado del proceso, se adjudicaron 9 de los 15 ítems. Los

						01/06/ 2026	6 ítems restantes serán gestionado s mediante contratació n directa.
6	Miscel áneos	En proce so	El 30 de abril se remitieron las evaluaciones iniciales técnica y de experiencia con sus respectivas firmas.	El 14 de mayo Jenny Hurtado informa que el comunicado de adjudicación se encuentra en revisión.	El proceso avanza en etapa de elaboraci ón de contrato.	Inicio de contrat o 02 BS 0027 2026 Fecha 27/05/ 2026	N/A

7	Refrigerios	En proceso	Proceso radicado en contratación (EM-069-2026), cuenta con CDP. Remitido el 27/03/2026 para estudio de mercado y trámite de estudio previo. Publicado en SECOP: https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/OpportunityDetail/Index?noticeUID=CO1.NT	El 14 de mayo de 2026, la Dra. Jenny Hurtado informó que el proveedor seleccionado realizó modificación es al anexo económico presentado, situación que constituye causal de rechazo dentro del proceso. Quedamos atentos a la actualización	El proceso debe ser publicado nuevamente.	No se ha actualizado el estado, ni se tienen novedades desde el área de contratación	Se realizó el estudio de mercado el 12/06/2026 .
---	-------------	------------	---	--	---	--	---

			C.10232787& isFromPublic Area=True&is Modal=False	y continuidad del trámite contractual.			
8	Jardin ería y/o Ambie ntal	En proce so	El 27 de abril se remitió el formato de estudios previos diligenciado para revisión y aprobación.	El 12 de mayo, el área de contratación solicitó al convenio las especificacio nes técnicas correspondie nte a medidas, se realiza envío de los diseños el día 15 de mayo 2026	Proceso se encuentr a pendient e publicaci ón	En firma de estudi os previo s, se realiza ron los siguie ntes ajuste s: Tiemp o de	A la fecha, el área de contratació n no ha suministrad o una actualizació n sobre el estado del proceso. El día de hoy, 16/06/2026 , se reiteró el correo electrónico a la etapa

						<p>ejecución 6 meses Distribución de entrega de suministros se cambia a a 6 meses</p> <p>contractual solicitando información sobre el avance del proceso, toda vez que desde el 01/06/2026 no se ha recibido ninguna actualización ni comunicación al respecto.</p>
--	--	--	--	--	--	--

9	Vehículos	En proceso – Contrato global	El 27 de abril de 2026 se remitió ajuste de cantidades para la solicitud de CDP.	El 14 de mayo Jenny Hurtado informa que se encuentra en elaboración de estudio previo por parte de la dirección administrativa	Actualmente, el proceso se encuentra en evaluación inicial y revisión de proveedores, con proyección de contrato para el 5 de junio de 2026.	Se encuen tra public ado hasta el 2/06/2026, se cierra para recibir las licitaciones	Se enviaron las evaluaciones iniciales el 12/06/2026 .
10	Carpas	En proceso –	El proceso se encuentra en trámite de	El 13 de mayo se remitió por	La adjudicación del	Inicio de contrat	N/A

		Contrato global	firmas, conforme a la información suministrada. En solicitud de CDP desde el 30/04/2026.	parte del PIC las evaluaciones finales	proceso se encuentra a programa da para el día 19 de mayo de 2026.	o 02 BS 0031 2026 Fecha 28/05/ 2026	
11	Album de vacunación						REQUERIMIENTO NUEVO POR DIRECCIONAMIENTO DE SDS-29 DE MAYO 2026. Se envió el 17 de junio por correo-e a precontract

							ual los ajustes solicitados para la orden de compra.
--	--	--	--	--	--	--	---

Fuente: Creación propia de EMBH SISCO, junio de 2026

Durante el segundo trimestre se realizó un seguimiento permanente a los procesos de contratación de bienes y servicios requeridos para la operación del Convenio Más Bienestar, permitiendo identificar el estado de avance, las principales dificultades y las acciones implementadas para garantizar la continuidad de la ejecución contractual.

Del análisis de los ocho procesos objeto de seguimiento (Electrónicos, Papelería y Litografía, Dotación, Médico Quirúrgico, Biomédico, Misceláneos, Refrigerios y Jardinería/Ambiental), se evidencia que la Coordinación mantuvo un monitoreo continuo frente a cada una de las etapas contractuales, realizando seguimiento a estudios previos, estudios de mercado, evaluaciones técnicas, publicación en SECOP II, adjudicación, suscripción de contratos y estado de ejecución.

Como resultado del seguimiento realizado, se identifican avances importantes en algunos procesos. Las necesidades de Dotación, Biomédico y Misceláneos lograron culminar satisfactoriamente las etapas precontractuales, alcanzando la suscripción de contratos y el inicio o preparación para su ejecución, garantizando el suministro oportuno de bienes

estratégicos para el desarrollo de las actividades del convenio. Particularmente, el proceso de Biomédico permitió adjudicar la mayoría de los ítems requeridos, mientras que Misceláneos se encuentra en ejecución contractual y Dotación finalizó exitosamente la etapa de contratación.

No obstante, el seguimiento evidencia que una proporción significativa de los procesos presentó situaciones que afectaron la oportunidad de la contratación. Los procesos correspondientes a Electrónicos, Papelería y Litografía y Refrigerios fueron declarados desiertos o revocados, debido al incumplimiento de requisitos habilitantes por parte de los oferentes o a situaciones propias del proceso de selección, lo cual obligó a reiniciar los trámites contractuales mediante la elaboración y radicación de nuevos estudios previos. Esta situación representa un riesgo para la oportunidad en el abastecimiento de insumos necesarios para la operación del convenio y puede generar impactos sobre el desarrollo de las actividades programadas.

Así mismo, los procesos de Médico Quirúrgico y Jardinería y/o Ambiental evidencian retrasos derivados de ajustes técnicos, falta de actualización por parte del área de contratación y prolongación de las etapas precontractuales. En ambos casos fue necesario reiterar solicitudes de información y realizar seguimiento constante para impulsar el avance de los procesos y disminuir el riesgo de retrasos en la ejecución.

Desde la perspectiva de la gestión administrativa, se observa un ejercicio permanente de control por parte de la Coordinación, evidenciado en la actualización periódica del estado de cada proceso, la comunicación continua con el área de contratación y la generación de alertas frente a los procesos que requerían acciones inmediatas. Este seguimiento permitió identificar

oportunamente las novedades presentadas y adoptar decisiones orientadas a garantizar la continuidad de la contratación.

Sin embargo, el análisis también evidencia que uno de los principales factores que afecta la oportunidad de la contratación corresponde a situaciones externas a la Coordinación del Convenio, tales como ajustes al Plan Anual de Adquisiciones, modificaciones en estudios previos, revocatorias, procesos declarados desiertos, observaciones técnicas durante las evaluaciones y tiempos propios del proceso contractual institucional. Estas circunstancias incrementan los tiempos de contratación y exigen la reformulación de varios procesos administrativos.

En términos generales, al cierre del segundo trimestre del 2026 el comportamiento de los procesos puede resumirse así:

- **3 procesos** presentan contratos suscritos y en ejecución o pendientes únicamente del acta de inicio (Dotación, Biomédico y Misceláneos).
- **3 procesos** requieren reiniciar el trámite contractual por declaratoria de desierto o revocatoria (Electrónicos, Papelería y Litografía y Refrigerios).
- **2 procesos** permanecen en fases precontractuales o de publicación (Médico Quirúrgico y Jardinería/Ambiental).

El seguimiento evidencia una gestión activa y permanente por parte de la Coordinación del Convenio para garantizar el avance de los procesos de bienes y servicios, mediante controles periódicos, articulación con el área de contratación y seguimiento a las diferentes etapas contractuales. Aunque se alcanzaron resultados positivos en varios procesos estratégicos,

persisten oportunidades de mejora relacionadas con la disminución de los tiempos de contratación, el fortalecimiento de la planeación precontractual, la calidad de los estudios previos y la mitigación de riesgos asociados a declaratorias de desierto, revocatorias y ajustes administrativos. Se recomienda continuar fortaleciendo los mecanismos de seguimiento preventivo y la articulación interdependencias, con el fin de optimizar la oportunidad en la contratación y garantizar la disponibilidad de los bienes y servicios requeridos para el cumplimiento de las metas del convenio.

Articulación sectorial e intersectorial para la operación del convenio

Dentro de este período de reporte desde la coordinación se participa en las mesas que desde Subgerencia de Servicios de Salud se implementan para determinar las acciones y engranaje con todas las capas del modelo fortaleciendo la adscripción de talento humano a cada uno de los SER (Servicios Especializados Resolutivos) que pertenecen a cada una de las 6 Localidades de acuerdo con los nuevos ajustes que se han dado durante este período fortaleciendo la operación de los mismos de acuerdo a las ubicaciones y sectores dentro de las 6 localidades pertenecientes a la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE.

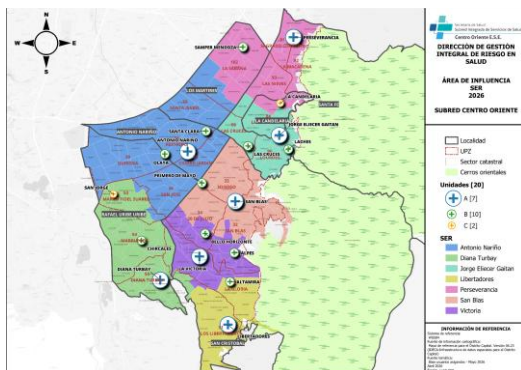
En materia de articulación intersectorial, la Coordinación mantuvo una participación activa y permanente en los diferentes escenarios distritales y locales de coordinación institucional, fortaleciendo el trabajo conjunto con la Secretaría Distrital de Salud, las Alcaldías Locales, la Secretaría Distrital de Integración Social, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), la Secretaría de Educación y demás entidades participantes en las Mesas Locales de Bienestar y espacios de direccionamiento intersectorial. Esta articulación permitió optimizar las rutas de atención, fortalecer los procesos de gestión integral del riesgo y consolidar respuestas

oportunas frente a situaciones que requerían intervención conjunta, favoreciendo un abordaje integral de las familias y comunidades priorizadas,

Comentado [103]: Esto hace parte del apartado de Articulación sectorial e intersectorial para la operación del convenio

Comentado [104]: ok resuelto

Mapa 2 Servicios Especializados Resolutivos Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente



Fuente: Creación propia de SISCO, junio de 2026

Articulación operativa entre el Convenio Más Bienestar en Tu Hogar y la Resolución 711 de 2025

En el marco de la implementación de la Resolución 711 de 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social y los lineamientos establecidos por la Secretaría Distrital de Salud (SDS), se desarrolló un proceso de articulación técnica y operativa entre los equipos del Convenio Más Bienestar en Tu Hogar, líderes operativos y equipos territoriales, con el propósito de garantizar una operación coordinada para la prestación de servicios de salud en el territorio.

Durante este proceso se realizaron reuniones de direccionamiento, mesas técnicas, espacios de análisis desde el equipos dinamizador, componente geográfico y equipo de coordinación del ministerio, espacios de seguimiento orientados a la socialización de los lineamientos distritales, la definición de responsabilidades, la articulación de las intervenciones en territorio, la unificación de criterios operativos, el fortalecimiento de los mecanismos de coordinación entre los equipos, distribución territorios y microterritorios para los equipos operativos.

Como resultado, se establecieron acuerdos para la organización de la operación conjunta, la optimización de las rutas de atención, la complementariedad de las acciones en salud y la estandarización de los procesos de registro y reporte de información, en los diferentes aplicativos de información de la siguiente manera:

Los acuerdos establecidos en el documento se centran en la articulación entre el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y la Secretaría Distrital de Salud (SDS) para la operación de los Equipos Básicos de Salud (EBS) en la Subred Centro Oriente.

Los cinco acuerdos explícitos definidos para la gestión y coordinación territorial son:

- ★ **Operación conjunta Nación-Distrito:** Busca aunar esfuerzos para la gestión territorial del riesgo. Se define un mismo territorio articulado con una secuencia común de abordaje para garantizar la continuidad operativa.
- ★ **Coordinación técnico-administrativa:** Establece una organización técnico-operativa que garantiza los procesos de planeación, seguimiento y monitoreo de las acciones que los equipos operativos realizan en el territorio.

Comentado [105]: Cuales acuerdos?
Es importante relacionar la organización de los equipos tanto operativa como de gestión

Comentado [106]: ok resuelto

- ★ **Financiación conjunta:** Se acuerda la concurrencia de recursos tanto de la Nación como del Distrito. Esto tiene como fin asegurar la sostenibilidad, expansión y capacidad operativa del modelo de salud en el territorio.
- ★ **Identificación institucional de los equipos:** Se busca que los equipos tengan una identidad institucional clara en el territorio para fortalecer la confianza de la ciudadanía y mejorar la efectividad de las intervenciones.
- ★ **Sistemas de información:** La información captada a través del aplicativo GTAPS se migrará al SI_APS para asegurar la coherencia, trazabilidad y uso institucional de los datos. Se priorizarán 11 ajustes funcionales y la creación de 30 campos nuevos para este fin.

Además de estos puntos, el documento establece la necesidad de mantener una mesa de seguimiento periódica entre las partes involucradas. Esta mesa funciona como un punto de control y monitoreo para la toma de decisiones y la realización de ajustes razonables en la operación, buscando siempre los mejores resultados en salud para la población de las seis localidades de influencia

De manera complementaria, se brindó acompañamiento técnico para la implementación del sistema de información GTAPS de la Secretaría Distrital de Salud, mediante la capacitación de los equipos, la definición de responsables del registro, la validación de la calidad del dato y el seguimiento al cargue oportuno de las intervenciones realizadas, contribuyendo al cumplimiento de los lineamientos y al fortalecimiento del monitoreo y la gestión de la información.

Como parte del proceso de articulación operativa, se definió que los equipos financiados con recursos del Ministerio de Salud y Protección Social asumirán la gestión de la base de ruteo correspondiente a su ámbito de intervención, garantizando la atención de la población asignada de acuerdo con la conformación de los equipos y la adscripción territorial previamente radicada y aprobada ante el Ministerio. Asimismo, se establecieron criterios para la distribución territorial, respetando la asignación por localidad y optimizando la cobertura de las intervenciones. De igual manera, se adelantaron mesas de trabajo orientadas a la unificación de criterios para el seguimiento y cumplimiento de metas, considerando las particularidades operativas derivadas de los diferentes horarios de funcionamiento de los equipos, con el fin de garantizar una evaluación homogénea, equitativa y acorde con las condiciones de ejecución de cada estrategia.

Gestión documental, administrativa y contractual del convenio

Durante el segundo trimestre de la vigencia 2026 se adelantaron acciones administrativas y documentales orientadas a garantizar el adecuado desarrollo del convenio, en concordancia con los lineamientos institucionales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. Entre las actividades ejecutadas se encuentran la recepción, revisión, organización, clasificación y archivo de la documentación generada por las diferentes áreas de gestión, la consolidación de soportes técnicos y administrativos, así como la atención de los requerimientos formulados por la supervisión del convenio y las dependencias institucionales. Estas acciones permitieron fortalecer la trazabilidad de la información y asegurar el cumplimiento de los procedimientos establecidos para la gestión documental.

Comentado [107]: Resumen de las acciones adelantadas para la administración documental y contractual del convenio, incluyendo el trámite de documentos, comunicaciones oficiales, seguimiento a obligaciones contractuales y soporte administrativo requerido para la operación. Por favor describir que acciones se adelantaron, que gestión documental se realizó en el periodo, esta va acorde a los lineamientos institucionales

Comentado [108]: ok resuelto

En el componente documental se realizó la verificación permanente de los documentos soporte de la operación, incluyendo actas, informes, bases de datos, formatos institucionales, registros de asistencia, comunicaciones oficiales y demás evidencias derivadas de las actividades desarrolladas por los equipos territoriales. Asimismo, se efectuó la organización y actualización de los archivos físicos y digitales, garantizando su conservación, disponibilidad y consulta conforme a los procedimientos institucionales y a la normatividad vigente en materia de gestión documental.

Como parte de la gestión administrativa se elaboraron y tramitaron comunicaciones oficiales, respuestas a requerimientos, actas de reunión, matrices de seguimiento, consolidados de información e informes técnicos necesarios para el desarrollo del convenio. De igual forma, se brindó apoyo en el seguimiento a las obligaciones contractuales del talento humano, la verificación de novedades administrativas y la consolidación de la información requerida para los procesos de supervisión, contribuyendo al adecuado funcionamiento operativo y administrativo del convenio.

Con el fin de fortalecer la calidad de los productos entregados, se desarrollaron jornadas de precrítica documental, reuniones de seguimiento, mesas técnicas y espacios de retroalimentación con los líderes de gestión y equipos operativos. Estas actividades permitieron validar la consistencia de la información, realizar ajustes antes de la entrega oficial de los productos y promover el cumplimiento de los criterios técnicos e institucionales establecidos para la ejecución del convenio.

Las acciones implementadas durante el período permitieron alcanzar un cumplimiento del 100 % en la oportunidad de entrega de los productos correspondientes al segundo trimestre (abril-junio de 2026), resultado asociado a la adecuada planeación, organización documental, seguimiento a cronogramas y control de los entregables. Este desempeño evidencia la efectividad de los mecanismos administrativos implementados para garantizar el cumplimiento de los compromisos contractuales.

Adicionalmente, se consolidaron y validaron los soportes documentales de las actividades ejecutadas por los diferentes perfiles profesionales, verificando la completitud de los registros, la correspondencia entre la información reportada y las evidencias presentadas, así como el adecuado diligenciamiento de los formatos institucionales. Este ejercicio fortaleció la trazabilidad de las intervenciones realizadas y facilitó los procesos de supervisión, auditoría, evaluación y rendición de cuentas.

En términos generales, las acciones administrativas y documentales desarrolladas durante el segundo trimestre fortalecieron los procesos de organización de la información, control documental y soporte a la gestión contractual, garantizando el cumplimiento de los lineamientos institucionales de la Subred Centro Oriente E.S.E. y contribuyendo a la transparencia, confiabilidad y oportunidad de la información utilizada para la toma de decisiones y el seguimiento de la ejecución del convenio.

Resultado del indicador de oportunidad en la entrega de productos para desembolso

Análisis de la oportunidad en la entrega de productos por desembolso

Primer desembolso

Para el primer desembolso, se programó la entrega de siete productos, de los cuales los siete (7) fueron entregados y radicados de manera completa y dentro de las fechas establecidas en la minuta del convenio. Los productos cumplieron con los requisitos técnicos, administrativos y financieros, permitiendo su revisión sin observaciones.

Oportunidad en la entrega de productos (%) = $(7 / 7) \times 100 = 100 \%$

Segundo desembolso

Para el segundo desembolso, se programó igualmente la entrega de siete productos, los cuales fueron entregados en su totalidad (7 de 7), completos y dentro de los plazos definidos en el cronograma del convenio. La documentación presentada cumplió con los criterios establecidos, facilitando la validación y trámite oportuno del desembolso.

Oportunidad en la entrega de productos (%) = $(7 / 7) \times 100 = 100 \%$

Tercer desembolso

Para el tercer desembolso, se programó la entrega de veinte (20) productos de los cuales fueron entregados 20 completos y dentro de los tiempos establecidos en el cronograma del convenio el último no se entregó ya que para este aún no se encontraba la vinculación de terceros. Los documentos cumplieron con los requisitos técnicos, administrativos y financieros, permitiendo su revisión y aprobación sin observaciones.

Oportunidad en la entrega de productos (%) = $(20/20) \times 100 = 100 \%$

Cuarto desembolso

Para el cuarto desembolso, se programó la entrega de veinte (20) productos, los cuales fueron entregados 20, completos y dentro de los tiempos establecidos en el cronograma del convenio, Los documentos cumplieron con los requisitos técnicos, administrativos y financieros, permitiendo su revisión y aprobación sin observaciones.

Oportunidad en la entrega de productos (%) = $(20/20) \times 100 = 100 \%$

Quinto desembolso

Para el quinto desembolso, se programó la entrega de veinte (20) productos, los cuales fueron entregados 20, completos y dentro de los tiempos establecidos en el cronograma del convenio, Los documentos cumplieron con los requisitos técnicos, administrativos y financieros, permitiendo su revisión y aprobación sin observaciones.

Oportunidad en la entrega de productos (%) = $(20/20) \times 100 = 100 \%$

Comentado [109]: Y el quinto desembolso?

Comentado [110]: ok resuelto

Comentado [111]: Y el quinto desembolso?

Comentado [112]: ok resuelto

7.1.2 Gestión financiera integral del convenio

Avances en la ejecución del Plan Programático y Presupuestal (PPP)

La ejecución del Plan Programático y Presupuestal (PPP) ha presentado rezagos frente a la programación inicial, lo que ha requerido la reprogramación y reformulación de recursos no ejecutados durante las vigencias 2025 y 2026.

Al corte de junio de 2026, se tenía programada una ejecución acumulada de \$13.127.342.322; sin embargo, la ejecución alcanzó \$9.115.995.647, equivalente al 69,44 % de lo programado inicialmente. Lo anterior evidencia una subejecución del 30,56 % frente a la programación

original, reflejando la necesidad de fortalecer la gestión técnica, operativa y financiera del convenio para mejorar la oportunidad en la ejecución de los recursos y reducir la necesidad de realizar reprogramaciones durante su desarrollo.

Tabla 52 Ejecución financiera Plan programático y presupuestal - PPP

MES	VALOR PROGRAMADO	VALOR EJECUTADO	% DE EJECUCIÓN	VALOR SUBEJECUTADO	% SUBEJECUCIÓN
OCTUBRE_2025	\$ 624.283.218	\$624.283.218	100%	\$ 0	0%
NOVIEMBRE_2025	\$1.063.258.408	\$1.063.258.408	100%	\$ 0	0%
DICIEMBRE_2025	\$ 1.022.235.665	\$ 1.022.235.665	100%	\$ 0	0%
ENERO_2026	\$ 1.119.212.750	\$ 1.119.212.750	100%	\$ 0	0%
FEBRERO_2026	\$ 1.068.814.432	\$1.068.814.432	100%	\$ 0	0%
MARZO_2026	\$ 992.423.044	\$ 992.423.044	100%	\$ 0	0%
ABRIL_2026	\$ 1.010.240.516	\$ 1.010.240.516	100%		
MAYO_2026	\$ 1.689.394.379	\$ 1.085.234.972	64,24%	\$ 604.159.407	35,76%
JUNIO_2026	\$1.940.021.684	\$1.130.292.642	58,26%	\$809.729.042	41,74%
SUBEJECUCIÓN ACUMULADA 2026	\$ 2.597.458.226	0	0%	2.597.458.226	100%
TOTAL	\$ 13.127.342.322	\$ 9.115.995.647	69,44%	\$1.413.888.449	30,56%

Fuente: Informe de gestión general - PPP SRCO

La ejecución acumulada del periodo abril-junio de 2026 refleja que el convenio continuó presentando dificultades para alcanzar la programación financiera inicialmente establecida, lo que hizo necesario mantener la reprogramación de recursos no ejecutados de periodos anteriores. En consecuencia, la ejecución observada durante el trimestre responde a una programación ajustada, resultado de la redistribución de recursos de las vigencias 2025 y 2026.

En este contexto:

- Se mantuvo la necesidad de reformular la programación financiera para incorporar recursos pendientes de ejecución y ajustarla a la capacidad operativa del convenio.
- La ejecución alcanzada durante el trimestre corresponde a la programación reprogramada, por lo que no refleja el cumplimiento de la planeación financiera inicial.
- Al cierre de junio persistieron recursos pendientes de ejecutar, lo que evidencia la importancia de fortalecer el seguimiento técnico, administrativo y financiero, con el fin de mejorar la oportunidad en la ejecución y disminuir la necesidad de realizar ajustes continuos al Plan Programático y Presupuestal.

En este contexto:

- La ejecución alcanzada durante el trimestre corresponde a la reprogramación y redistribución, por lo que no refleja el cumplimiento de la planeación financiera inicial.
- Al cierre de junio persistieron recursos pendientes de ejecutar, lo que evidencia la importancia de fortalecer el seguimiento técnico, administrativo y financiero, con el fin de mejorar la oportunidad en la ejecución y disminuir la necesidad de realizar ajustes continuos al Plan Programático y Presupuestal.

- PLAN DE ACCIÓN

Con el propósito de mantener el ritmo de ejecución y asegurar el cumplimiento de los objetivos del convenio, se implementarán las siguientes acciones:

1. Fortalecer el seguimiento integral a la ejecución física y financiera mediante reuniones periódicas de control y evaluación de avances.
2. Mantener la articulación entre las áreas técnica, administrativa y financiera para garantizar una adecuada planeación y ejecución de las actividades programadas.
3. Realizar seguimiento permanente a los compromisos contractuales y administrativos, asegurando el cumplimiento de los cronogramas establecidos.
4. Optimizar la programación financiera para garantizar la ejecución oportuna de los recursos y minimizar riesgos de subejecución al cierre del convenio.
5. Implementar mecanismos de monitoreo y control que permitan identificar oportunamente desviaciones y adoptar acciones correctivas para asegurar el cumplimiento de las metas establecidas.

Tabla 53 Planeación, programación y ejecución financiera de los recursos del convenio y la contrapartida

MES	PROGRAMADO	EJECUTADO	PORCENTAJE
OCTUBRE	\$ 7.537.924	\$ 7.537.924	100%
NOVIEMBRE	\$ 13.022.628	\$ 13.022.628	100%

DICIEMBRE	\$ 11.045.248	\$ 11.045.248	100%
ENERO	\$ 9.381.460	\$ 9.381.460	100%
FEBRERO	\$ 11.089.167	\$ 11.089.167	100%
MARZO	\$ 15.603.766	\$ 15.603.766	100%
ABRIL	\$ 14.937.640	\$ 14.937.640	100%
MAYO	\$ 17.910.585	\$ 17.910.585	100%
JUNIO	\$ 16.919.225	\$ 16.919.225	100%
TOTAL	\$ 117.447.643	\$ 117.447.643	100%

Fuente: Informe Ejecución contrapartida SRCO

La ejecución de la contrapartida durante el periodo analizado evidencia un avance acorde con la consolidación de los procesos operativos y administrativos del convenio. Los recursos han estado orientados principalmente al talento humano, lo que ha permitido garantizar la implementación de las actividades y el funcionamiento de los equipos.

Asimismo, se han desarrollado acciones de fortalecimiento de capacidades y de articulación en salud familiar, contribuyendo a la continuidad e integralidad de las intervenciones.

No obstante, se identifican oportunidades de mejora en la atención de visitas individuales, lo cual es clave para fortalecer la ejecución. De igual manera, en la línea de refrigerios, el contrato de bienes y servicios se encuentra en proceso de contratación, lo que permitirá optimizar la ejecución en los próximos periodos.

Tabla 54 Desembolsos realizados

NUMERO DE DESEMBOLSO	VALOR DESEMBOLSADO	No. FACTURA	FECHA
PRIMER DESEMBOLSO	\$ 3.323.174.204	SSCO000769645 7	8/10/2025
SEGUNDO DESEMBOLSO	\$ 3.323.174.202	SSCO000771749 0	7/11/2025
TERCER DESEMBOLSO	\$ 5.472.886.608	SSCO000775319 4	2/01/2026
CUARTO DESEMBOLSO	\$ 5.472.886.608	SSCO000781959 9	7/04/2026
TOTAL	\$ 17.592.121.62 2		

Fuente: Información Financiera Convenio 8374534/2025 DGIRS

Tabla 55 Ejecución financiera

CONCEPTO	VALOR PROGRAM ADO	VALOR EJECUTA DO	% DE EJECUCIÓN	VALOR SUBEJECU TADO	% SUBEJEC UCIÓN
TALENTO HUMANO	\$ 9.796.524. 121	\$ 6.753.735. 140	68,94%	\$ 3.042.788.9 81	31,06%
INSUMOS	\$ 587.791.44 7	\$ 121.710.71 7	20,71%	\$ 466.080.73 0	79,29%
ADMINISTRATIVOS	\$ 2.743.026. 754	\$ 1.890.963. 251	68,94%	\$ 852.063.50 3	31,06%
INSUMOS ANCESTRA LES	\$ 76.791.900	\$ 76.791.900	100%	0	0 %
TOTAL	\$ 13.184.139 .322	\$ 8.843.201. 008	67,07%	\$ 4.340.938.3 14	32,93%

Fuente: Matriz financiera SDS.

La planeación de los recursos se orientó principalmente a garantizar la operación del convenio, priorizando el talento humano, los componentes administrativos y los insumos necesarios para el desarrollo de las actividades. Esta distribución permitió asegurar la continuidad operativa y el cumplimiento de las acciones programadas.

En términos de resultados, se evidencia una ejecución global adecuada, con un comportamiento cercano a lo planeado. Los rubros de talento humano y administrativos presentan una ejecución superior a la programada, lo que refleja una adecuada estimación de necesidades y una gestión eficiente de los recursos para sostener la operación.

El componente de insumos ancestrales muestra una ejecución prácticamente total, evidenciando coherencia entre la planeación y la implementación de estas actividades.

No obstante, el rubro de insumos presenta una subejecución importante, lo cual sugiere la necesidad de fortalecer la planeación, adquisición y uso oportuno de estos recursos, con el fin de mejorar su ejecución en los próximos periodos.

En general, los resultados evidencian una adecuada gestión financiera, con oportunidades de mejora focalizadas en la ejecución del componente de insumos para lograr una mayor eficiencia en el uso de los recursos.

Administración del recurso humano y soporte operativo

Durante el segundo trimestre de la vigencia 2026, la gestión del talento humano constituyó uno de los principales ejes estratégicos para la implementación y consolidación del Convenio, toda vez que la disponibilidad del recurso humano representa el factor determinante para garantizar

la continuidad del modelo de atención, el cumplimiento de las metas contractuales y el desarrollo oportuno de las intervenciones en territorio.

La Coordinación del Convenio concentró sus esfuerzos en fortalecer los procesos de vinculación, seguimiento, acompañamiento y permanencia del talento humano, implementando estrategias orientadas a disminuir el impacto generado por los cambios administrativos e institucionales que han acompañado la fase inicial de ejecución del convenio.

No obstante, durante este período persisten situaciones externas que incidieron directamente sobre la oportunidad en la contratación del personal requerido para la operación, especialmente aquellas relacionadas con la redefinición de procedimientos institucionales, ajustes en las rutas de contratación y modificaciones administrativas implementadas por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., circunstancias que ocasionaron una disminución temporal en la capacidad instalada inicialmente proyectada.

Al cierre del segundo trimestre, el convenio alcanzó un avance aproximado del 65 % en la contratación del talento humano requerido, porcentaje que refleja un proceso de incorporación progresiva del personal, condicionado por los nuevos procedimientos administrativos establecidos para la contratación de prestación de servicios en la entidad.

Aunque este porcentaje se encuentra por debajo de la proyección inicial, resulta importante señalar que la Coordinación implementó diversas estrategias de reorganización operativa que permitieron garantizar la continuidad de las actividades esenciales, priorizando la atención de la población con mayor nivel de riesgo y optimizando la distribución del talento humano disponible entre las diferentes áreas de gestión y localidades intervenidas.

Comportamiento en la contratación

El comportamiento de la contratación durante el segundo trimestre tuvo una incidencia directa sobre la ejecución técnica y financiera del convenio.

La disponibilidad parcial del talento humano limitó la capacidad operativa inicialmente proyectada, afectando principalmente la cobertura de algunos sectores catastrales, la velocidad de implementación de las intervenciones y la ejecución presupuestal asociada a la contratación de prestación de servicios.

Desde el análisis gerencial, la subejecución financiera evidenciada durante este periodo no corresponde a deficiencias en la planeación del convenio ni a limitaciones en la asignación presupuestal, sino a una condición transitoria derivada de los tiempos requeridos para la implementación de los nuevos procedimientos administrativos institucionales.

Esta situación generó una diferencia temporal entre los recursos apropiados para la contratación del talento humano y la ejecución efectiva de dichos recursos, impactando los indicadores financieros del convenio durante el trimestre.

No obstante, este comportamiento no compromete el cumplimiento de los objetivos estratégicos del convenio, dado que la Coordinación implementó mecanismos de priorización de actividades y redistribución de capacidades operativas para garantizar la continuidad de la atención en los territorios de mayor riesgo.

Con el propósito de disminuir el impacto generado por la disponibilidad parcial del talento humano, durante el trimestre se desarrolló un proceso permanente de articulación con la

Dirección de Contratación y demás dependencias institucionales involucradas en el proceso de vinculación.

En este contexto se realizaron múltiples mesas técnicas de seguimiento, en las cuales fueron expuestas las principales situaciones que estaban afectando el avance de la contratación y, en consecuencia, la ejecución financiera del convenio.

Estos espacios permitieron:

- Analizar las causas administrativas que originaron la disminución en la ejecución presupuestal.
- Identificar oportunidades para agilizar los procesos de contratación.
- Redefinir cronogramas institucionales.
- Ajustar la planeación operativa conforme a la disponibilidad real del talento humano.
- Replantear las metas operativas e indicadores de cumplimiento.
- Establecer mecanismos de seguimiento permanente con la Dirección de Contratación.
- Fortalecer la coordinación interdependencias.

Como resultado de estos ejercicios de articulación institucional se redefinieron las estrategias de implementación del convenio, permitiendo ajustar la programación de actividades a las condiciones reales de contratación sin afectar la calidad de la atención prestada.

Durante el segundo trimestre se evidenciaron oportunidades de mejora relacionadas con los tiempos de respuesta en algunos procesos de articulación interinstitucional.

Las modificaciones organizacionales implementadas por la Subred, junto con la actualización de procedimientos administrativos y la definición de nuevas rutas de contratación, generaron un proceso de adaptación institucional que incidió en la oportunidad de algunos trámites administrativos.

No obstante, desde la Coordinación se mantuvo un seguimiento permanente a dichos procesos, fortaleciendo los canales de comunicación con las diferentes dependencias responsables y promoviendo espacios de concertación orientados a disminuir los tiempos de respuesta y garantizar la continuidad de la operación.

Desde el punto de vista gerencial, esta situación corresponde a una condición propia de la fase de implementación del convenio y no constituye una limitación estructural para el desarrollo de las actividades previstas.

Rotación del talento humano

Otro aspecto relevante identificado durante el segundo trimestre corresponde a la terminación anticipada de algunos contratos de prestación de servicios.

El análisis realizado permitió establecer que dichas terminaciones obedecieron principalmente a dificultades presentadas durante el proceso de adaptación al modelo operativo del convenio, particularmente frente al cumplimiento de los lineamientos técnicos establecidos y al proceso de registro de actividades en el aplicativo GTAPS, herramienta fundamental para el seguimiento de las intervenciones desarrolladas en territorio.

Las exigencias relacionadas con la oportunidad, calidad y consistencia del registro de la información representaron un proceso de adaptación para algunos profesionales, situación que derivó en la finalización anticipada de ciertos contratos.

No obstante, el comportamiento observado no representa una situación generalizada, sino casos puntuales propios del proceso de implementación del convenio y de la incorporación de nuevos equipos de trabajo.

Con el propósito de disminuir la rotación del personal y fortalecer el proceso de adaptación institucional, la Coordinación implementó diversas estrategias de acompañamiento técnico y seguimiento permanente.

Entre las principales acciones desarrolladas se destacan:

- Fortalecimiento del proceso de inducción institucional.
- Acompañamiento permanente en territorio por parte de los líderes de gestión.
- Seguimiento individual al desempeño de los profesionales.
- Asistencia técnica frente al manejo del aplicativo GTAPS.
- Retroalimentación continua sobre lineamientos técnicos.
- Espacios de resolución de dudas operativas.
- Monitoreo permanente del cumplimiento de actividades.
- Reuniones periódicas con los equipos territoriales.
- Seguimiento a novedades contractuales.
- Redistribución temporal de cargas operativas cuando fue necesario.

Estas estrategias permitieron mejorar progresivamente el proceso de adaptación del talento humano, fortalecer las competencias operativas de los equipos y disminuir el riesgo de nuevas terminaciones anticipadas.

Tabla 56 Distribución del Talento Humano

Perfil	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE			
	No de personas requeridas	No de personas contratadas	Pendiente por contratar	% de contratación
COORDINADOR	1	1	0	100%
TECNICO ADMINISTRATIVO	2	2	0	100%
GEÓGRAFOS	2	2	0	100%
DINAMIZADOR TERRITORIAL DE GESTIÓN DEL RIESGO	2	2	0	100%
LIDER GESTION OPERATIVA	17	7	10	41%

TECNICO ADMINISTRATIVO GESTIÓN OPERATIVA	17	7	10	41%
TÉCNICOS SISTEMAS	7	5	2	71%
PROFESIONAL INGENERIA SISTEMAS	1	1	0	100%
PROFESIONAL COHORTES	2	1	1	50%
PROFESIONAL MATERNO/INDUCCIO N	2	0	2	0%
PROFESIONAL CANALIZACIONES/R UTAS	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%
PROFESIONAL SOCIAL AVANZADA	3	2	1	66%
GESTOR MAS BIENESTAR EN LINEA	13	10	3	80%
GESTOR MAS BIENESTAR TECNICO	70	66	4	94.2%
GESTOR MAS BIENESTAR TECNICO RURAL CERCANO	1	1	0	100%

PROFESIONAL EN MEDICINA	5	4	1	80%
PROFESIONAL EN MEDICINA RURAL	1	1	0	100%
PROFESIONAL EN ENFERMERIA	28	8	20	28%
PROFESIONAL EN ENFERMERIA RURAL	1	1	0	100%
PROFESIONAL EN PSICOLOGIA	28	22	6	78.5%
PROFESIONAL EN PSICOLOGIA RURAL	1	1	0	100%
PROFESIONAL EN NUTRICION	2	0	2	0%
PROFESIONAL EN TERAPIAS	9	6	3	66%
PROFESIONAL EN TERAPIAS RURAL	1	1	0	100%

AGENTE DE CAMBIO	5	1	4	20%
PROFESIONAL EN CIENCIAS AMBIENTALES	1	1	0	100%
TECNICO CIENCIAS AMBIENTALES	4	4	0	100%
PROFESIONAL EN ODONTOLOGIA	3	0	3	0%
PROFESIONAL EN ODONTOLOGIA RURAL	1	1	0	100%
PROFESIONAL EN PSICOLOGIA CLINICA	3	3	0	100%
AUXILIARES CUIDADORES	15	15	0	100%
PROFESIONAL EN TRABAJADOR	6	5	1	83%

SOCIAL RBC/NAVEGADORES				
GESTOR MAS BIENESTAR TECNICO PAGADIARIO	5	5	0	100%
GESTOR SOCIAL MAS BIENESTAR HC	5	4	1	83%
GESTOR MAS BIENESTAR TECNICO HC	5	5	0	100%
GESTOR MAS BIENESTAR TECNICO PPL COMUNIDADES DE VIDA	5	5	0	100%
GESTOR MAS BIENESTAR TECNICO PAI	17	4	13	23%

GESTORES SERVICIOS COMPLEMENTARIOS (MEDICAMENTOS, LABORATORIO)	2	0	2	0%
GESTOR MAS BIENESTAR BACHILLER VACUNADORES PAI	18	5	13	38%
PROFESIONAL SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	1	1	0	100%
PROFESIONALES CASA MAS BIENESTAR (ARTISTAS)	1	1	0	100%
PROFESIONAL EN TERAPIAS CASA MAS BIENESTAR	1	0	1	0%

PROFESIONAL ETNICO AFRO	5	5	0	100%
GESTOR MAS BIENESTAR TECNICO ETNICO AFRO	5	5	0	100%
GESTORES MAS BIENESTAR ANCESTRAL ETNICO AFRO	15	15	0	100%
PROFESIONAL ETNICO INDIGENA	4	4	0	100%
GESTOR MAS BIENESTAR TECNICO ETNICO INDIGENA	10	10	0	100%
GESTORES MAS BIENESTAR ANCESTRAL ETNICO INDIGENA	15	9	6	60%

ESTADISTICO	1	0	1	0%
EPIDEMIOLOGO	2	1	1	50%
GESTOR MAS BIENESTAR TECNICO / LINEA 137	34	10	24	30%
GESTOR MAS BIENESTAR / LINEA 137	10	0	10	0%
Total	419	274	145	65%

Fuente: Base de Talento Humano descarga 30 de junio de 2026 – EMBH

Describir **Gestión de infraestructura física y tecnológica** : Durante el segundo trimestre de 2026, el convenio desarrolló sus actividades de gestión desde la sede San José Obrero, ubicada en la localidad de Rafael Uribe Uribe, barrio San José Obrero, en la dirección KR 12D No. 26A-62 Sur. Esta sede contó con la infraestructura necesaria para el funcionamiento de los equipos territoriales, disponiendo de 30 colaboradores en oficina, 26 puestos de trabajo y 81 equipos de cómputo portátiles, recursos que permitieron garantizar el desarrollo de las actividades administrativas, técnicas y operativas del convenio.

Comentado [113]: Falta descripción

Comentado [114]: ok resuelto

La disponibilidad de estos recursos evidencia una adecuada capacidad instalada para soportar la operación de los equipos, favoreciendo la continuidad de las acciones en territorio y el cumplimiento de los lineamientos institucionales. Asimismo, la dotación tecnológica disponible facilita la gestión de la información, el registro oportuno de las intervenciones y el desarrollo de los procesos administrativos requeridos para la ejecución del convenio.

Tabla 57 Tabla Ubicación de Espacios

NOMBRE DE LA SEDE	UBICACIÓN			CANTIDA D DE TALENTO HUMANO	CANTIDA DE PUESTOS DE TRABAJO	CANTIDA D DE EQUIPOS DE COMPUTO
	LOCALIDA D	BARRIO	DIRECCIO N			
San José Obrero	Rafael Uribe Uribe	San José Obrero	Kr 12d 26a 62 sur	30	26	81

Fuente: EMBH a 30 de junio de 2026

Tabla 58 Gestión de insumos y vehículos

N °	CATEGORIA	VALOR TOTAL	SOPORTE DE VERIFICACIÓ N

1	C1_INSUMOS_PEDAGOGICOS_PIEZAS_COMUNICATIVAS	836.942	Orden de despacho, Facturas
	C2_PAPELERIA_UTILES_ESCRITORIO	47.229.313	Orden de despacho, Facturas
	C3_ANCESTRALES_INSUMOS_JARDINERIA	0	
	C4_ELEMENTOS_ELECTRONICO_ACCESORIOS_INTANGIBLES	54.430.600	Orden de despacho, Facturas
	C5_INSUMOS_HOSPITALARIOS_EQUIPOS_MEDICOS	15.789.025	Orden de despacho, Facturas
	C7_DOTACION_TRABAJADORES	1.110.545	Orden de despacho, Facturas
	C8_ELEMENTOS_ASEO_DESINFECCION	2.314.292	Orden de despacho, Facturas
	C9_MAQUINARIAS_HERRAMIENTAS_MUEBLES_ENSERES	0	
	C10_VEHICULOS	0	

Comentado [115]: Que procesos se hab adelantado para la contratación de vehiculos

Comentado [116]: ok resuelto

--	--	--	--

Fuente: Matriz Financiera SDS

Gestión del contrato de vehículos: Durante el segundo trimestre de la vigencia 2026 se desarrollaron las actividades de seguimiento técnico, administrativo y operativo para la adjudicación de contrato de prestación del servicio de transporte destinado a apoyar la operación de los Equipos Más Bienestar en tu Hogar. La gestión estuvo orientada a garantizar la oportuna adjudicación de los vehículos requeridos para el desplazamiento de los equipos territoriales, asegurando la continuidad de las intervenciones en las seis localidades de cobertura de la Subred Centro Oriente. Como parte de apoyo a la supervisión del contrato, se verificó el cumplimiento de las especificaciones técnicas junto con el área de contratación por parte del operador, mediante la revisión de las mismas, disponibilidad de los vehículos. De igual manera, se realizó el seguimiento a la documentación contractual y a los soportes requeridos para la ejecución del contrato, registros de prestación del servicio, informes y demás evidencias que respaldan el cumplimiento de las actividades contratadas.

De igual manera, se adelantaron acciones de articulación permanente con los líderes de gestión operativa y las diferentes áreas del convenio para identificar oportunamente las necesidades de transporte, priorizar la asignación de vehículos y garantizar la cobertura de las actividades extramurales programadas. Este ejercicio permitió fortalecer la coordinación logística y disminuir las afectaciones derivadas de cambios operativos o contingencias presentadas durante la ejecución y como resultado se tienen vehículos asignados a partir del mes de julio de 2026.

7.1.3 Resultados operativos del proceso de supervisión

Para este período aún no se ha realizado el proceso de seguimiento, sin embargo, el día 1 de julio de 2026 se realiza la conciliación y levantamiento de glosas correspondientes al I y II ciclo de auditoría sin embargo aún no hemos sido notificados ya que esto hace parte del tercer trimestre del año 2026.

Comentado [117]: Realizar análisis de los 2 ciclos de seguimiento realizados

Primer Ciclo de Auditoría: Octubre - Diciembre 2025

Este periodo se caracteriza por glosas centradas en la formalización del talento humano y la asistencia técnica a comités.

Comentado [118]: ok resuelto

- Base de Talento Humano: Se generaron glosas iniciales por falta de soportes como tarjetas profesionales o registros en RETHUS de diversos perfiles (psicólogos, enfermeras, odontólogos). Estas glosas fueron levantadas en su totalidad tras la presentación de las hojas de vida y los ajustes respectivos en el aplicativo GTPAS.
- Comités de Cuidado (Técnicos y Profesionales): Se mantuvieron glosas del 100% de manera sistemática por ausencia de soportes. La respuesta de la Subred fue recurrente: los perfiles asistieron pero no lograron registrarse por "desconocimiento en herramientas ofimáticas". La auditoría no aceptó esta justificación ante la falta de listas de asistencia físicas o digitales válidas.
- Unidad Base de Costeo (Honorarios): En diciembre de 2025, se identificaron diferencias por no pago de honorarios. Mientras algunas fueron levantadas tras demostrar el ajuste en aplicativos, otras se mantuvieron parcialmente al no presentarse el comprobante de pago de horas específicas ejecutadas.

- Hallazgo de Veracidad: En octubre de 2025, se mantuvo una glosa del 100% en Gestión Operativa (Zonal G5) por una presunta falta de veracidad, al evidenciarse la firma de una profesional en una fecha en la que aún no estaba contratada por la Subred.

Segundo Ciclo de Auditoría: Enero - Marzo 2026 (PPP 2025 y PPP 2026)

Este ciclo muestra una transición administrativa y un enfoque riguroso en la calidad técnica de las intervenciones.

- Levantamientos Masivos por Honorarios: A diferencia del primer ciclo, hubo una gestión proactiva para levantar glosas por "incumplimiento en la unidad base de costeo" en marzo de 2026. La Subred argumentó exitosamente que los pagos se realizaban a mes vencido y que, al momento de la auditoría, las horas estaban pendientes pero se ejecutaron efectivamente. Se levantaron valores significativos al presentar los comprobantes de pago finales.
- Incumplimiento de Lineamientos Técnicos (Anexo 5): Este rubro fue el más crítico y no fue subsanado. Las glosas se mantuvieron al 100% por hallazgos de baja calidad y falta de completitud, tales como:
 - No aplicación de tamizajes obligatorios (Hamilton, Zung, Findrisc, OMS, SRQ).
 - Uso de "plantillas" en las observaciones de campo, lo que impedía ver una gestión real del riesgo individualizada.
 - Falta de gestión de alertas en salud identificadas y campos de observación en blanco.

- Bases de Datos y Aplicativos: Se mantuvieron glosas debido a que los reportes en los aplicativos no alcanzaron el estándar de calidad del 95% de registros válidos. Se evidenciaron fallos persistentes en acciones de Salud Mental, Seguridad Alimentaria y Medicina Familiar.
- Inconsistencias en Informes de Gestión: En este ciclo se aplicaron glosas del 5% por reportar metas inferiores a las ejecutadas realmente. Se mantuvieron porque la Subred no radicó el oficio de alcance necesario para corregir el informe de gestión oficial

7.2 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

La gestión se fundamenta en un modelo de inteligencia operativa que centraliza datos de sistemas institucionales y distritales para garantizar la precisión, trazabilidad y oportunidad en la toma de decisiones. El modelo articula cuatro pilares de análisis:

1. Estandarización de la Trazabilidad y Control

El monitoreo semanal de metas constituye el mecanismo central para la detección de variaciones. Este proceso ha permitido desplazar el enfoque de la simple verificación hacia la detección de anomalías cuantitativas (subregistros, rezagos y brechas territoriales). La estandarización de estos datos ha fortalecido el control interno, permitiendo que cada hallazgo se traduzca directamente en una medida correctiva focalizada y verificable.

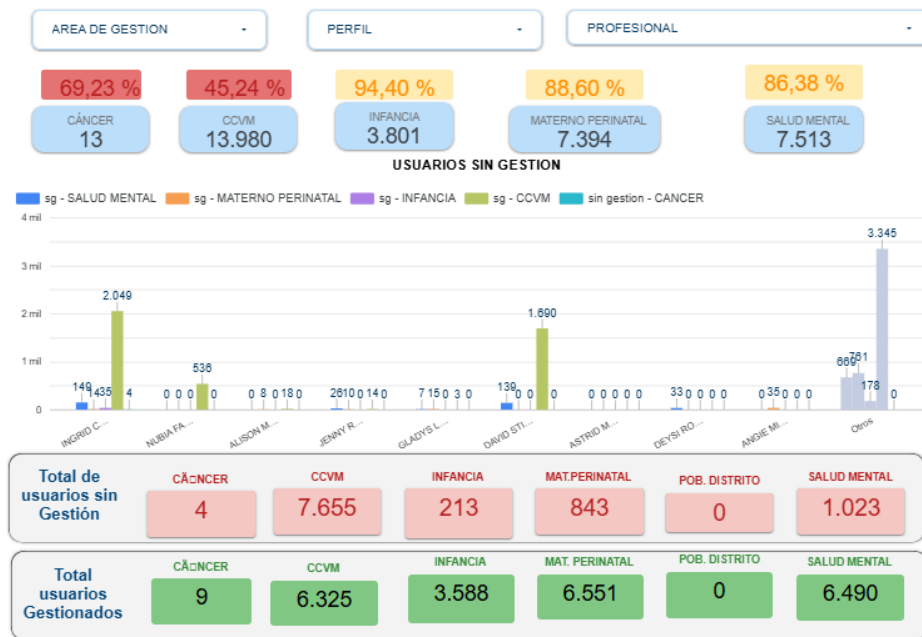
2. Optimización de la Capacidad Instalada (Módulo de Ruteo)

Mediante el análisis técnico de las capacidades operativas frente a la demanda, se ha logrado parametrizar la eficiencia del ruteo. El estudio de la correlación entre la carga de trabajo y la distribución geográfica ha permitido identificar oportunidades de mejora en la asignación de recursos, transformando el módulo de ruteo en una herramienta estratégica para la redistribución de cargas de trabajo basada en datos de rendimiento real.

para control y seguimiento de los casos se implementa visor de visualización del avance del módulo el cual se actualiza de manera diaria dos veces al día, en donde podemos realizar seguimiento por área de gestión, por perfil y por profesional y/o gestor más bienestar o en línea

Ilustración 1 Avance en meta del equipo operativo

AVANCE POR ÁREA DE GESTIÓN



Fuente: Tablero de control módulo de ruteo

Avance por área: Se muestran porcentajes de cumplimiento y cifras absolutas para cinco áreas, destacando "Infancia" con un 94,40 % y "Cáncer" con un 0,00 %.

Usuarios sin gestión: El gráfico de barras muestra la distribución de usuarios pendientes de gestión por profesional, donde el área de "CCVM" (representada en color verde) concentra la mayor cantidad de casos en la mayoría de los profesionales.

Resumen consolidado: La parte inferior presenta los totales globales, diferenciando los usuarios "sin gestión" (en recuadros rojos) y los usuarios "gestionados" (en recuadros verdes) para cada cohorte.

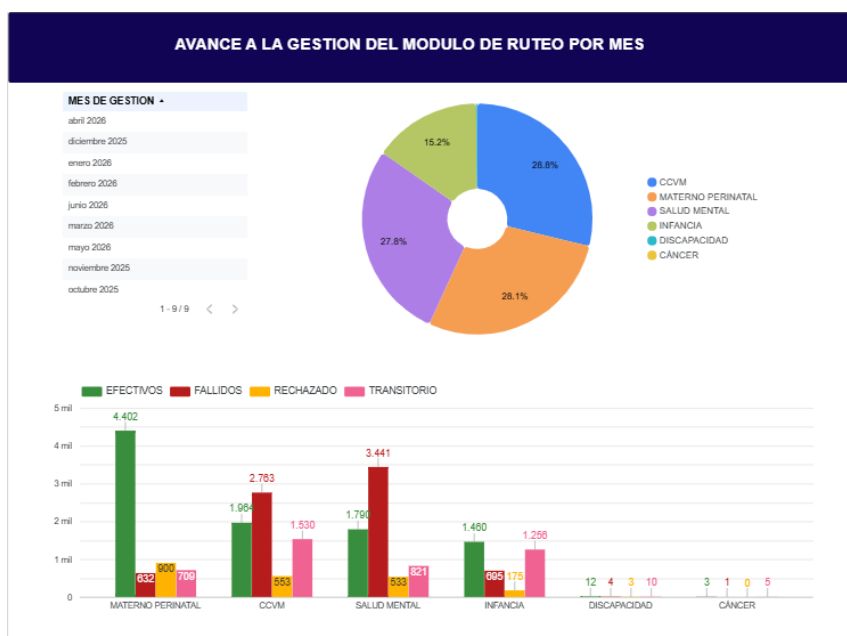
3. Segmentación y Focalización de Recursos

La priorización operativa se soporta en la segmentación multidimensional de casos (riesgo, oportunidad, ubicación). Este ejercicio de depuración y análisis permite la asignación inteligente de esfuerzos, garantizando que el despliegue de recursos sea proporcional a la criticidad de los eventos. La representación visual de estas variables permite un análisis comparativo que facilita la lectura técnica inmediata de la efectividad del proceso.

4. Interoperabilidad y Gestión en Tiempo Real

La arquitectura de tableros de control y herramientas interactivas ha reducido la latencia en el análisis de datos. La capacidad de monitoreo dinámico permite una respuesta institucional más ágil, fortaleciendo la capacidad de adaptación ante desviaciones en el desempeño y garantizando la coherencia entre el reporte territorial y el resultado consolidado del sistema, tal y como se muestra en la siguiente imagen:

Ilustración 2 Avance a la gestión por mes del módulo de ruteo



Fuente: tablero de control del módulo de ruteo

La imagen anterior presenta un tablero de control que permite visualizar el comportamiento de la gestión mediante un filtro por mes. El tablero incluye un gráfico de dona que muestra la distribución porcentual de los casos gestionados por cohorte (CCVM, Materno Perinatal, Salud Mental, Infancia, Discapacidad y Cáncer) y un gráfico de barras que compara, para cada

cohorte, la cantidad de registros clasificados como efectivos, fallidos, rechazados y transitorios. En conjunto, el panel facilita el seguimiento del desempeño de la gestión y la identificación de los componentes con mayor volumen de atenciones y resultados obtenidos.

El proceso actual constituye un sistema de soporte a la toma de decisiones que asegura la consistencia técnica de la información. La transición hacia este modelo basado en evidencia garantiza que la planeación operativa y la gestión de recursos no dependan de apreciaciones subjetivas, sino de comportamientos identificables, medibles y trazables en los sistemas de información.

a) Estructura del reporte de gestión desde el análisis territorial

Ilustración 3 Análisis de registros validados



Fuente: consolidado de conteos mensuales

Durante el periodo comprendido entre abril y junio de 2026 se consolidó la información proveniente de los diferentes procesos operativos, registrando un total de 74.037 registros distribuidos en 14 perfiles y en las localidades de intervención de la Subred Centro Oriente.

El análisis evidencia que el perfil AUXHOG (Auxiliar de Hogar) concentra el mayor volumen de información, con 45.276 registros, equivalentes al 61,2 % del total consolidado, lo que refleja su alta participación en las actividades desarrolladas y en el seguimiento de la población priorizada.

Los perfiles de Psicología y Trabajo Social (TSOCIAL) representan conjuntamente el 22,8 % del total de registros, con 10.612 y 6.328 registros, respectivamente, constituyéndose en los perfiles con mayor participación después de Auxiliar de Hogar. De igual manera, se destaca la participación de los perfiles de Terapia (4.190 registros), Enfermería (2.536 registros) y Ambiental (1.874 registros), que aportan información relevante para el análisis y seguimiento territorial.

En cuanto a la distribución territorial, la Localidad 3 presenta el mayor volumen de registros, con 28.935 registros, correspondientes al 39,1 % del total consolidado, seguida de la Localidad 4, con 19.834 registros. En conjunto, estas dos localidades concentran aproximadamente el 66 % de la información registrada durante el periodo, evidenciando una mayor dinámica operativa y un mayor número de intervenciones realizadas en estos territorios.

La consolidación de la información permitió identificar el comportamiento de los registros por perfil y por localidad, facilitando el análisis territorial y el seguimiento a las acciones desarrolladas con las poblaciones priorizadas, entre las que se encuentran gestantes, niños y

niñas menores de cinco años, casos de morbilidad materna extrema, RBC y otras priorizaciones definidas en la operación.

Los resultados presentados constituyen un insumo fundamental para la toma de decisiones, la planeación operativa y el fortalecimiento de las estrategias de seguimiento territorial, permitiendo orientar las acciones hacia los territorios y perfiles con mayor demanda de atención y gestión de la información.

Ilustración 4 cantidad de hallazgos identificados



Fuente: Drive de Hallazgos mensual

El análisis de la información evidencia un total de 1.863 hallazgos concentrados durante los meses de abril, mayo y junio. El comportamiento mensual muestra una variación en la distribución de los registros, registrando 233 hallazgos en abril (12,5%), un incremento que

sitúa a mayo como el mes con mayor concentración con 906 hallazgos (48,6%), y un posterior descenso a 724 hallazgos en junio (38,9%). Esta fluctuación refleja el volumen de observaciones identificadas en cada periodo evaluado dentro del proceso de validación ||

1. Comportamiento temporal de los hallazgos

Se observa una variación en la distribución mensual de los registros analizados:

- Abril: 233 hallazgos (12,5%)
- Mayo: 906 hallazgos (48,6%)
- Junio: 724 hallazgos (38,9%)

El mes de mayo concentra casi la mitad de los hallazgos reportados. Este comportamiento debe interpretarse como el resultado de la intensidad de las revisiones así como en la calidad del diligenciamiento durante dicho periodo. Aunque en junio se evidencia un descenso a 724 hallazgos, la cantidad sigue siendo representativa, lo que evidencia la continuidad de oportunidades de mejora en los registros.

Comentado [119]: Revisar la interpretación del comportamiento de los hallazgos. El incremento de hallazgos entre abril y mayo no permite concluir por sí mismo que aumentaron las actividades de seguimiento y validación, dado que también puede estar relacionado con variaciones en el volumen de registros evaluados o en la calidad del dato. Sustentar la conclusión con el número de registros revisados por mes o ajustar la interpretación.

Comentado [120]: ajustado

2. Análisis por perfil de usuario

Los hallazgos se concentran principalmente en algunos perfiles:

Tabla 59 perfiles con más hallazgos

Perfil	Hallazgos	Participación
AUXHOG	425	22,8%
ENFERMERÍA	356	19,1%
MEDICINA	248	13,3%

Fuente: Drive de hallazgos mensual

En términos absolutos, estos tres perfiles concentran el mayor número de registros con observaciones (representando aproximadamente el 55% del total). Sin embargo, al analizar este comportamiento, es necesario considerar el volumen de registros consolidados de cada rol.

El perfil AUXHOG concentra una alta proporción de los registros totales identificados, por lo que el número de hallazgos por sí solo no determina una menor calidad del perfil, sino que está estrechamente ligado a su nivel de actividad. Por lo tanto, las acciones de fortalecimiento y

Comentado [121]: Complementar el análisis de hallazgos por perfil con un indicador relativo al volumen de registros revisados por cada perfil. El número absoluto de hallazgos no permite establecer cuáles perfiles presentan mayor afectación de calidad, especialmente considerando que AUXHOG concentra el 61,2 % de los registros consolidados.

Comentado [122]: ajustado

capacitación se orientan considerando tanto la frecuencia de los hallazgos como su proporción frente al volumen operado.

3. Análisis por tipo de hallazgo

A continuación se presenta la distribución de los hallazgos según su tipología, clasificados de manera estructurada para facilitar la identificación de causas y acciones de mejora:

Tabla. Distribución de hallazgos según tipología y categoría analítica

Categoría Analítica	Tipo de Hallazgo	Cantidad	Participación (%)
Validación de Valores	Val_Peso	415	22,3%
Validación de Valores	Val_Talla	328	17,6%
Validación de Valores	Val Tensión Diastólica	222	11,9%

Compleitud	Compleitud	157	8,5%
Oportunidad	Val Oportunidad Registro	134	7,2%

Comentado [123]: Precisar el universo utilizado para calcular la participación de los tipos de hallazgo y verificar que las categorías presentadas sean mutuamente excluyentes. Asimismo, diferenciar hallazgos de validación de valores, completitud y oportunidad para facilitar el análisis de causas y acciones de mejora. . Presentar los datos en una Tabla

Comentado [124]: ajustado

Fuente: Drive de consolidación de hallazgos local

Interpretación y Acciones de Mejora

- **Variables antropométricas y clínicas (Validación de valores):** Los hallazgos asociados a la validación de valores (peso, talla y tensión diastólica) concentran la mayor proporción de las incidencias.evidenciando las dificultades en la digitación y la falta de validación antes del cierre del formulario.
- **Calidad y cumplimiento normativo (Compleitud y Oportunidad):** Las categorías de completitud y oportunidad reflejan debilidades específicas en el diligenciamiento integral de la información y en el cumplimiento de los tiempos establecidos para el registro.
- **Comportamiento temporal y por perfiles:** La mayor concentración de hallazgos se presentó en el mes de mayo (48,6% del total), y los perfiles AUXHOG, Enfermería y Medicina concentran más de la mitad de las incidencias, requiriendo un análisis normalizado por su volumen de producción.

Estrategias de Intervención Propuestas

- Implementar procesos de capacitación focalizados por perfil de usuario.
- Establecer estrategias de validación previa al cierre de los formularios para mitigar errores en variables antropométricas.
- Realizar un seguimiento periódico a los indicadores de calidad del dato, diferenciando entre errores de valor, completitud y oportunidad.
- Proveer retroalimentación dirigida a los grupos con mayor número de hallazgos para mejorar la confiabilidad de la información y apoyar la toma de decisiones institucionales.

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

Tabla 60 Gestión de hallazgos

Mes	Registros Analizados	Ajustes Requeridos	Tasa de Ajuste (%)
ABRIL	3294	1043	32%
MAYO	4079	1083	27%
JUNIO	4261	1374	32%
Total	11634	3500	30%

Fuente: Drive de Hallazgos

Tal como se evidencia en el gráfico, durante el mes de abril se analizaron 3.294 registros, de los cuales 1043 requirieron ajustes, representando una tasa del 32%. Para mayo, se observó un incremento significativo en los ajustes, con 4.079 registros analizados y 1.083 ajustes,

alcanzando una tasa del 27%. En junio, se procesaron 4.261 registros, con 1374 ajustes realizados, lo que equivale a una tasa del 32%. Se solicitaron 3500 ajustes en total.

En términos consolidados, durante el periodo analizado se gestionaron 11.634 registros, con un total de 3.500 ajustes, lo que corresponde a una tasa global del 30%.

Comentado [125]: Corregir la cifra reportada para junio. La Tabla 60 registra 1.374 ajustes requeridos en junio; los 3.500 corresponden al total acumulado de abril a junio. Ajustar el texto para garantizar concordancia con la tabla.

Comentado [126]: ajustado

Tabla 61 Reporte de hallazgos

Concepto	Cantidad
Solicitudes Reportadas	3.751
Solicitudes Ajustadas	2.235
Total	60%

Fuente: drive de Hallazgos

En relación con la gestión de solicitudes, se reportaron 3.751 solicitudes, de las cuales 2.235 fueron ajustadas, alcanzando un cumplimiento del 60%.

Adicionalmente, se recibieron 5986 solicitudes de calidad reportadas por los operativos, de las cuales 2358 fueron ajustadas, lo que representa un 39% de gestión efectiva.

Finalmente, se implementaron seis productos orientados a la consolidación y análisis de la información como insumo para la toma de decisiones, entre los cuales se destacan:

Formatos de salida de información: Se desarrollaron 25 formatos en Excel, diseñados para procesar las descargas del sistema. Estos archivos permiten identificar hallazgos de forma automática, mediante la aplicación de validaciones específicas que contribuyen a garantizar la calidad de los datos.

2. Formatos de planos: Es un archivo maestro en Excel que consolida los 78 módulos del aplicativo. Gracias a su formulación, permite extraer la información y realizar cruces entre los módulos para asegurar que los datos ingresados al aplicativo estén completos y sean congruentes entre sí.

Ilustración 5 Plano consolidado

CONSOLIDADO_FINAL_LAVI																											
¿Qué desea hacer?																											
General																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											
Formato como tabla																											

Fuente: consolidado de módulos gtps

Ilustración 6 Asignación de Predios

ID PREDIO	ID FAMILIA	FUENTE DE INFORMACION	DIRECCION DE ORIGEN	LOCALIDAD	BARRIO	TIPO_DOC	NUM_DOC
8113	59604	TENDAJE APGAR	CL 43 SUR 30 33 ESTE	SAN CRISTOBAL		TI	102862482
8114	84935	TENDAJE APGAR	CL 43A SUR 31 ESTE	SAN CRISTOBAL		TI	103727297
8115	27696	TENDAJE APGAR	K8 1P ESTE 43B 12 SUR	SAN CRISTOBAL		TI	103736378
8116	47175	TENDAJE APGAR	CL 43B SUR 38 28	SAN CRISTOBAL		TI	103736378
8117	71919	TENDAJE APGAR	CL 46Z B5 SUR 10 01	RAFAEL URIBE URIBE		TI	114173155
8118	71919	TENDAJE APGAR	CL 46Z B5 SUR 10 01	RAFAEL URIBE URIBE		TI	114173155
8119	60518	TENDAJE APGAR	TV 551 42 11 SUR	RAFAEL URIBE URIBE		TI	103744615
8120	61995	TENDAJE APGAR	TV 551 42 11 SUR	RAFAEL URIBE URIBE		TI	103729808
8121	48154	TENDAJE APGAR	TV 551 42 11 SUR	RAFAEL URIBE URIBE		TI	103861385
8122	65264	TENDAJE APGAR	CL 49H B5 SUR 11A 65	RAFAEL URIBE URIBE		TI	103777602
8123	51340	TENDAJE APGAR	K8 28 A 42 A 60 SUR	RAFAEL URIBE URIBE		TI	107566851
8124	39056	TENDAJE APGAR	CL 51C SUR 18 17	RAFAEL URIBE URIBE		PT	5461150
8125	64820	TENDAJE APGAR	OS 12B SUR 12D 63	RAFAEL URIBE URIBE		TI	101846214
8126	75738	TENDAJE APGAR	K8 3A 1C 36	SANTA FE		TI	120621823
8127	75738	TENDAJE APGAR	K8 3A 1C 36	SANTA FE		TI	1206218149
8128	87980	TENDAJE APGAR	CL 49B SUR 11B 04 60TE	SAN CRISTOBAL		PT	1131306
8129	64513	TENDAJE APGAR	K8 8 ESTE 24A 43 SUR	SAN CRISTOBAL		TI	102396119
8130	59972	TENDAJE APGAR	CL 43A SUR 3 82 ESTE	SAN CRISTOBAL		TI	102947275
8131	59658	TENDAJE APGAR	CL 24A SUR 5 36 ESTE	SAN CRISTOBAL		TI	102396261
8132	94877	TENDAJE APGAR	CL 5 12A 46	LOS MARTIRES		TI	103727421
8133	26756	TENDAJE APGAR	CL 57A B5 A SUR 2C 48	SAN CRISTOBAL		PT	5143162

Fuente: Dive de asignación de predios

3. Formato de asignaciones: Este proceso permite gestionar de manera organizada los predios asignados a los colaboradores, mediante las siguientes actividades:

Se registran los predios nuevos y se valida la carga de trabajo actual de cada colaborador. Los líderes identifican el personal disponible, teniendo en cuenta sus áreas de gestión, para realizar una asignación adecuada. El área de sistemas actualiza el formato, consolida la información en las pestañas de cada colaborador y ejecuta la asignación correspondiente en el aplicativo GTAPS.

Ilustración 7 Asignación de Predios

Fuente: Dive de asignación de predios

Registro de solicitudes: Los colaboradores diligencian los formularios para solicitar la inactivación de predios, ajustes de fechas o traslados. Validación de la información: El área de sistemas verifica la consistencia y calidad de los datos reportados, realizando las correcciones necesarias en caso de inconsistencias. Gestión en el aplicativo: Para los casos de traslado, se contrasta la información del formulario con el aplicativo GTAPS y se ejecuta el trámite correspondiente dentro de la plataforma.

Ilustración 8 Drive de solicitud de ajustes

The image displays two screenshots of a web application interface. The left screenshot shows a menu titled "Requerimientos Equipo EMBH" with a list of options: "Inactivar Formulario", "Solicitud de traslado de usuarios", "Solicitud de cambio de numero de Seguimiento", "Solicitud de cambio de numero de Sesión Estrategia RBO", "Solicitud de Ajuste de fechas de formulario", "Cambiar tipo de Intervencion", "Solicitud de correccion de tipo y numero de documento, sesiones colectivas - grupos de familia", and "Solicitud de Derivaciones". The right screenshot shows a form titled "Solicitud de ajuste de fechas mal ingresadas del mes en curso (menos fechas de nacimiento)". It includes a description of the request, a "No compartido" status, and several input fields: "Cod de predio", "Cod de familia", and "Cod de persona", each with a "Requerimiento" label. At the bottom, there is a field for "Número de documento de integrante de la familia".

El Tablero de Hallazgos se consolida como una herramienta clave de Soporte Nivel 1 para el control de calidad, cuya función principal es centralizar y registrar de manera sistemática las inconsistencias identificadas durante la validación de planos y salidas de información.

A través de este mecanismo, se gestiona la notificación formal a los colaboradores responsables para la ejecución de las subsanaciones correspondientes, garantizando la trazabilidad de las correcciones y asegurando que los entregables cumplan con los estándares técnicos establecidos.

Ilustración 9 Seguimiento a subsanación de hallazgos

	A	B	C	D	E	F	G	H
	Cod_Problema	Cod_Familia	Cod_Registro	Cod_Usuario	Nombre_Usuario	Perfil_Usuario	FECHA	Nombre_Usuario
1	766599	303001	905953	1076329972	KATERINE PALACIOS RODRIGUEZ	ENFERMERIA-D	4/10/2026	Caracterizaci
2	653812	664728	859476	1022410977	LUCY MAR MOSQUERA ROMANA	ENFERMERIA-D	4/10/2026	Signos
3	590062	741698	866042	1076329972	KATERINE PALACIOS RODRIGUEZ	ENFERMERIA-D	4/10/2026	Signos
4	828713	563364	50715	1022410977	LUCY MAR MOSQUERA ROMANA	ENFERMERIA-D	4/10/2026	Cronicos
5	828713	563364	50709	1022410977	LUCY MAR MOSQUERA ROMANA	ENFERMERIA-D	4/10/2026	Cronicos
6	653812	664728	21010	1022410977	LUCY MAR MOSQUERA ROMANA	ENFERMERIA-D	4/10/2026	Int
7	429424	630130	11885	1076329972	KATERINE PALACIOS RODRIGUEZ	ENFERMERIA-D	4/10/2026	Gestantes
8	994513	717980	873288	1012402081	ADRIANA JOHANA RODRIGUEZ CLAVIJO	AUXHOG	4/10/2026	Caracterizaci
9	772688	261124	874882	1012402081	ADRIANA JOHANA RODRIGUEZ CLAVIJO	AUXHOG	4/10/2026	Caracterizaci
10	773010	232296	894893	1012402081	ADRIANA JOHANA RODRIGUEZ CLAVIJO	AUXHOG	4/10/2026	Caracterizaci
11	772688	261124	874882	1012402081	ADRIANA JOHANA RODRIGUEZ CLAVIJO	AUXHOG	4/10/2026	Caracterizaci
12	825335	268911	846564	1012402081	ADRIANA JOHANA RODRIGUEZ CLAVIJO	AUXHOG	4/10/2026	Signos
13	466636	538863	893394	39665022	ALEJANDRA ISABEL MARIA ALVAREZ CHARRY	PSICOLOGIA	4/10/2026	Caracterizaci
14	389363	452944	891578	39665022	ALEJANDRA ISABEL MARIA ALVAREZ CHARRY	PSICOLOGIA	4/10/2026	Caracterizaci
15	389363	738597	19986	39665022	ALEJANDRA ISABEL MARIA ALVAREZ CHARRY	PSICOLOGIA	4/10/2026	Conducta
16	890814	265192	91349	1033713649	ALEXANDER DEAZA TRIANA	PSICOLOGIA	4/10/2026	Acompañamiento Ps
17	590705	306983	91974	1033713649	ALEXANDER DEAZA TRIANA	PSICOLOGIA	4/10/2026	Acompañamiento Ps
18	76960	722628	878945	52179713	ANA ELVIRA GAMBOA MALDONADO	AUXHOG	4/10/2026	Caracterizaci

Fuente: Drive de archivo de control de hallazgos

El análisis técnico del aplicativo GTAPS durante el periodo de abril a junio evidencia variaciones en los niveles de ajuste, relacionadas con la implementación y fortalecimiento progresivo de los controles de calidad. En total, se analizaron 11.634 registros, de los cuales 3.500 requirieron algún tipo de corrección, lo que corresponde a una tasa global de ajuste del 30%.

Al desagregar por mes, se observa que en abril se procesaron 3.294 registros, con 1.043 ajustes, para una tasa del 32%. En mayo, aunque se analizaron 4.079 registros y se registraron 1.083 correcciones, la tasa de ajuste disminuyó al 27%, lo que sugiere una mejora relativa en la calidad del registro frente al mes anterior, pese al mayor volumen procesado. Si esta disminución estuvo asociada a la implementación de nuevas validaciones o reglas de negocio, dicha relación debe sustentarse con evidencia técnica o registros de cambio [1].

En junio, se evidencia un aumento en el número absoluto de ajustes, con 4.261 registros procesados y 1.374 correcciones, alcanzando nuevamente una tasa del 32%. Este

Comentado [127]: Revisar la afirmación de que en mayo se presentó un "incremento considerable" de ajustes asociado directamente a nuevas validaciones. La tasa de ajuste disminuyó de 32 % en abril a 27 % en mayo. Si la implementación de nuevas reglas de validación explica el comportamiento observado, incorporar evidencia que permita establecer dicha relación.

Comentado [128]: ajustado

Este comportamiento no debe interpretarse como una inestabilidad del sistema, sino como un proceso de maduración en los mecanismos de control, donde el incremento en los ajustes responde a una mayor capacidad de detección de errores y no necesariamente a un deterioro en la calidad de la información. En este sentido, el sistema se vuelve más robusto, exigente y confiable.

[illegible]

MES	NO SE PUEDE REALIZAR	REALIZA DO	Total, general	TASA %
-----	-------------------------	---------------	-------------------	--------

Abril	57	13	70	18,6%
Mayo	33	9	42	21,4%
Junio	27	10	37	27,0%
Total, general	117	32	149	21,5%

Fuente: Drive de control de ajustes

Comentado [130]: ajustado

De las solicitudes evaluadas, aquellas clasificadas como “No se puede realizar” no fueron ajustadas debido a que no cumplían con los criterios técnicos y operativos definidos para su gestión. En consecuencia, estos casos fueron cerrados conforme a la validación realizada, sin que ello implique una omisión en la atención, sino la imposibilidad de proceder por incumplimiento de requisitos.

Tabla 63 TRASLADOS-GTAPS

MES	NO SE PUEDE REALIZAR	POR APROBAR	REALIZAD O	Total, general	TASA %
Abril	5	5	348	358	97,2%
Mayo	12	7	324	343	94,5%
Junio	11	8	381	400	95,3%
Total, general	28	20	1053	1101	95,6%

Fuente: Drive de solicitud de traslados

De manera complementaria, el componente de gestión de calidad evidenció que se recibieron 149 solicitudes de ajuste, de las cuales 32 fueron gestionadas, alcanzando una tasa de resolución del 21,5%. Así mismo, en el ámbito operativo se reportaron 1.101 solicitudes de traslados, con 1.053 ajustadas, lo que representa un cumplimiento del 95,6%, evidenciando una alta capacidad de respuesta del equipo técnico.

Finalmente, la implementación de seis productos técnicos orientados a la consolidación, análisis y control de la información —formatos de salida, planos, asignaciones, tableros de control, formularios de traslado y reportes de hallazgos— representa un avance significativo en la capacidad operativa del convenio. Estas herramientas permiten no solo estructurar la información, sino también transformarla en insumos estratégicos para la toma de decisiones, facilitando la identificación de desviaciones, oportunidades de mejora y fortalecimiento del desempeño operativo.

En conjunto, los resultados evidencian que el componente técnico no solo respalda la operación, sino que la optimiza, fortalece y orienta hacia la mejora continua, consolidando el sistema de información como un eje fundamental para la calidad, trazabilidad y sostenibilidad del modelo territorial.

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

Análisis comparativo de la gestión de la información – Periodo abril a junio de 2026

Componente de Gestión Territorial (Ingeniería Local)

Durante el periodo comprendido entre abril y junio de 2026 se consolidaron 74.037 registros correspondientes a los diferentes perfiles operativos y localidades de intervención de la Subred Centro Oriente. El análisis de la distribución de los registros muestra una concentración sostenida en el perfil AUXHOG, que representa el 61,2 % del total de la información consolidada, seguido por los perfiles de Psicología y Trabajo Social, que en conjunto aportan el 22,8 % de los registros.

Desde la perspectiva territorial, las localidades 3 y 4 concentraron aproximadamente el 66 % del total de registros, evidenciando una mayor dinámica operativa y un mayor volumen de información gestionada en estos territorios durante el periodo analizado.

En relación con los hallazgos de calidad de la información, se identificaron 1.863 novedades entre abril y junio. El comportamiento mensual muestra un incremento entre abril y mayo, pasando de 233 a 906 hallazgos, seguido de una disminución a 724 hallazgos en junio. Esta variación evidencia cambios en el volumen de inconsistencias identificadas y en los procesos de revisión y validación de la información.

Los perfiles AUXHOG, Enfermería y Medicina concentraron el 55 % de los hallazgos reportados durante el periodo, manteniendo una participación predominante en las novedades identificadas. Por su parte, los tipos de hallazgo más frecuentes estuvieron asociados a las variables de peso, talla y tensión arterial, las cuales representaron más de la mitad de las inconsistencias registradas.

El análisis comparativo entre periodos permite evidenciar un aumento significativo en la identificación de hallazgos entre abril y mayo, seguido de una reducción en junio, comportamiento que refleja variaciones en los procesos de validación y en la calidad de los registros consolidados.

Componente Técnico y de Calidad de la Información (Equipo Técnico en Sistemas)

Durante el periodo analizado se gestionaron 11.634 registros, de los cuales 3.500 requirieron ajustes, lo que corresponde a una tasa global de ajuste del 30%.

El comportamiento mensual evidencia un incremento progresivo en el volumen de registros analizados, al pasar de 3.294 en abril a 4.079 en mayo y 4.261 en junio. De manera paralela, el número absoluto de ajustes identificados presentó variaciones entre periodos, con 1.043 ajustes en abril, 1.083 en mayo y 1.374 en junio.

En este contexto, el aumento en la cantidad de ajustes debe interpretarse en relación con el crecimiento del volumen procesado y con la aplicación de mecanismos de revisión y validación más rigurosos. Por tanto, el análisis no debe centrarse únicamente en el número absoluto de correcciones, sino en su proporción respecto al total de registros revisados en cada periodo.

En cuanto a la gestión de solicitudes de ajuste en el aplicativo GTAPS, se recibieron 149 solicitudes, de las cuales 32 fueron gestionadas. El comportamiento mensual muestra una disminución progresiva en el número total de solicitudes, pasando de 70 en abril a 42 en mayo y 37 en junio.

Por su parte, la gestión de traslados presentó un comportamiento estable durante el periodo. Se registraron 358 solicitudes en abril, 343 en mayo y 400 en junio, para un total de 1.101

Comentado [131]: Sustentar la relación entre el incremento de ajustes y el fortalecimiento de los mecanismos de control. El aumento del número absoluto de ajustes puede estar asociado también al incremento de registros analizados; complementar el análisis con la tasa mensual de ajuste y las modificaciones implementadas en los controles.

Comentado [132]: ajustado

solicitudes gestionadas. Las solicitudes efectivamente realizadas fueron 348, 324 y 381, respectivamente, manteniendo una alta proporción de ejecución entre los tres periodos analizados.

De manera complementaria, se consolidaron herramientas técnicas orientadas al procesamiento y control de la información, entre las que se destacan los formatos de salida, los formatos de planos, los mecanismos de asignación, los formularios de traslados y el tablero de hallazgos. La implementación de estos instrumentos permitió fortalecer la consolidación y el seguimiento de la información, facilitando el análisis comparativo y la identificación de variaciones en la gestión de los datos durante el periodo de estudio.

En términos generales, el análisis entre abril y junio de 2026 evidencia un incremento en el volumen de información procesada y variaciones en la cantidad de ajustes y hallazgos identificados, permitiendo observar la evolución del comportamiento de la gestión de la información y de los mecanismos de control implementados en el periodo.

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

Durante el periodo contractual del 01/10/2025 al 30/06/2025 se generaron 2603 activaciones de rutas para las diferentes modalidades.

Entre las modalidades con mayor porcentaje de canalización se encuentran canalizaciones a las EAPB con un total de 2159 activaciones de rutas generadas, en relación a modalidad intersectorial se evidencia un total de 277 canalizaciones, no se evidencian casos para la modalidad entre espacios de vida cotidiana. Durante este periodo se realiza la recepción y gestión de la consolidación y verificación de calidad del dato a los diferentes formatos recibidos

por parte de los equipos dando continuidad al envío de los formatos al equipo de canalizaciones del PSPIC según línea técnica definida y envió de formatos a través del correo electrónico.

El proceso de seguimiento y gestión de las derivaciones y activaciones de rutas sectoriales e intersectoriales comprende acciones fundamentales para dar respuesta a las necesidades evidenciadas en las intervenciones realizadas por los equipos operativos.

Se realiza consolidación y revisión de la calidad del dato de los formatos enviados por correo electrónico por parte de los colaboradores de los diferentes equipos operativos. Dentro de la pre crítica de los instrumentos de canalización se tiene en cuenta, la oportunidad de entrega, la legibilidad, la identificación completa del usuario, consistencia y concordancia de la información

Se participa mensualmente en la mesa de canalizaciones, en la cual se reúnen todos los entornos de vida cotidiana y procesos transversales con el fin de realizar seguimiento a las canalizaciones realizadas por mes, resultados y articulación para socializar ofertas de diferentes instancias y entidades a nivel intersectorial. Así mismo se participa también en las mesas convocadas desde SDS.

A continuación, se anexa tabla de datos con efectividad en la diferente RIAS:

Tabla 64 Derivaciones y activaciones de rutas Equipos MAS Bienestar en Tu Hogar

Tipo de RIAS	Número de canalizacion es o activaciones	Número de canalizacion es o activaciones efectivas	Número de canalizacion es o activaciones con otros estados	% efectivida d
1 Ruta de promoción y Mantenimiento de la salud	1248	1033	215	82,7%
2 RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones cardio — cerebro — vascular — metabólicas manifiestas	443	389	54	87.8%
3 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades respiratorias crónicas.	39	39	0	100%
4 RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales.	8	8	0	100%

5 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones.	10	9	1	90%
6 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos psicosociales y del comportamiento.	177	149	28	84.1%
7 RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones en la salud bucal.	64	59	5	92.1%
8 RIAS para población con riesgo o presencia de cáncer.	4	4	0	100%
9 RIAS para población materno — perinatal.	30	27	3	90%
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.	12	12	0	100%
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.	1	0	1	0
16 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos visuales y auditivos.	121	114	7	94.2%
17 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos degenerativos, neuropatías y autoinmunes.	1	1	0	100%

Fuente: Descarga archivo plano Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia (SIRC) –
 Módulo activación de rutas. Equipos más bienestar en tu hogar. Descarga SIRC 03/07/2026

En el convenio equipos más bienestar en tu hogar se realizaron un total de 2159 canalizaciones entre el periodo 1 de octubre de 2025 a 30 de Junio 2026, cuyo instrumento de recolección de información para la canalización permite que según las necesidades o riesgos identificados del usuario se canalice para diferentes modalidades o se activen hasta tres rutas. Por lo tanto, la respuesta efectiva de las canalizaciones realizadas depende de las respuestas de las EAPBS, procesos transversales, análisis, políticas y demás sectores institucionales.

La ruta que más activan los colaboradores en el convenio de equipos más Bienestar en tu hogar es la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, seguida de RIA para población con riesgo o presencia de alteraciones cardio-cerebro-vascular-metabólicas manifiestas y en tercer lugar la RIA para población con riesgo o presencia de trastornos psicosociales y del comportamiento. Por otro lado, las rutas que menos se activan en este periodo son la 10 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas y 14 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente en las cuales no se canalizaron casos.

Tabla 65 Derivaciones y activaciones de rutas gestionadas desde los Equipos MAS Bienestar en Tu Hogar

Fuente que Genera la Canalización	Número de canalizacion es o activaciones recibidas	Número de canalizacion es o activaciones	Número de canalizacion es o activaciones	% efectivida d

		con gestión efectiva	pendientes por gestión	
Entorno Laboral	1	1	0	100%
Entorno Educativo	14	3	11	21%
Entorno Comunitario	21	18	3	86%
Transversalidad Vigilancia en Salud Pública	1042	981	61	94%
Transversalidad GPAISP	0	0	0	0%
Análisis y políticas para la Salud y la Vida	28	25	3	89%
Línea 106	0	0	0	0%
Entorno Institucional	0	0	0	0%
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%
Total	1106	1028	78	93%

Fuente: Descarga archivo plano Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia (SIRC) – Módulo activación de rutas. Equipos más bienestar en tu hogar. 30 Junio 2026

Durante seguimiento a la gestión realizada para la respuesta efectiva de los usuarios canalizados al convenio de equipos Más Bienestar se encuentra que se remiten 1106 casos por el módulo SIRC, 1042 transversalidad Vigilancia en Salud Pública, 28 de Análisis políticas para la Salud y la Vida, 21 entorno comunitario, 14 de Entorno educativo y 1 entorno laboral. De estos casos canalizados al convenio se ha logrado dar respuesta inicial a 1028 casos durante este periodo con un 93%, sin embargo, la respuesta va encaminada a la entrega a los equipos operativos para la aplicación del plan de bienestar. Cabe resaltar que se cuenta con el talento humano contratado con el fin de dar respuesta y garantizar la gestión de los casos recibidos de manera oportuna.

La gestión de los casos se realiza conforme al tipo de evento y a las necesidades identificadas en el usuario según observación de SIRC. Con base en criterios de pertinencia, los líderes operativos asignan los casos de acuerdo con el perfil profesional requerido para su intervención.

7.2.3 Ruta de aseguramiento

Durante el segundo trimestre de 2026, la Ruta de Aseguramiento desarrolló acciones encaminadas a garantizar el acceso efectivo al Sistema General de Seguridad Social en Salud de la población identificada por los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar, contribuyendo a la garantía del derecho fundamental a la salud, la disminución de barreras administrativas y el fortalecimiento de la continuidad del cuidado.

La gestión estuvo orientada a la identificación y verificación del estado de aseguramiento de las personas priorizadas, la gestión de nuevas afiliaciones, el acompañamiento a usuarios con afiliaciones suspendidas o sin aseguramiento, la orientación permanente sobre los requisitos para acceder al sistema de salud y la articulación con las diferentes Entidades Promotoras de Salud (EPS), el Fondo Financiero Distrital de Salud y los equipos territoriales del Modelo MAS Bienestar.

Como resultado de este trabajo, durante el trimestre fueron gestionados 173 usuarios provenientes de los formularios de identificación de los Equipos MAS Bienestar, de los cuales 128 contaban con aseguramiento efectivo, mientras que 43 fueron identificados sin afiliación, iniciándose las acciones correspondientes para lograr su vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Adicionalmente, durante el periodo se realizaron 53 afiliaciones masivas efectivas derivadas de la base de población sin aseguramiento remitida por la Secretaría Distrital de Salud y se gestionaron 2 procesos de traslado de EPS, fortaleciendo la continuidad en la prestación de los servicios de salud.

De igual manera, se desarrolló una estrategia específica para la atención de una base de 161 gestantes con inconsistencias o irregularidades en su aseguramiento, suministrada por el Fondo Financiero Distrital de Salud, realizando contacto telefónico individual con cada una de las usuarias para verificar su situación, orientar sobre los puntos de atención, informar horarios, resolver inquietudes y promover el acceso oportuno a los servicios maternos e infantiles. En los casos en que las usuarias ya habían culminado su gestación, se verificó la afiliación de los recién nacidos y se brindó la orientación correspondiente para garantizar la continuidad del aseguramiento familiar.

Todas las acciones desarrolladas respondieron a un enfoque de derechos, equidad, inclusión y justicia social, priorizando la atención de población en condición de vulnerabilidad y fortaleciendo la articulación institucional para garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud.

La Ruta de Aseguramiento acompañó de manera permanente a la población identificada por los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar que presentaba necesidades relacionadas con el aseguramiento en salud.

Durante el trimestre se gestionó la atención de 173 usuarios remitidos mediante los formularios institucionales, verificando el estado de afiliación de cada persona y adelantando las acciones necesarias para garantizar su acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Asimismo, se realizó la gestión integral de una base adicional de 161 gestantes remitida por el Fondo Financiero Distrital de Salud, correspondiente a usuarias que presentaban novedades administrativas o inconsistencias relacionadas con su aseguramiento. Esta estrategia permitió establecer contacto telefónico individual con cada una de las usuarias para verificar su situación actual, identificar necesidades, brindar orientación sobre los puntos de atención disponibles y promover la demanda inducida hacia los servicios de control prenatal, atención materna y protección específica.

En aquellos casos en que las gestantes ya habían culminado su embarazo, se verificó el estado de afiliación de los recién nacidos, se confirmó su vinculación al sistema de salud y se orientó a las madres sobre la continuidad de la atención del binomio madre-hijo.

De manera complementaria, se desarrolló la gestión de una base masiva de personas sin aseguramiento remitida por la Secretaría Distrital de Salud, logrando la recopilación de información, actualización de datos, contacto con los usuarios y consolidación de la documentación necesaria para la realización de 53 afiliaciones efectivas, contribuyendo significativamente al incremento de la cobertura del aseguramiento en la población priorizada.

La gestión se realizó en permanente articulación con las EPS, el Fondo Financiero Distrital de Salud, los equipos territoriales MAS Bienestar y demás actores institucionales involucrados en la garantía del derecho a la salud.

La Ruta de Aseguramiento desarrolló acciones orientadas a garantizar el acceso efectivo de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud, fortaleciendo la cobertura y disminuyendo las barreras administrativas que limitan el acceso a los servicios de salud.

Las acciones realizadas comprendieron la verificación sistemática del estado de afiliación de los usuarios mediante las plataformas oficiales de consulta, la identificación de personas sin aseguramiento, el acompañamiento en procesos de afiliación, la orientación sobre requisitos documentales, la actualización de información personal y el seguimiento permanente hasta la resolución de cada caso.

Se efectuó acompañamiento continuo a los usuarios que presentaban afiliaciones suspendidas, inconsistencias administrativas, retiro por Decreto 616, novedades documentales, actualización del SISBÉN o requerimientos específicos para culminar su proceso de afiliación. oferta institucional correspondiente a su curso de vida y condiciones particulares de salud.

Adicionalmente, durante mayo se gestionó una estrategia de afiliación masiva derivada de la base suministrada por la Secretaría Distrital de Salud, realizando búsqueda activa de información, contacto telefónico con los usuarios, validación documental y consolidación de la información requerida para formalizar 53 afiliaciones efectivas, fortaleciendo la cobertura del aseguramiento en la población priorizada.

Paralelamente, la base de 161 gestantes fue intervenida mediante llamadas individualizadas, permitiendo verificar la condición actual de cada usuaria, promover la demanda inducida hacia los servicios de salud materna, orientar sobre la red de prestación de servicios, informar direcciones, horarios y puntos de atención definidos por el Fondo Financiero Distrital de Salud, además de resolver inquietudes relacionadas con la continuidad de la atención.

Esta gestión permitió fortalecer el acompañamiento institucional y garantizar una atención más oportuna para la población gestante y sus familias.

Articulación con las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) y Prescripción Social

La Ruta de Aseguramiento constituyó un componente estratégico para facilitar el acceso de la población a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), promoviendo que las personas con aseguramiento efectivo fueran orientadas hacia la Una vez verificada la afiliación, los usuarios recibieron información y orientación sobre la red de servicios disponible y los mecanismos para acceder a la atención en salud de manera oportuna, fortaleciendo la continuidad del cuidado y la articulación con los equipos asistenciales.

Respecto a la prescripción social, durante el periodo comprendido entre abril y junio de 2026 no fue posible realizar procesos de activación, debido a que el portafolio institucional para la oferta de estos servicios fue habilitado únicamente el 29 de junio de 2026. En consecuencia, durante el trimestre no existían las condiciones operativas necesarias para realizar la oferta formal de estas intervenciones.

No obstante, desde la Ruta de Aseguramiento se adelantó la identificación de necesidades sociales y el reconocimiento de usuarios potencialmente beneficiarios, dejando las condiciones preparadas para la implementación de la estrategia una vez habilitado el portafolio institucional.

Principales Avances

Durante el segundo trimestre de 2026 se evidenciaron avances significativos en el fortalecimiento de la Ruta de Aseguramiento, entre los cuales se destacan:

Incremento progresivo del número de usuarios gestionados durante el trimestre.

Consolidación de estrategias de búsqueda activa para población sin aseguramiento.

Realización de 53 afiliaciones masivas efectivas mediante articulación con la Secretaría Distrital de Salud.

Gestión integral de 161 gestantes con novedades administrativas en aseguramiento.

Fortalecimiento de la articulación con las EPS y el Fondo Financiero Distrital de Salud.

Disminución de barreras administrativas relacionadas con la afiliación. Mayor acompañamiento a usuarios y familias mediante orientación personalizada.

Seguimiento continuo a los trámites de aseguramiento hasta su resolución.

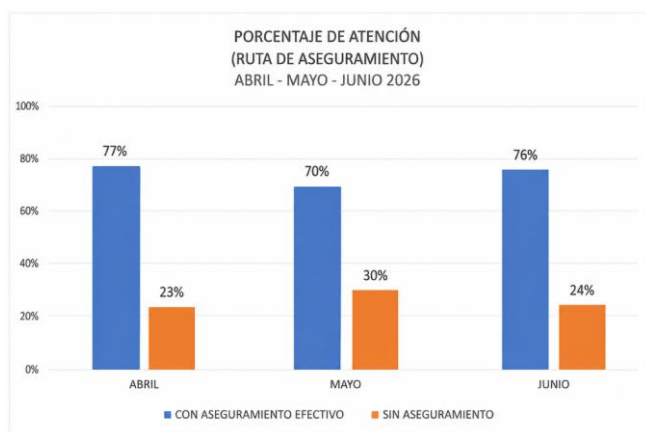
Resultados Relevantes

Como resultado de la gestión desarrollada durante abril, mayo y junio de 2026 se obtuvieron los siguientes logros:

173 personas identificadas para gestión de aseguramiento, 128 usuarios con aseguramiento efectivo, 43 personas identificadas sin aseguramiento, 53 afiliaciones masivas efectivas gestionadas, 2 procesos de traslado de EPS realizados, 161 gestantes contactadas individualmente para promover la demanda inducida y orientar el acceso a los servicios de salud, Verificación del aseguramiento de los recién nacidos en los casos en que las gestantes ya habían culminado su embarazo Orientación permanente sobre puntos de atención, horarios y red de servicios del fondo financiero distrital de salud.

Estos resultados fortalecieron la cobertura del aseguramiento, favorecieron el acceso oportuno a los servicios de salud y contribuyeron a disminuir las barreras administrativas para la población priorizada.

Ilustración 10 Porcentaje de atención - Ruta de Aseguramiento



Fuente: Elaboración propia con base en los registros de gestión de la ruta de aseguramiento.

Abril-junio 2026

Seguimiento y Control

La Ruta de Aseguramiento mantuvo un seguimiento permanente a todos los casos gestionados, verificando el estado de cada trámite y realizando monitoreo continuo hasta obtener respuesta por parte de las EPS o de las entidades responsables.

El seguimiento permitió identificar oportunamente barreras relacionadas con documentación incompleta, inconsistencias en las bases de datos, usuarios retirados por Decreto 616, actualización del SISBÉN y tiempos administrativos propios de las EPS.

Como acciones de mejora se fortalecieron las estrategias de contacto telefónico, la actualización permanente de las bases de seguimiento, la articulación institucional con las EPS y el acompañamiento personalizado a los usuarios para completar la documentación requerida.

Conclusiones

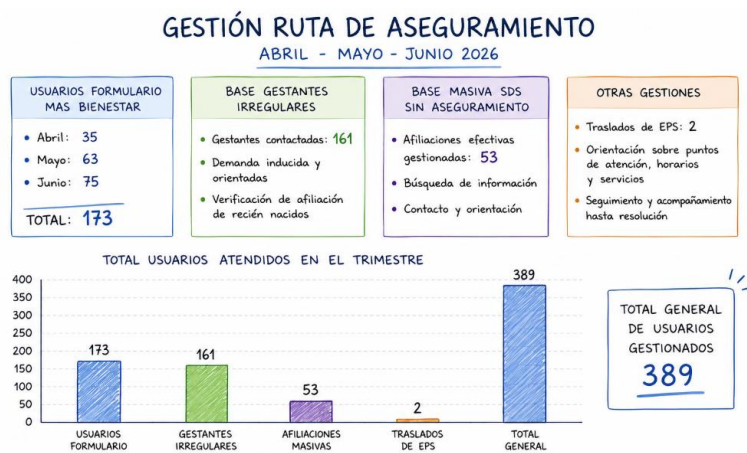
La Ruta de Aseguramiento se consolidó durante el segundo trimestre de 2026 como un componente estratégico del Modelo MAS Bienestar en tu Hogar, contribuyendo de manera significativa a la garantía del derecho fundamental a la salud mediante el fortalecimiento del acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La articulación permanente con los equipos territoriales, las EPS, el Fondo Financiero Distrital de Salud y las diferentes entidades permitió mejorar la cobertura del aseguramiento, reducir barreras administrativas y fortalecer la continuidad del cuidado de la población priorizada.

La gestión desarrollada sobre la base de gestantes y las afiliaciones masivas evidenció la capacidad de respuesta institucional para intervenir poblaciones de alta vulnerabilidad, garantizando acompañamiento oportuno, orientación permanente y acceso efectivo a los servicios de salud.

Finalmente, aunque durante el trimestre no fue posible implementar procesos de prescripción social debido a la habilitación del portafolio institucional únicamente el 29 de junio de 2026, quedaron establecidas las condiciones para su implementación durante el siguiente periodo, fortaleciendo así la respuesta integral del Modelo MAS Bienestar.

Ilustración 11 Gestión de la Ruta de Aseguramiento



Fuente: Elaboración propia con base en los registros de gestión de la ruta de aseguramiento.

Abril-junio 2026

Tabla 66 seguimiento Ruta de Aseguramiento

Dimensión de análisis	Variable clave	Periodo	Acumulado

Acceso y cobertura	Número de personas identificadas	Abril-Junio	173
	Número de personas con aseguramiento efectivo	Abril-Junio	128
	Número de personas sin aseguramiento	Abril-Junio	43
Resolución del aseguramiento	Número de afiliaciones nuevas realizadas	Abril-Junio	77
	Número de reactivaciones de afiliación realizadas	Abril-Junio	0
Articulación para el cuidado integral	Número de personas vinculadas a RIAS	Abril-Junio	128
	Número de activaciones de rutas y prescripción social	Abril-Junio	0
Oportunidad y seguimiento	Número de trámites pendientes	Abril-Junio	Monitoreo continuo
	Tiempo promedio de respuesta (días)	Abril-Junio	Según tiempos institucionales

Fuente: Base de seguimiento Ruta de Aseguramiento, Equipos MAS Bienestar en tu Hogar, bases remitidas por la Secretaría Distrital de Salud y Fondo Financiero Distrital de Salud, abril-junio de 2026

7.2.4 Líder de acceso y EPS

Durante el periodo comprendido entre el 1 de abril y el 30 de junio de 2026, la gestión desarrollada por el perfil **Enlace EPS** constituyó un componente estratégico para garantizar el acceso, la oportunidad y la continuidad del cuidado de la población priorizada atendida en el marco del Modelo MÁS Bienestar. A través de la articulación permanente entre los Equipos MÁS Bienestar, la Subred y las EAPB, se fortalecieron los procesos orientados a facilitar el acceso efectivo a los servicios de salud, reducir barreras y promover la continuidad de la atención a los usuarios clasificados según su nivel de riesgo.

El alcance de la gestión comprendió el acompañamiento integral, relacionados con el acceso a los servicios de salud, el agendamiento de citas, la gestión y seguimiento de admisiones, la articulación con las EPS y la coordinación con el referente de la central de agendamiento. Esta gestión se lleva a cabo junto con gestores en línea, gestores de bienestar, profesionales operativos, referentes de las diferentes EPS, lo cual favoreció la respuesta oportuna frente a las necesidades de la población priorizada.

La gestión realizada estuvo orientada al fortalecimiento del acceso efectivo a los servicios mediante el seguimiento permanente a las solicitudes de agendamiento, la gestión de autorizaciones cuando fueron requeridas, el acompañamiento a los equipos operativos y el uso de canales formales de comunicación con las EPS. De manera complementaria, se desarrolla el seguimiento y retroalimentación dirigidas a optimizar la calidad de los registros, mejorar la

oportunidad en los procesos de admisión y fortalecer la capacidad de respuesta frente a las necesidades identificadas durante la operación del modelo.

Como resultado de estas acciones, se evidenciaron importantes avances en la organización del proceso de acceso a los servicios de salud. Se fortaleció la articulación entre los diferentes perfiles, se optimizó la gestión del agendamiento de citas para la población priorizada, se construyeron herramientas de seguimiento que permitieron mejorar la trazabilidad de las solicitudes y la prestación de los servicios. Asimismo, se fortalecieron las estrategias de priorización de usuarios con mayor riesgo en salud, favoreciendo la adherencia a controles médicos y atenciones resolutivas.

Los resultados obtenidos reflejan un impacto positivo en la oportunidad y continuidad de la atención, evidenciado en la gestión de las solicitudes de agendamiento, el fortalecimiento de la atención a población con enfermedades crónicas, gestantes, menores de cinco años y usuarios clasificados con riesgo tipo 4, así como en la disminución de barreras de acceso mediante la articulación permanente con las EPS y la subred. Igualmente, se promovió una mayor efectividad del proceso de asignación de citas y se fortaleció la continuidad del cuidado mediante estrategias de seguimiento y recordación de citas, contribuyendo a mejorar la adherencia de los usuarios a sus controles y tratamientos.

El seguimiento del proceso se desarrolló mediante el monitoreo permanente de los avances en los módulos de agendamiento y servicios de agendamiento, el análisis de las solicitudes pendientes, la verificación de la oportunidad en las admisiones y el seguimiento a los casos que presentaban barreras para el acceso. Este ejercicio permitió identificar alertas relacionadas con la disponibilidad de algunos servicios, inconsistencias en el registro de la información y en la

oportunidad del proceso de admisión, frente a las cuales se implementaron acciones de retroalimentación a líderes operativos y profesionales médicos, orientadas a mejorar el proceso.

En conclusión, el perfil Enlace EPS es un elemento clave para la consolidación y articulación del proceso entre el acceso, el agendamiento y admisiones en pro de la resolutiveidad y oportunidad del cuidado. Su gestión favorece la disminución de barreras de acceso, optimiza la oportunidad en la prestación de los servicios, fortalece la gestión integral del riesgo y aporta al modelo mediante el desarrollo de seguimiento, articulación y mejora continua que impactan positivamente la atención de la población priorizada.

7.2.5 Seguimiento a cohorte

Durante el periodo comprendido entre el 01 de abril y el 30 de junio de 2026, los equipos de MÁS Bienestar en tu Hogar —a través de los perfiles de *Seguimiento a Cohortes* y *Materno Inducción*— ejecutaron las acciones programadas para el acompañamiento integral de las cohortes priorizadas: materno perinatal, infancia, cáncer, salud mental, discapacidad, condiciones crónicas y población general del Distrito Capital.

Estas intervenciones se enmarcaron en los lineamientos institucionales del Modelo MÁS Bienestar, orientándose a garantizar la oportunidad, continuidad y calidad del cuidado. Para ello, el esfuerzo del trimestre se centró en el fortalecimiento de la estrategia de ruteo, la gestión integral del riesgo y la consolidación de procesos técnicos que optimizan la trazabilidad de los casos y la efectividad de las atenciones.

El desarrollo del proceso abarcó de manera transversal las fases de planeación, ejecución, seguimiento y retroalimentación, manteniendo una articulación constante con líderes

Comentado [133]: Se agradece el reporte de la información remitida, la cual cumple con los criterios técnicos establecido.

operativos, gestores en línea, gestores MÁS Bienestar, enlaces de EPS y el equipo de gestión, lo que aseguró respuestas oportunas y coordinadas ante los casos priorizados.

1. Fase de Planeación y Direccionamiento Técnico

Posterior a la asignación sectorizada de los casos por sector catastral, se realizó el direccionamiento técnico a los profesionales y gestores responsables. En estos espacios se definieron las prioridades de atención, los tiempos de respuesta y los lineamientos de gestión inicial, bajo los criterios de la ficha técnica de abordaje.

Asimismo, en los comités de cuidado realizados durante el trimestre, se socializaron las metas y los indicadores de gestión, abordaje y resultados. Esta sectorización garantiza la asignación clara de responsables para cada caso, promoviendo un enfoque organizado por cohorte que asegura la continuidad del cuidado. Adicionalmente, se consolidó el plan de trabajo mensual junto a los líderes operativos, estableciendo un cronograma de seguimiento periódico.

2. Fase de Ejecución y Fortalecimiento Operativo

Durante este trimestre se monitorea semanalmente la implementación de los planes de bienestar, verificando la pertinencia de las intervenciones y el cumplimiento de las actividades de ruteo y primer contacto. Como parte de este seguimiento operativo, durante el trimestre evaluado se llevaron a cabo seis (6) acompañamientos en campo orientados a verificar y fortalecer el abordaje operativo de los equipos. Para el mes de abril, se realizaron dos intervenciones dirigidas a un Gestor MÁS Bienestar desde la cohorte Materno e Inducción y a un profesional de Psicología desde la cohorte de Salud Mental. Posteriormente, en el mes de mayo, el seguimiento se enfocó en un profesional de Enfermería desde la cohorte Materno e

Inducción y un Gestor MÁS Bienestar desde la cohorte de Salud Mental. Finalmente, durante el mes de junio, se ejecutaron los dos últimos acompañamientos a Gestores MÁS Bienestar, abordando la gestión operativa tanto en la cohorte Materno e Inducción como en la cohorte CCVM.

De manera complementaria, se fortalecieron las competencias de los equipos operativos mediante asistencias técnicas enfocadas en la estrategia de ruteo y el abordaje integral por cohorte. También se mantuvo una comunicación permanente con el profesional de enlace de la EPS para verificar la gestión de las atenciones requeridas en los casos de alto riesgo, analizando conjuntamente los casos críticos para definir acciones de mejora.

3. Componente de Seguimiento, Control y Calidad de la Información

El monitoreo del plan de trabajo se respaldó en indicadores de gestión y resultado. En un esfuerzo conjunto con el área de sistemas de información, se implementaron tableros de control que optimizaron la visualización del estado de los casos, facilitando la identificación oportuna de rezagos y la toma de decisiones correctivas.

En cuanto a la calidad del dato, se audita la consistencia, completitud y oportunidad de los registros en el aplicativo GTAPS, estandarizando los criterios de contacto telefónico y clasificación del riesgo. Asimismo, se monitorean las agendas de los profesionales para generar alertas tempranas ante dificultades en los agendamientos o incumplimientos en las derivaciones.

Como resultado de este control continuo, se desarrollaron mesas de trabajo semanales, ejercicios prácticos de ruteo y se elaboraron materiales técnicos de apoyo. Estas acciones

priorizaron a las cohortes de salud mental y materno perinatal debido a su carácter crítico dentro de la estrategia.

4. Retroalimentación y Sostenibilidad del Modelo

Participó activamente en espacios de análisis técnico donde se propusieron ajustes operativos para perfeccionar la generación de alertas, identificar necesidades de capacitación y optimizar la articulación intersectorial.

La gestión del periodo demuestra el rol estratégico del componente de *Seguimiento a Cohortes* en la consolidación del ruteo y la mitigación del riesgo en el Modelo MÁS Bienestar. El acompañamiento técnico y el estricto control de la información impactan directamente en la oportunidad de la atención, la sinergia entre los actores y la sostenibilidad del modelo.

7.2.6 Inducción, Seguimiento y Acompañamiento al Talento Humano

Durante el periodo de abril a junio de 2026, este perfil se enfocó en el fortalecimiento de las competencias técnicas y operativas del personal vinculado a los Equipos MÁS Bienestar en tu Hogar, impactando directamente la calidad de las intervenciones del convenio.

Las líneas de acción se desarrollaron bajo los siguientes componentes:

- **Inducción Presencial y Flujo de Ingresos:** Tras la notificación de novedades por parte de la coordinación, se realizaron jornadas presenciales con el nuevo talento humano. Mediante herramientas visuales, se socializa la estructura operativa de los equipos, los lineamientos del modelo y las acciones para la gestión del riesgo, entregando la documentación técnica para su apropiación.

- **Acompañamiento y Reinducción en Campo:** Se realizó una (3) visita de verificación en campo, correspondientes a una por mes, de la siguiente manera, un profesional con el perfil de auxiliar de relevo, uno con perfil afro y un gestor Más Bienestar, para validar su accionar operativo conforme a su línea de trabajo.

- **Seguimiento y Control de Capacitación:** Para este componente se estableció una dinámica de verificación diaria estructurada de la siguiente manera

Cruce de Información por Día: Se consolidó un canal de comunicación interna para recibir el reporte diario del talento humano ingresado, el cual sirvió como insumo directo para iniciar el seguimiento del proceso de inducción.

Recepción y Verificación de Soportes: El control de avance y cierre del curso virtual se efectuó mediante la recepción de las constancias de finalización. Cada nuevo colaborador, una vez culminada su capacitación, remitió el soporte correspondiente a través de correo electrónico, lo que permitió confirmar el desarrollo del 100% de los contenidos en los plazos previstos.

Consolidación y Trazabilidad: Tras validar la culminación satisfactoria a partir de los correos recibidos, se organizaron y archivaron los soportes para consolidar el histórico de cumplimiento. Esta gestión documental asegura la trazabilidad del aprendizaje y el cumplimiento de los lineamientos del convenio antes del despliegue del personal en campo.

- **Articulación Distrital:** Se coordinó con el equipo distrital de fortalecimiento la ejecución de la ruta de capacitación establecida, logrando el desarrollo de módulos técnicos clave: el Módulo 3, enfocado en la planeación territorial, organización del trabajo y gestión del tiempo; el Módulo 4, orientado a la calidad del registro, coherencia y retroalimentación

pedagógica; y el Módulo 5 (Parte II), centrado en la organización del trabajo, la mejora y comunicación operativa, junto con la lectura pedagógica de auditoría. Adicionalmente, para garantizar el alcance de la estrategia, el 27 de junio se realizó una réplica en modalidad virtual del Módulo 4 dirigida al talento humano. Este acompañamiento continuo asegura que los equipos cuenten con lineamientos actualizados y estandarizados, mitigando el riesgo de interpretaciones erróneas y garantizando la correcta ejecución del modelo en campo.

7.3 DINAMIZACIÓN DE LAS ACCIONES DE LOS EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR

7.3.1 Liderazgo para la dinamización de las acciones

En el segundo trimestre del año 2026 se desarrolló la socialización a los Equipos Básicos en Salud el proceso de apropiación territorial en las seis localidades adscritas a la Subred Centro Oriente, permitiendo mostrar las dinámicas y necesidades comunes presentes en los territorios.

En respuesta a este contexto, se implementó una estrategia diferencial para el abordaje de los sectores catastrales identificados con mayores condiciones de inseguridad, priorizando el acompañamiento por parte de líderes comunitarios previamente reconocidos y concertados con el equipo de avanzada. Esta estrategia facilitó el ingreso seguro y el desarrollo de las acciones territoriales por parte de los gestores y profesionales del programa Más Bienestar. En aquellos sectores donde no fue posible contar con el apoyo de liderazgos comunitarios, se programaron abordajes mediante tomas sectoriales, garantizando la continuidad de las intervenciones y la cobertura de las acciones en el territorio.

- **Mesas Locales de MÁS Bienestar:**

Durante el trimestre comprendido entre abril y junio de 2026 se participó de manera permanente en las Mesas Locales de MÁS Bienestar convocadas por los líderes de Atención Primaria Social (APS) y su equipo en las localidades de San Cristóbal, Rafael Uribe Uribe, Antonio Nariño, Santa Fe, Los Mártires y La Candelaria, fortaleciendo los procesos de articulación intersectorial, institucional y comunitaria para la implementación del Modelo de Atención en Salud Bogotá MÁS Bienestar. En estos espacios se socializaron y consolidaron los Planes Locales de Bienestar 2026, se realizó el seguimiento a los avances e indicadores del primer y segundo trimestre, se evaluó el cumplimiento de compromisos institucionales y se coordinaron acciones orientadas a las problemáticas priorizadas en salud mental, salud sexual y reproductiva, seguridad alimentaria y nutricional y participación comunitaria. Asimismo, se promovió la validación de activos comunitarios, la socialización de estrategias como la prescripción social, la vigilancia basada en comunidad y la gestión territorial para la participación social transformadora, así como la articulación con sectores de salud, educación, cultura, deporte, alcaldías locales y demás entidades distritales. De igual manera, se avanzó en la planeación, ejecución y evaluación de las Jornadas Locales MÁS Bienestar, la socialización de indicadores trazadores, el fortalecimiento de los Servicios Especializados Resolutivos y el seguimiento a procesos como el Consejo Local de Política Social (CLOPS) en salud mental, contribuyendo al fortalecimiento de la gobernanza territorial, la gestión intersectorial y el cumplimiento de los objetivos estratégicos del Modelo Bogotá MÁS Bienestar y del Plan Distrital de Desarrollo "Bogotá Camina Segura 2024-2027".

- **Mesa Zonal para la Gestión de Salud Pública y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (GSP-PSPIC)**

Durante el segundo trimestre de 2026 se desarrollaron las Mesas Zonales de Gestión de Salud Pública y del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (GSP-PSPIC), consolidándose como espacios estratégicos de articulación técnica, operativa e intersectorial para el fortalecimiento del Modelo MÁS Bienestar y la gestión integral en salud pública en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.. En estas jornadas se realizó seguimiento al cumplimiento de compromisos, análisis de casos prioritarios relacionados con desnutrición infantil, tuberculosis congénita y habitabilidad en calle, identificando barreras de acceso y oportunidades de mejora en la gestión del riesgo y la coordinación interinstitucional. Asimismo, se socializaron avances en vigilancia en salud pública, coberturas de vacunación, canalizaciones y prescripción social, así como hallazgos territoriales asociados a salud mental, consumo de sustancias psicoactivas, inseguridad, salud sexual y reproductiva y seguridad alimentaria. De igual manera, se socializa el avance del convenio Equipos Más Bienestar en tu Hogar (EMBH), orientado al fortalecimiento de la atención primaria en salud mediante la articulación entre el Distrito y el Ministerio de Salud, consolidando estrategias de gestión del riesgo, atención resolutive y abordaje territorial integral. Asimismo, se dio respuesta a los compromisos establecidos para el abordaje de casos desde los equipos étnicos diferenciales del convenio, en concordancia con las necesidades identificadas, incluyendo la gestión y seguimiento de la respuesta institucional frente a un menor perteneciente a la comunidad indígena Emberá. Finalmente, se destacaron experiencias significativas relacionadas con la interculturalidad, el autocuidado y la promoción del bienestar, contribuyendo al fortalecimiento

de la atención integral y del abordaje territorial de poblaciones vulnerables y en condiciones extremas de exclusión.

Estrategias Diferenciales Aplicadas Para El Funcionamiento De Los Equipos En Casos De Situaciones Emergentes O De Barreras Para El Abordaje.

Durante el trimestre de abril a junio de 2026 se fortaleció la articulación con los líderes operativos para realizar el seguimiento al proceso de asignación, abordaje y cierre de casos asociados a la implementación de los Planes de Bienestar, en cumplimiento de los lineamientos establecidos en la guía operativa, con el fin de corregir incumplimientos identificados en la gestión de los casos. Para ello, se revisaron y validaron las bases de datos suministradas por el equipo de Sistemas de Información de la Secretaría Distrital de Salud, verificando la asignación por perfil, el adecuado cierre de los casos de acuerdo con el abordaje realizado y los avales emitidos por los referentes distritales, así como la priorización de eventos conforme al orden definido para la intervención. De igual manera, se validaron las fuentes de información y los archivos planos para mitigar hallazgos, fortalecer el seguimiento al cumplimiento de metas y optimizar el monitoreo mediante el tablero de asignación. Adicionalmente, se desarrollaron acciones de articulación con el proceso PSPIC–Entorno Comunitario para la atención de la población de la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC), con el proceso de Prescripción Social para revisar el avance de los activos sociales y la oferta de servicios, acordando el fortalecimiento técnico del equipo operativo de EMBH, y con el proceso de Gestión y Análisis de Políticas para el Bienestar para desarrollar capacidades técnicas en el talento humano. Asimismo, se coordinó con los perfiles del convenio de Equipos Básicos en

Salud la gestión de la base de ruteo de acuerdo con las prioridades operativas establecidas y se mantuvo comunicación permanente con la Secretaría Distrital de Salud para atender oportunamente las contingencias y requerimientos emergentes.

Balance De Comités De Fortalecimiento De Capacidades.

Durante el trimestre de abril a junio de 2026 se realizaron los Comités de Fortalecimiento de Dinamización, espacios orientados al fortalecimiento técnico y operativo de los EMBH. En estas sesiones se abordaron temas relacionados con la activación de rutas y canalización de casos, la dinámica territorial desde el componente geográfico, el seguimiento a los avances de la estrategia de prescripción social, el fortalecimiento de los sistemas de información para la gestión territorial, el desarrollo del modelo predictivo y la consolidación de herramientas para el análisis y la toma de decisiones. Asimismo, se fortalecieron las capacidades técnicas en el abordaje de población en habitabilidad en calle, salud mental, vigilancia basada en comunidad y la implementación de las políticas públicas de discapacidad y LGBTI, complementadas con la actualización de herramientas metodológicas y espacios de coordinación técnica. Estas acciones contribuyeron a fortalecer las competencias del talento humano, optimizar la gestión territorial y mejorar la articulación de las intervenciones desarrolladas en el marco del Modelo de Atención en Salud Bogotá MÁS Bienestar.

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

Comentado [134]: El apartado refleja un excelente y robusto ejercicio de planeación territorial, destacando la apropiación estratégica de herramientas geográficas (como Google My Maps y mallas hexagonales) para transformar datos epidemiológicos y demográficos en decisiones operativas tangibles. Es muy positivo cómo el análisis espacial permite optimizar los ruteos, adaptar las cargas de trabajo e identificar dinámicas urbanas complejas (como asentamientos informales, predios no residenciales y la concentración de pagadarios). Para seguir fortaleciendo este gran trabajo, sugiero dos recomendaciones: 1) Diseñar un mecanismo de actualización cartográfica ágil o en tiempo real que permita reportar los cambios de unidades habitacionales (inquilinos/pagadarios) para mitigar el impacto de la alta rotación del personal; y 2) Profundizar en la espacialización de las barreras de acceso (zonas comerciales o de inseguridad) para proponer desde el componente geográfico micro-rutas con horarios alternativos o abordajes interinstitucionales focalizados. ¡Gran trabajo!

Como parte de la planeación y gestión territorial de los EMBH, la distribución de las gestoras Más Bienestar se continúa realizando en articulación con las dinamizadoras, líderes operativos y equipo de coordinación. Para cada área de gestión, y en función de los perfiles contratados, se asignó un número determinado de gestoras dentro de cada territorio procurando equilibrar la carga de trabajo entre los líderes operativos.

Asimismo, un aspecto clave de la planeación fue orientar la presencia de las gestoras hacia aquellos territorios con menor nivel de abordaje, con el fin de garantizar una cobertura más equitativa y efectiva.

Por otra parte, en territorios con baja efectividad operativa, principalmente en las localidades Los Mártires, Antonio Nariño y La Candelaria, se ha evidenciado que factores como la saturación derivada de visitas previas, la limitada respuesta de la comunidad y las dinámicas propias de sectores con predominio de actividades comerciales han reducido la efectividad de las intervenciones domiciliarias. En respuesta a esta situación, se ha implementado la asignación de algunos perfiles a territorios bajo la denominación de provisionales, con el propósito de optimizar la cobertura y el aprovechamiento de la capacidad operativa de los equipos. No obstante, se mantiene como criterio prioritario la atención de los casos correspondientes a gestantes y niños menores de cinco años, garantizando la continuidad de su seguimiento en los territorios inicialmente asignados.

Es importante resaltar que la asignación de manera estratégica y provisional a las gestoras más cercanas en los territorios provisionales, corresponde al objetivo de garantizar únicamente el ruteo básico mientras se consolidaba la llegada de nuevos perfiles.

Por otro lado, una de las principales problemáticas identificadas en los ruteos corresponde a la alta rotación de las Gestoras Más Bienestar, situación que ha afectado la continuidad de la gestión territorial y la oportunidad en la atención de los casos asignados. La vinculación frecuente de nuevo personal implica la asignación o reasignación de perfiles durante el transcurso de la semana, lo que genera periodos de transición en los que algunos casos no son gestionados dentro de los tiempos establecidos. Esta situación complica el cumplimiento de las metas operativas, incrementa el riesgo de retrasos en el seguimiento de la población priorizada y exige un esfuerzo adicional en los procesos de inducción, redistribución de cargas de trabajo y reorganización permanente de los ruteos para garantizar la continuidad de la atención.

- Tomas sectoriales:

En el marco del proceso de planeación desarrollado por los Equipos Más Bienestar (EMBH), se realizaron tomas sectoriales en los sectores catastrales 003210, en la localidad de San Cristóbal (22 de abril de 2026), y 002201 y 002303, en la localidad de Rafael Uribe Uribe (25 de junio de 2026). Estas jornadas tuvieron como propósito caracterizar a las familias e identificar riesgos.

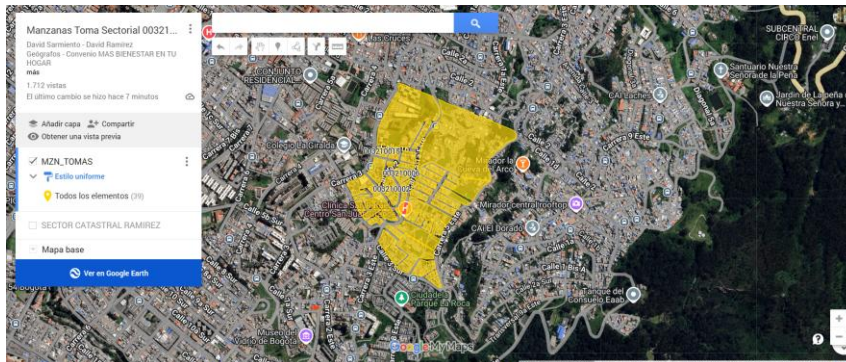
Las jornadas fueron desarrolladas mediante recorridos de campo liderados por las Gestoras Más Bienestar con el acompañamiento del componente geográfico y profesionales de apoyo.

Desde lo metodológico la estrategia contempló:

- Asignación previa de los sectores catastrales.
- Definición de puntos de encuentro y rutas de recorrido.

- Recorrido sistemático de todas las manzanas y predios.
- Uso de cartografía digital y mapas impresos para la orientación territorial.
- Registro de información mediante matrices de caracterización.
- Identificación de factores sociales, ambientales y de seguridad por parte de la avanzada.

Ilustración 12 Toma sectorial sector catastral Ramirez 003210, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, Bogotá D.C., 2026.



Fuente: Mapa de elaboración propia mediante la herramienta gratuita de google My Maps.

Subred Centro Oriente, 22 de abril de 2026.

Se encuentra en:

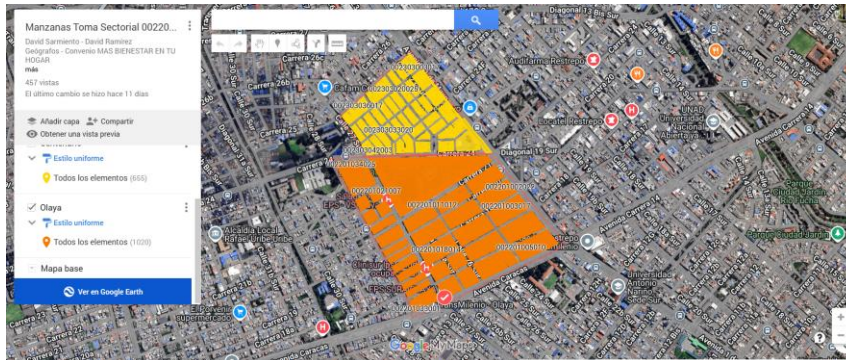
<https://www.google.com/maps/d/edit?mid=1TljP428FtW0bnWIh9S3CSUGyT0JKdHg&usp=sharing>

Durante el acompañamiento en campo se realizó seguimiento metodológico permanente, resolución de inquietudes y verificación de la correcta aplicación de los lineamientos establecidos para la apropiación territorial.

Las tomas sectoriales permitieron identificar diferencias importantes entre los sectores intervenidos.

En el sector catastral 003210, localidad Santa Fe, se identificaron viviendas localizadas en zona de ladera, con pendientes pronunciadas, vías locales estrechas, conectividad limitada respecto a los principales corredores viales y percepción de inseguridad en algunos puntos. No obstante, estas condiciones no constituyeron un impedimento para el desarrollo de la toma sectorial. Por el contrario, la jornada permitió el reconocimiento integral del territorio y el acceso a la manzana 003210049, donde se encuentra un asentamiento informal conocido por la comunidad como "La Invasión", conformado por viviendas construidas con materiales reciclados y de carácter precario. Este reconocimiento permitió identificar condiciones de vulnerabilidad social y habitacional que constituyen un insumo relevante para la caracterización territorial.

Ilustración 13 Toma sectorial sectores catastrales Olayal 002201 y Centenario 002303, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, Bogotá D.C., 2026.



Fuente: Mapa de elaboración propia mediante la herramienta gratuita de google My Maps.

Subred Centro Oriente, 25 de junio de 2026. Se encuentra en:

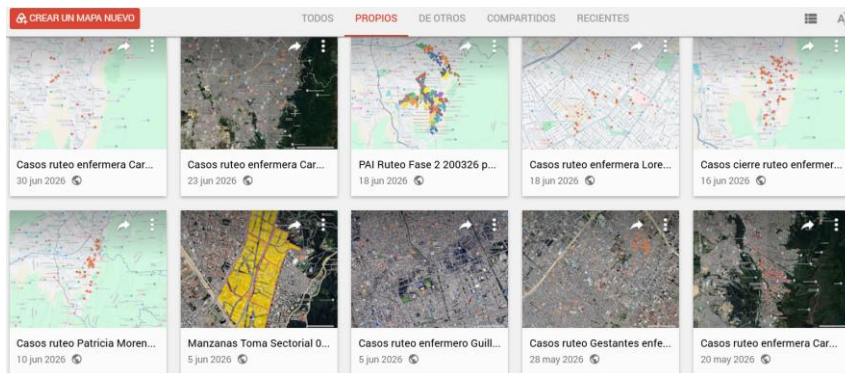
<https://www.google.com/maps/d/edit?mid=1XlkXTYolKqM-XY6sPTWzbU2YstXeTGg&usp=sharing>

Por su parte, los sectores catastrales 002201 y 002303, en la localidad de Rafael Uribe Uribe, presentan una estructura urbana consolidada, con buena conectividad vial y cercanía a corredores estratégicos como la Avenida Primero de Mayo, Carrera 24 y Carrera 27, además de la proximidad a estaciones de TransMilenio y a la Unidad SCO Centenario. Estas condiciones favorecen la accesibilidad física; sin embargo, durante el trabajo de campo se identificó que la efectividad operativa también está condicionada por factores sociales, entre ellos la disponibilidad de los usuarios para recibir la visita, el desconocimiento de la estrategia y la necesidad de realizar múltiples intentos de contacto.

Las jornadas permitieron identificar establecimientos comerciales, instituciones educativas, servicios de salud, parques, organizaciones comunitarias y otros equipamientos relevantes para la planeación territorial, así como reconocer cambios en el uso del suelo y dinámicas propias de cada sector.

- Espacialización de casos ruteo:

Ilustración 14 Mosaico casos ruteo asignados a perfiles profesionales, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, Bogotá D.C, 2026.



Fuente:

Mapas de elaboración propia mediante la herramienta gratuita de google My Maps. Subred Centro Oriente, corte al 30 de junio de 2026.

Los mapas de ruteo evidencian la distribución espacial de las intervenciones realizadas por los Equipos Más Bienestar (EMBH) en diferentes sectores de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente. En términos generales, se generaron las rutas para los perfiles

profesionales como parte de la planeación de los recorridos, permitiendo optimizar los desplazamientos y mejorar la cobertura de las visitas.

La utilización de herramientas cartográficas como Google My Maps ha facilitado la visualización de la ubicación de los usuarios, la organización de las rutas de atención y el seguimiento de las actividades desarrolladas por los equipos. Asimismo, estos mapas permiten identificar áreas con alta concentración de casos, sectores que requieren estrategias diferenciadas de intervención y oportunidades para optimizar la asignación territorial de las gestoras.

En conjunto, los ruteos han constituido un insumo para la planeación operativa de los perfiles, ya que permiten reducir desplazamientos innecesarios, mejorar la eficiencia de las jornadas de atención y fortalecer el proceso de apropiación territorial mediante una gestión basada en el análisis espacial y las características particulares de cada sector.

- articulación componente geográfico Subred Centro Oriente.

A solicitud de Plan de Intervenciones Colectivas – PIC de la Subred Centro Oriente, se solicita al componente geográfico exponer variables estratégicas para el proceso de apropiación y abordaje territorial en la localidad de Rafael Uribe Uribe. Dentro de las reuniones del componente de la Subred se propuso presentar: población abordada, población sin ninguna condición de riesgo identificada, gestantes, casos de salud mental, personas con enfermedades crónicas y la relación entre estas variables, la oferta de servicios de la Unidad SCO y las manzanas con reportes de inseguridad. La representación mediante una malla hexagonal permitió identificar patrones espaciales y áreas de concentración, facilitando la

presentación de la priorización territorial y la planificación operativa de los Equipos Más Bienestar (EMBH).

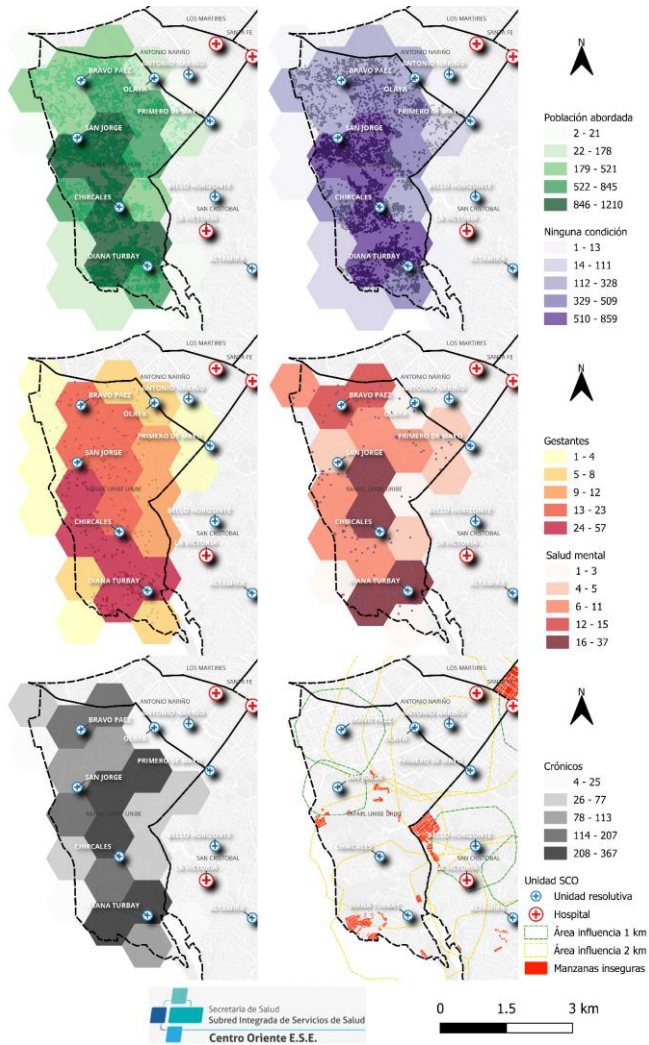
Por lo anterior, durante la vigencia 2025 y 2026, los Equipos Más Bienestar (EMBH) abordaron un total de 11.342 personas en la localidad de Rafael Uribe Uribe. De ellas, 7.503 (66,2 %) no presentaron condiciones de riesgo priorizadas durante la caracterización, mientras que 3.839 (33,8 %) correspondieron a población con alguna condición de interés para el seguimiento. Entre estas se identificaron 2.600 personas con enfermedades crónicas (22,9 % del total abordado), 357 gestantes (3,1 %) y 227 personas con condiciones relacionadas con salud mental (2,0 %), cuya distribución espacial evidencia áreas de mayor concentración que orientan la focalización de las intervenciones y la planeación territorial de los EMBH.

De lo abordado, el análisis espacial evidencia una distribución heterogénea de las condiciones de salud y de la población intervenida dentro de la localidad. Aunque la cobertura de los EMBH abarca la totalidad del territorio, la intensidad de las intervenciones y la concentración de los diferentes grupos poblacionales no han sido uniformes, mostrando sectores que requieren estrategias diferenciadas de atención.

El mosaico permite observar que los sectores de San Jorge, Chircales y Diana Turbay concentran simultáneamente una mayor cantidad de población abordada y una elevada carga de población con condiciones priorizadas, consolidándose como áreas estratégicas para la gestión del riesgo en salud. Por el contrario, sectores como Bravo Páez y parte de Olaya presentan menores concentraciones relativas, lo que está asociado a diferencias en la

densidad poblacional, la estructura urbana y la aceptación de los equipos en el momento de las intervenciones.

Mapa 3 Mosaico intervenciones localidad Rafael Uribe Uribe, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, Bogotá D.C, 2026.



Fuente: Mapa de elaboración propia mediante Sistema de Información Geográfica QGIS por el componente geográfico de los EMBH, Subred Centro Oriente. Reporte atenciones consolidado al mes de junio 2026.

Población abordada: La distribución de la población abordada muestra una mayor concentración en sectores de San Jorge, Chircales y Diana Turbay, donde se registran los valores más altos del análisis hexagonal. Este patrón sugiere una alta capacidad operativa de los equipos en territorios con importante concentración poblacional, así como una adecuada focalización de las intervenciones hacia sectores con mayor demanda potencial.

Población sin ninguna condición: El mapa de personas clasificadas sin ninguna condición de riesgo presenta un comportamiento similar al de la población abordada, indicando que una parte importante de las intervenciones corresponde a población que, aunque no presenta riesgos priorizados, hace parte del proceso de caracterización y seguimiento territorial. Esta información resulta relevante porque desde los EMBH permite mantener actualizada la caracterización poblacional y fortalecer las acciones de promoción y prevención.

Gestantes: La mayor concentración de gestantes se localiza en los sectores de Chircales, Diana Turbay y San Jorge, evidenciando territorios donde se requiere mantener una alta capacidad de seguimiento debido a la prioridad que representa esta población dentro del modelo de atención.

Salud mental: Los casos relacionados con salud mental presentan una concentración más marcada en Diana Turbay, seguido por Chircales y algunos sectores de San Jorge. Este patrón coincide con territorios que históricamente presentan mayores condiciones de vulnerabilidad

social, lo que resalta la necesidad de fortalecer el acompañamiento psicosocial, la continuidad del seguimiento y la articulación con la red de servicios especializados en salud mental dentro de la localidad.

Enfermedades crónicas: La distribución de personas con enfermedades crónicas evidencia una mayor concentración en los sectores de San Jorge, Chircales y Diana Turbay, territorios donde será necesario hacer el esfuerzo de caracterizar e identificar los riesgos de la población y mantener estrategias permanentes de seguimiento domiciliario y gestión del riesgo.

La relación de la oferta de servicios y las condiciones del territorio muestra que la mayor concentración de población priorizada se encuentra dentro de las áreas de influencia de las Unidades SCO; sin embargo, también se identifican sectores donde la cercanía a los servicios no garantiza necesariamente una mayor facilidad para las intervenciones. En algunos puntos de Chircales, Diana Turbay y el límite oriental de la localidad convergen manzanas con reportes de inseguridad, lo que constituye una barrera operativa para los EMBH y puede afectar la oportunidad de las visitas, particularmente en sectores históricamente inseguros como La Paz, El Portal, Los Puentes.

Adicionalmente, las áreas periféricas de la localidad presentan una menor cobertura directa de las áreas de influencia de 1 km y una mayor dependencia de recorridos de mayor duración, situación que debe ser considerada en la programación territorial.

Desde la perspectiva de la apropiación territorial, los mapas demuestran que la planificación de las intervenciones no debe sustentarse únicamente en el número de personas atendidas, sino en la superposición de variables demográficas, epidemiológicas y territoriales. La concentración

de gestantes, personas con enfermedades crónicas y casos de salud mental en sectores específicos evidencia la necesidad de focalizar recursos y fortalecer estrategias diferenciales de intervención.

Asimismo, el análisis espacial confirma que la accesibilidad geográfica y la proximidad a las Unidades SCO son factores importantes, pero no suficientes para garantizar la efectividad operativa. Variables como la percepción de inseguridad, las características topográficas y las dinámicas sociales del territorio continúan condicionando la capacidad de respuesta de los EMBH.

En conjunto, este mosaico constituye una herramienta para la toma de decisiones, ya que permite identificar áreas prioritarias de intervención, optimizar la asignación territorial de los EMBH, ajustar los ruteos según la carga de casos y orientar acciones diferenciales hacia los sectores con mayor complejidad territorial y sanitaria. De esta manera, fortalece el proceso de apropiación territorial al integrar información epidemiológica, operativa y geográfica en un mismo instrumento de análisis, facilitando una gestión más eficiente y equitativa del territorio.

Tabla 67 solicitudes de creación de unidades habitacionales por localidad

LOCALIDAD	Cantidad de ruteos asignados	Cantidad de unidades habitacionales solicitadas	Cantidad de unidades habitacionales	Cantidad de unidades habitacionales PPL	Cantidad de unidades habitacionales	TOTAL Localidad

		en propiedad horizontal	onales paga diarios		onales otros	
3 - Santa Fe	0	0	0	400	465	865
4 - San Cristobal	1	22	0	0	85	108
14 - Los Mártires	7	30	0	620	630	1287
15 - Antonio Nariño	0	0	0	200	100	300
17 - La Candelaria	0	0	0	430	150	580
18 - Rafael Uribe Uribe	6	98	0	0	250	354
TOTAL, SUBRED	14	150	0	1650	1680	3494

Fuente: Planos GTAPS subred Centro Oriente de abril a junio del 2026.

Durante la vigencia se han creado 3.494 unidades habitacionales en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, distribuidas según las características de cada territorio y las necesidades operativas de los Equipos Más Bienestar (EMBH).

La mayor proporción se concentra en las localidades Los Mártires (1.287 unidades; 36,8 % del total), Santa Fe (865 unidades; 24,8 %) y La Candelaria (580 unidades; 16,6 %). En conjunto, estas tres localidades representan cerca del 78 % del total de unidades creadas en la Subred, lo que evidencia la necesidad de fortalecer de manera conjunta con la avanzada la caracterización territorial en sectores con alta densidad de viviendas colectivas, inquilinatos, paga diarios y otras modalidades de ocupación que requieren un abordaje diferencial.

En Rafael Uribe Uribe se registra la creación de 354 unidades habitacionales (10,1 %), mientras que San Cristóbal 108 unidades (3,1 %) y Antonio Nariño 300 unidades (8,6 %). Aunque estas localidades presentan un menor número de unidades creadas, responden a dinámicas territoriales particulares, como el crecimiento de la propiedad horizontal, la expansión urbana y la presencia de población vulnerable en sectores específicos.

Del total de unidades creadas:

- 1.680 (48,1 %) corresponden a la categoría "otros", asociada a diferentes tipos de unidades habitacionales identificadas durante el reconocimiento territorial.
- 1.650 (47,2 %) corresponden a unidades relacionadas con PPL, concentradas principalmente en Los Mártires, Santa Fe y La Candelaria, reflejando la presencia de establecimientos especiales y la necesidad de estrategias de intervención diferenciadas.

- 150 unidades (4,3 %) fueron creadas en propiedad horizontal, principalmente en Rafael Uribe Uribe (98) y San Cristóbal (22), territorios donde este tipo de unidad habitacional ha incrementado la demanda de actualización cartográfica y de caracterización de viviendas.
- Solo 14 unidades (0,4 %) estuvieron asociadas a ajustes derivados del proceso de ruteo, lo que indica que la mayor parte del trabajo respondió a la identificación de nuevas unidades habitacionales durante las jornadas de apropiación territorial.

La creación de unidades habitacionales muestra que el territorio es dinámico y que las transformaciones en el uso del suelo, la aparición de nuevas formas de ocupación y los cambios en la configuración de las viviendas hacen necesaria una revisión permanente de la cartografía operativa y de las bases de datos del IDECA.

La concentración de nuevas unidades en localidades como Los Mártires, Santa Fe y La Candelaria refleja la complejidad de estos territorios, donde predominan viviendas colectivas, inquilinatos, establecimientos especiales y una alta movilidad poblacional. Estas características incrementan la complejidad del ruteo, dificultan la identificación de las familias y exigen un seguimiento continuo para mantener actualizada la información territorial.

Tabla 68 Sectores catastrales sin usos residenciales

LOCALIDAD	SECTOR CATASTRAL	ID SECTOR	Tipo de uso determinante en el	Número de predios	Número de manzanas

			sector catastral		
3 - Santa Fe	PARQUE NACIONAL	008102	CONSERV ACIÓN, PUBLICO	4	2
	PARQUE NACIONAL ORIENTAL	101405	CONSERV ACIÓN, PUBLICO	0	0
4 - San Cristobal	LA ARBOLEDA RURAL	101309	RURAL	2	0
15 - Antonio Nariño	LA HORTUA	001208	HOSPITAL	5	1
17 - La Candelaria	PARQUE NACIONAL URBANO	008114	DOTACIO NAL	3	1
TOTAL, SUBRED	5			14	4

Fuente: Bases geográficas centro oriente de abril a junio del 2026.

Se han identificado cinco sectores catastrales de la Subred Centro Oriente cuyo uso predominante no es residencial, los cuales suman 14 predios distribuidos en 4 manzanas. Estos sectores corresponden principalmente a áreas de conservación, equipamientos institucionales y suelo rural, lo que tiene implicaciones para la planeación de las intervenciones de los Equipos Más Bienestar (EMBH).

El análisis evidencia que los sectores sin uso residencial corresponden a territorios donde la presencia de viviendas permanentes es inexistente o muy limitada, razón por la cual no constituyen áreas prioritarias para la intervención domiciliaria. Entre ellos se encuentran:

- Parque Nacional y Parque Nacional Oriental (localidad de Santa Fe), clasificados como áreas de conservación y espacio público, donde predominan los usos ambientales y recreativos.
- La Arboleda Rural (localidad de San Cristóbal), correspondiente a un sector rural, con muy baja ocupación residencial.
- La Hortúa (localidad de Antonio Nariño), cuyo uso predominante corresponde a equipamientos hospitalarios, concentrando infraestructura destinada a la prestación de servicios de salud.
- Parque Nacional Urbano (localidad de La Candelaria), calificado como dotacional, con predominio de equipamientos e infraestructura institucional.

En conjunto, estos sectores representan una proporción muy reducida del territorio de la Subred; sin embargo, su identificación resulta fundamental para la gestión territorial, ya que

permite diferenciar las áreas donde no es pertinente programar recorridos domiciliarios de aquellas con presencia efectiva de población residente.

Tabla 69 cantidad de predios por estrategias diferenciales

LOCALIDAD	SECTOR CATASTRAL	ID SECTOR	Número predios pagadarios	Número de predios PPL	Número de predios con atenciones de habitantes de calle
3 - Santa Fe	EL GUAVIO	3205	1	0	0
	EL ROCIO	3208	0	0	1
	GIRARDOT	3211	1	0	0
	LA ALAMEDA	3101	68	0	0
	LA CAPUCHINA	3108	8	0	1
	LA MACARENA	8105	0	1	0
	LAS CRUCES	3202	140	0	3
	LAS NIEVES	3102	2	0	0

	LOURDES	3212	6	0	0
	SAN BERNARDO	3201	21	0	2
	SAN FRANCISCO RURAL	3215	1	0	1
	SANTA BARBARA	3203	71	1	2
	SANTA INES	3107	1	0	1
	VERACRUZ	3109	3	0	0
4 - San Cristobal	ALTAMIRA	1315	1	0	0
	ATENAS	1305	1	0	0
	CALVO SUR	1210	2	0	0
	LAS BRISAS	1101	5	0	0
	LAS GUACAMAYAS I	1355	0	0	1

	LAS GUACAMAYAS II	1352	1	0	0
	LAS GUACAMAYAS III	1354	1	0	0
	LOS LIBERTADORES	1327	1	0	0
	SANTA ANA SUR	1111	1	0	0
	SURAMÉRICA	1407	0	0	1
	VEINTE DE JULIO	1405	1	0	1
	VELODROMO	1114	0	1	1
14 - Los Mártires	EDUARDO SANTOS	4105	2	0	0
	EL LISTÓN	6106	2	0	0
	EL PROGRESO	4111	3	0	0
	EL VERGEL	4106	0	0	1

	LA ESTANZUELA	4104	7	0	0
	LA FAVORITA	6104	109	0	3
	LA SABANA	4102	5	0	0
	PALOQUEMAO	6107	0	1	0
	PALOQUEMAO	6107	0	0	1
	RICAUORTE	4101	0	1	2
	SAMPER MENDOZA	6108	0	0	2
	SAN VICTORINO	6105	11	0	0
	SANTA FE	6103	140	0	5
	SANTA ISABEL SUR	4107	1	0	0
	VERAGUAS	4109	0	0	2
	VOTO NACIONAL	4103	14	0	2
	CIUDAD BERNA	1202	0	0	1

15 - Antonio Nariño	CIUDAD JARDIN SUR	1204	3	0	1
	RESTREPO	2103	7	1	3
	RESTREPO OCCIDENTAL	2104	2	0	0
	SAN ANTONIO	2102	0	0	2
	SANTANDER SUR	2302	0	0	1
16 - Puente Aranda	PENSILVANIA	4201	0	0	2
17 - La Candelaria	CENTRO ADMINISTRATIVO	3106	7	0	1
	LA CATEDRAL	3110	1	0	1
	LA CONCORDIA	3104	0	0	1
	LAS AGUAS	3103	1	0	0
	ARBOLEDA SUR	1423	1	0	0

18 - Rafael Uribe Uribe	GUSTAVO RESTREPO	1402	1	0	0
	INGLÉS	2307	1	0	3
	LA PICOTA ORIENTAL	2510	5	0	0
	MARCO FIDEL SUAREZ	1410	0	0	2
	MARCO FIDEL SUAREZ I	1415	1	0	0
	OLAYA	2201	5	0	0
	SAN JORGE SUR	1411	0	0	1
	SAN JOSE SUR	1401	0	0	1
	SANTA LUCÍA	2205	0	0	2
	SANTIAGO PEREZ	2304	0	1	1
	SOSIEGO SUR	1404	0	0	2

TOTAL			666	7	58
-------	--	--	-----	---	----

Fuente: Plano de gestión GTAPS subred Centro Oriente de abril a junio del 2026.

Con base en la información de la cantidad de predios por estrategia diferencial, se identifican 666 predios tipo pagadiario, 7 predios con presencia de PPL (personas privadas de la libertad) y 58 predios donde se realizan atenciones a habitantes de calle, distribuidos en las localidades de la Subred Centro Oriente. A partir de estos datos, se pueden destacar una marcada concentración de predios tipo pagadiario en las localidades de Santa Fe (323 predios; 48,5 % del total) y Los Mártires (294 predios; 44,1 %). En conjunto, estas dos localidades concentran aproximadamente el 92,6 % de todos los pagadiarios identificados en la Subred Centro Oriente, lo que refleja una alta presencia de población con condiciones de residencia transitoria y mayor vulnerabilidad social.

A nivel de sectores catastrales, sobresalen Las Cruces (140 predios), Santa Fe (140 predios), La Favorita (109 predios), Santa Bárbara (71 predios) y La Alameda (68 predios), configurándose como territorios prioritarios para la implementación de estrategias diferenciales de gestión del riesgo y atención extramural.

Respecto a la atención de habitantes de calle, se identificaron 58 predios, con mayor concentración en Los Mártires (18 predios), Rafael Uribe Uribe (12), Santa Fe (11) y Antonio Nariño (8). Esta distribución coincide con sectores donde convergen dinámicas de alta movilidad poblacional, actividad comercial, presencia de pagadiarios y condiciones de vulnerabilidad social, aspectos que incrementan la complejidad de las intervenciones

territoriales y requieren una articulación permanente con la oferta institucional y las rutas de atención social.

En cuanto a los predios con presencia de personas privadas de la libertad (PPL), se identificaron siete registros distribuidos entre Santa Fe, Los Mártires, Rafael Uribe Uribe, San Cristóbal y Antonio Nariño. Aunque su número es reducido, estos casos requieren un abordaje diferencial debido a las condiciones particulares de seguimiento y articulación interinstitucional que demandan.

La identificación de los *pagadarios* se logra mediante la utilización del plano de caracterizaciones elaborado en el convenio anterior, es decir, los datos registrados por las gestoras entre octubre de 2024 y octubre de 2025.

A partir del anterior insumo se localizaron las atenciones realizadas en dichas viviendas temporales y se construyó una base con el listado de *pagadarios* identificados en todas las localidades. Esta información fue entregada a la líder AP, responsable de la estrategia de *pagadarios*.

De esta manera, las gestoras iniciaron la búsqueda y atención en las viviendas previamente identificadas. No obstante, en el proceso también han ido identificando nuevos *pagadarios*, especialmente en el centro de Bogotá, en los sectores catastrales La Capuchina, Localidad Los Mártires y en San Bernardo y Las Cruces, Localidad Santa Fe. En estas zonas se han ido concentrando la mayor parte de las atenciones.

En lo que respecta a las atenciones de habitantes de calle u otras poblaciones priorizadas, esta se ha desarrollado en el marco de las jornadas organizadas por la Secretaría de Salud, que dispone los equipos en los territorios priorizados

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

Durante el periodo comprendido entre abril y junio de 2026, los Líderes de Gestión Operativa de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar desarrollaron un ejercicio integral de planeación, organización, direccionamiento, seguimiento, monitoreo y evaluación de la operación territorial, orientado a garantizar una respuesta continua, articulada y pertinente frente a las necesidades identificadas en las familias y poblaciones priorizadas dentro de las áreas de gestión asignadas.

En el rol como cabeza de los equipos, los líderes asumieron la conducción técnica y operativa de los procesos, articulando el talento humano interdisciplinario y los componentes administrativos, tecnológicos y territoriales requeridos para el desarrollo de las acciones. Esta gestión permitió fortalecer la capacidad de respuesta de los equipos, realizar seguimiento permanente a los resultados, identificar oportunamente alertas operativas y establecer acciones de mejora dirigidas a garantizar la continuidad de los abordajes y la implementación y seguimiento de los Planes de Bienestar.

La gestión desarrollada durante el trimestre se orientó bajo un enfoque de mejoramiento continuo, priorizando no solamente el cumplimiento de las actividades programadas, sino también la calidad, oportunidad, pertinencia, continuidad y trazabilidad de las intervenciones realizadas en territorio.

Organización y planeación para la respuesta integral a las familias: Durante el trimestre se realizó la organización y planeación de la operación a partir de la apropiación territorial, la priorización de familias y usuarios, la distribución de responsabilidades y la identificación de necesidades de intervención por parte de los diferentes perfiles que conforman los equipos.

Los líderes realizaron seguimiento a la asignación territorial y a la disponibilidad del talento humano, teniendo en cuenta novedades relacionadas con ingresos, retiros, rotación, cambios de asignación y necesidades de redistribución de casos. Esta gestión permitió realizar ajustes operativos

orientados a evitar la pérdida de continuidad en los procesos de atención y favorecer la respuesta a los casos priorizados.

De manera semanal se efectuó seguimiento a los casos provenientes de ruteo y derivaciones, verificando su asignación a los perfiles correspondientes, avance en el abordaje, efectividad de la respuesta y necesidad de reasignación, este ejercicio permitió fortalecer el control sobre los casos y orientar la gestión hacia el abordaje integral de las necesidades identificadas.

La planeación también contempló la coordinación de jornadas, actividades distritales, estrategias diferenciales y acciones dirigidas a poblaciones en condiciones de vulnerabilidad, articulando los requerimientos técnicos, administrativos y logísticos necesarios para su desarrollo.

Como resultado de este proceso, se fortaleció la capacidad de los equipos para organizar la respuesta de acuerdo con las necesidades reales del territorio, priorizando los casos que requerían intervención y favoreciendo la continuidad de las acciones de cuidado y bienestar.

Articulación con los técnicos administrativos y técnicos en sistemas: Uno de los componentes fundamentales de la gestión de los líderes durante el periodo fue la articulación permanente con los técnicos administrativos y técnicos en sistemas, estableciendo mecanismos de trabajo que permitieron fortalecer el seguimiento de la operación y la disponibilidad de información para la toma de decisiones.

Con el componente administrativo se realizó seguimiento a aspectos relacionados con la organización del talento humano, asignaciones, novedades contractuales y operativas, disponibilidad de recursos e insumos, requerimientos logísticos y demás situaciones que pudieran afectar el desarrollo de las actividades territoriales.

De manera articulada con los técnicos en sistemas se fortaleció el uso de tableros de control, reportes de productividad, bases de seguimiento y herramientas de monitoreo, utilizadas como puntos de control para revisar periódicamente el comportamiento de la operación, los casos asignados, las atenciones realizadas, los pendientes y las novedades identificadas.

Estas herramientas permitieron pasar de un seguimiento exclusivamente operativo a un proceso de monitoreo basado en información, facilitando la identificación de desviaciones y la toma de decisiones oportunas por parte de los líderes.

Principales puntos de control implementados

- Seguimiento semanal a casos cargados por ruteo y derivados.

- Verificación de asignación y reasignación de casos.
- Seguimiento a productividad y efectividad del talento humano.
- Revisión de registros en los sistemas de información.
- Precrítica de formatos y formularios.
- Verificación de calidad y completitud de la información.
- Seguimiento a Planes de Bienestar.
- Control de novedades de talento humano.
- Seguimiento a jornadas y actividades programadas.
- Consolidación de indicadores y reportes.
- Identificación y seguimiento de alertas operativas.

A partir de esta articulación se identificaron alertas relacionadas con registros incompletos o inoportunos, necesidades de redistribución de casos, novedades del talento humano, requerimientos de fortalecimiento técnico y situaciones logísticas que podían afectar la continuidad de la operación.

Frente a estas alertas, los líderes implementaron acciones de mejora mediante realimentación directa al talento humano, ajustes en la asignación de casos, acompañamiento técnico, solicitud de correcciones, fortalecimiento de capacidades, articulación con las áreas responsables y seguimiento posterior al cumplimiento de los compromisos establecidos.

Balance del abordaje integral y seguimiento a los Planes de Bienestar: Durante el periodo se realizó seguimiento permanente al abordaje de las familias y usuarios asignados a los diferentes perfiles, promoviendo la articulación entre gestores, profesionales y demás integrantes de los equipos.

El ejercicio de liderazgo permitió fortalecer la integración de las diferentes áreas de gestión, procurando que las necesidades identificadas durante el contacto con las familias no fueran abordadas de manera aislada, sino mediante la articulación de los perfiles requeridos para dar respuesta a las situaciones identificadas.

Los líderes realizaron seguimiento a las derivaciones generadas a partir de los abordajes, verificando su pertinencia y oportunidad, así como la continuidad de las acciones requeridas. De igual manera, se efectuó seguimiento a los Planes de Bienestar instaurados, verificando avances, necesidades pendientes y requerimientos de articulación con otros servicios, rutas o actores institucionales.

Este proceso permitió fortalecer la trazabilidad de las intervenciones, pasando de la identificación inicial de una necesidad a un proceso de seguimiento orientado a verificar la respuesta generada y las acciones pendientes.

El liderazgo operativo contribuyó así a consolidar una visión integral del usuario y su familia, favoreciendo la articulación de las intervenciones y la continuidad del proceso de cuidado.

Funcionamiento de los Comités Territoriales y toma de decisiones: Durante el trimestre se fortaleció el funcionamiento de los Comités Territoriales como espacios de análisis, seguimiento y toma de decisiones, permitiendo revisar de manera periódica el comportamiento de la operación y las situaciones particulares de los territorios asignados.

En estos espacios se revisaron avances, indicadores, productividad, casos prioritarios, novedades del talento humano, necesidades de articulación, situaciones emergentes y requerimientos para el fortalecimiento de la operación.

Los líderes tuvieron un papel activo en la presentación de balances y análisis de resultados, utilizando la información disponible en los tableros de control y reportes como insumo para orientar las decisiones.

Las decisiones adoptadas en estos espacios estuvieron encaminadas principalmente a:

- Reorganizar la operación territorial de acuerdo con las necesidades identificadas.
- Priorizar casos y familias que requerían seguimiento.
- Redistribuir o reasignar casos ante novedades del talento humano.
- Fortalecer la articulación entre los diferentes perfiles.
- Identificar necesidades de asistencia técnica y desarrollo de capacidades.
- Gestionar requerimientos administrativos y logísticos.
- Definir acciones de mejora frente a alertas identificadas.
- Fortalecer la continuidad de los Planes de Bienestar.
- Dar respuesta a situaciones emergentes y contingencias.

De esta manera, los Comités Territoriales se consolidaron como un mecanismo de gobernanza operativa, permitiendo transformar los hallazgos del seguimiento en decisiones y acciones concretas para mejorar la operación.

Seguimiento y acompañamiento en campo: Como parte del ejercicio de liderazgo, se realizaron seguimientos y acompañamientos en campo al talento humano operativo, con el propósito de verificar directamente el desarrollo de las acciones y la aplicación de los lineamientos establecidos.

Estos ejercicios permitieron identificar fortalezas y aspectos susceptibles de mejora relacionados con la planeación de las actividades, abordaje de las familias, diligenciamiento de los instrumentos, registro de la información, gestión de derivaciones, articulación interdisciplinaria y cumplimiento de las actividades asignadas.

Entre los principales aspectos objeto de fortalecimiento se identificaron la necesidad de mantener la calidad y completitud de los registros, mejorar la oportunidad del cargue de información, fortalecer la pertinencia de las derivaciones, garantizar la trazabilidad de los casos y consolidar la articulación entre los diferentes perfiles profesionales.

Como respuesta a estos hallazgos, los líderes desarrollaron procesos de realimentación individual y grupal, orientación técnica, acompañamiento en la operación, seguimiento a compromisos y articulación con los equipos responsables de asistencia técnica y desarrollo de capacidades.

Este ejercicio permitió que el seguimiento en campo trascendiera la verificación del cumplimiento de actividades y se constituyera en una herramienta para el mejoramiento continuo de las competencias del talento humano y de la calidad de la operación.

Fortalecimiento de la calidad de la información y los procesos: Un componente transversal de la gestión desarrollada fue el fortalecimiento de la calidad de la información generada por los equipos. Para ello, los líderes adelantaron procesos de precritica, revisión de formatos, verificación de registros y realimentación permanente.

La identificación temprana de inconsistencias permitió solicitar ajustes y orientar al talento humano sobre los criterios de calidad y completitud requeridos, contribuyendo a mejorar la confiabilidad de la información utilizada para la construcción de indicadores, informes y toma de decisiones.

De igual manera, se fortaleció la articulación con los técnicos en sistemas para generar reportes y herramientas de seguimiento acordes con las necesidades de la operación.

Este proceso representó un avance en la gestión, al consolidar la información como un insumo estratégico para el monitoreo de resultados y no únicamente como un mecanismo de registro de las actividades realizadas.

Articulación institucional, distrital e intersectorial: Durante el periodo se mantuvo articulación permanente con los diferentes actores involucrados en la implementación de las acciones, incluyendo equipos de la Secretaría Distrital de Salud, Subred Centro Oriente, secretaria Distrital de

Integración Social, IDIPRON, con dinamizadores, geógrafos, grupos de acceso, profesionales de activación de rutas y demás actores pertinentes.

Los líderes participaron en mesas técnicas, unidades de análisis, reuniones locales y distritales, jornadas y espacios intersectoriales, contribuyendo a la generación de respuestas integradas frente a las necesidades identificadas.

Esta articulación permitió fortalecer la gestión de casos, facilitar la activación de respuestas, coordinar acciones territoriales y mantener alineada la operación de los equipos con las orientaciones distritales y las necesidades particulares de los territorios.

Gestión de alertas, contingencias y acciones de mejora: El seguimiento permanente realizado durante el trimestre permitió identificar oportunamente situaciones que podían afectar el cumplimiento de los objetivos operativos. Las alertas fueron abordadas mediante la articulación entre los líderes, talento humano, técnicos administrativos, técnicos en sistemas y demás actores responsables.

Entre las principales líneas de mejora implementadas se encuentran:

- Gestión del talento humano: seguimiento a novedades, rotación, asignaciones y redistribución de responsabilidades.
- Gestión de casos: revisión de casos pendientes, reasignación cuando fue necesario y seguimiento a la efectividad de las intervenciones.
- Calidad de la información: precritica, realimentación y solicitud de ajustes en registros y formularios.
- Gestión territorial: reorganización de acciones de acuerdo con las necesidades y prioridades identificadas.
- Fortalecimiento técnico: identificación de necesidades de capacitación y articulación para el desarrollo de asistencias técnicas.
- Gestión administrativa y logística: identificación y escalamiento de requerimientos necesarios para garantizar la continuidad de las jornadas y acciones territoriales.
- Articulación interdisciplinaria: fortalecimiento de la comunicación entre los diferentes perfiles para favorecer respuestas integrales.

Impacto de la gestión de los líderes operativos: La gestión realizada durante abril, mayo y junio permitió fortalecer la capacidad organizativa y resolutoria de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar, consolidando el liderazgo operativo como un componente fundamental para garantizar la continuidad y calidad de las acciones territoriales.

El principal aporte de los líderes estuvo relacionado con la capacidad de integrar personas, información, territorio y procesos, orientando los esfuerzos del equipo hacia una respuesta organizada frente a las necesidades de las familias.

La implementación de mecanismos de seguimiento semanal, tableros de control, acompañamiento en campo, precritica, comités territoriales y espacios de articulación permitió fortalecer el control de la operación y generar información oportuna para la toma de decisiones.

De igual manera, el seguimiento a los casos, derivaciones y Planes de Bienestar favoreció una mayor trazabilidad de las intervenciones y permitió orientar la gestión hacia la continuidad del cuidado, evitando que la identificación de una necesidad se limitara a un contacto inicial sin seguimiento posterior.

En este sentido, el liderazgo operativo se consolidó como un eje articulador entre la planeación y la ejecución, permitiendo identificar oportunamente desviaciones, movilizar recursos y actores, establecer acciones de mejora y realizar seguimiento a los resultados.

Balance general del periodo: Como balance del periodo abril - junio de 2026, se evidencia un fortalecimiento progresivo de los procesos de planeación, seguimiento, control operativo, articulación interdisciplinaria, calidad de la información y toma de decisiones territoriales.

La gestión de los líderes permitió mantener una conducción permanente de los equipos frente a las dinámicas cambiantes del territorio, responder a situaciones emergentes, realizar ajustes en la organización del talento humano y fortalecer el seguimiento a las familias y usuarios priorizados.

El ejercicio de liderazgo desarrollado permitió consolidar una metodología de trabajo basada en planeación, ejecución, seguimiento, identificación de alertas, acción de mejora y verificación, favoreciendo el mejoramiento continuo de los procesos.

En consecuencia, las acciones emprendidas durante el trimestre contribuyeron a fortalecer la capacidad de respuesta de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar y a posicionar la gestión de los líderes operativos como un componente estratégico para garantizar la integralidad, oportunidad, continuidad, pertinencia y calidad de las acciones de bienestar, así como para generar insumos que orienten la toma de decisiones y el fortalecimiento de la operación territorial.

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.

Se informa que este proceso no se encuentra dentro del alcance de sus funciones ni responsabilidades asignadas. La gestión del estado de la calidad de la información en GTAPS —incluyendo los avances en integridad, consistencia, actualización y trazabilidad de los datos— es competencia del ingeniero líder referente del proceso GTAP Más Bienestar, quien tiene a su cargo la supervisión, seguimiento y control de dichos aspectos.

- Resultados de la gestión técnica, indicando de forma agregada:

La gestión técnica ha presentado resultados favorables de manera agregada, reflejando cumplimiento en las actividades programadas, atención oportuna de requerimientos y avances en la estabilidad y mejora continua del aplicativo.

- Unidades habitacionales creadas.

Para los periodos de abril a junio del 2026 se realizaron una cantidad de 53960 unidades habitacionales para las 4 subredes del distrito

- Traslados de usuarios locales e interlocales gestionados.

Para los periodos de abril a junio del 2026 se realizaron traslados locales e interlocales en la cual se deja estipulado de la siguiente forma

Traslado locales : 4714

Traslados interlocales 644

para las 4 subredes del distrito

- Ajustes realizados a datos críticos de identificación.

Para los periodos de abril a junio del 2026 se realizaron una cantidad de 2405 ajustes de datos para las 4 subredes del distrito

- Solicitudes de ajustes de subredes atendidas.

Se realiza ajustes tanto creación de usuarios y cambio de equipo de trabajo para los perfiles solicitados mediante drive para las 4 subredes del distrito en la cual quedaría estipulado de la siguiente forma

NORTE : 18 usuarios creados

10 en solicitud de cambio

SUR : 15 usuarios creados

6 en solicitud de cambio

CENTRO ORIENTE: 8 usuarios creados

2 en solicitud de cambio

SUR OCCIDENTE : 17 usuarios creados

7 en solicitud de cambio

- Funcionamiento de la Mesa de Ajustes, señalando número de sesiones realizadas, casos resueltos y principales tipologías de inconsistencias corregidas.

Se deja estipulado las sesiones realizadas para las mesas de ajustes realizadas en las diferentes subredes que constan a las entidades de salud del distrito por lo tanto se dejará estipulada las fechas donde se realizaron las mesas de ajuste.

- 01/04/2026
- 13/04/2026
- 16/04/2026
- 24/04/2026
- 30/04/2026
- 08/05/2026
- 16/05/2026
- 22/05/2026
- 28/05/2026
- 04/06/2026
- 11/06/2026
- 18/06/2026
- 25/06/2026

- Depuración de bases de datos, indicando volumen de registros depurados, integrados o corregidos y su impacto en la caracterización territorial y el ruteo.

Se llevó a cabo un proceso integral de depuración y consolidación de las bases de datos, orientado a mejorar la calidad, consistencia y confiabilidad de la información.

Este proceso incluyó la identificación y eliminación de registros duplicados, la corrección de inconsistencias en variables clave (como direcciones, datos de identificación y georreferenciación), así como la integración de múltiples fuentes de información en una base unificada.

Como resultado, se eliminaron aproximadamente 2.835 registros duplicados, se corrigieron 3.981 registros con inconsistencias y se integraron 4.372 registros provenientes de fuentes externas o complementarias, consolidando una base final de 22.941 registros confiables y actualizados.

- Soporte nivel III, reportando número y tipo de requerimientos técnicos atendidos, tiempos de respuesta y estado de resolución.

Se brindó soporte técnico de nivel III, enfocado en la atención de requerimientos especializados y de alta complejidad relacionados con la operación de los sistemas de información, bases de datos y procesos asociados.

Durante el periodo reportado, se atendieron un total de 275 requerimientos técnicos, clasificados de la siguiente manera: 84 incidencias críticas, 86 solicitudes de optimización y mejora, y 72 requerimientos asociados a validación, ajustes y soporte funcional avanzado.

- Pruebas de desarrollo ejecutadas, indicando ajustes o funcionalidades validadas previo a su paso a producción.

Aplicativo GTAP 2.0

Fecha: Junio 2026

1. Objetivo

Validar el funcionamiento de los módulos del aplicativo GTAP 2.0 para los diferentes perfiles funcionales, verificando la correcta visualización de opciones, ejecución de procesos, permisos y reglas de negocio.

2. Perfiles evaluados

Durante las pruebas se realizaron validaciones para los siguientes perfiles:

Artista

Nutrición

Odontología

Psiclínicos

Psicología

TecAdmin

3. Resumen General

Se ejecutaron pruebas sobre más de 100 módulos del sistema.

En términos generales:

Los perfiles de Psicología, Psicolínicos, Nutrición y Odontología presentan un alto porcentaje de funcionalidades operativas.

El perfil de Artista únicamente tiene habilitados los módulos correspondientes a Sesicole.

El perfil TecAdmin cuenta principalmente con funcionalidades administrativas.

Se identificaron algunos defectos relacionados con permisos, módulos no visibles, recursos inexistentes (404) y validaciones de formularios.

4. Resultados de las pruebas

4.1 Módulos aprobados

Se verificó el correcto funcionamiento de los siguientes procesos, entre otros:

Funcionalidades generales

Login

Lupa (búsqueda)

Admisión

Alertas

Caracterización

Composición del concepto

Afiliaciones

Notificaciones

Familia

Crear Persona

Plan de Cuidado

Predio

Seguimiento Complementario

Soporte

Tamizajes habilitados

Traslados

Validación de Personas

VSPEVE

Nutrición

Se validó correctamente:

Admisión

Alertas

Caracterización

Derivaciones por citas

Afiliaciones

Notificaciones

Familia

Crear Persona

Plan de cuidado

Predio

Seguimiento complementario

Ruta geográfica

Seguimiento remoto

Traslados

Adicionalmente fueron validados correctamente los eventos:

Familias con menores de 5 años

Bajo peso gestacional

Familias con gestantes

Obesidad gestacional

BPN a término

BPN pretérmino

DNT aguda moderada o severa

Menores con exceso de peso

Odontología

Se validó correctamente:

Atención odontológica

Salud Oral

Ruta geográfica

Seguimiento remoto

Admisión

Alertas

Caracterización

Afiliaciones

Familia

Crear Persona

Plan de cuidado

Predio

Soporte

Traslados

Psicología y Psicoclínicos

Se validó satisfactoriamente:

Atención psicológica

Acompañamiento psicológico

Adolescencia

Apoyo en duelo

Conducta suicida

Riesgo mental

Feminicidio (víctima y agresor)

Violencia

Sesiones de psicología

Cierre de sesiones

Tamizajes psicológicos:

Hamilton

SRQ

RQC

Zarit

Barthel

Carlos

COPE

WHO-DAS

Zung

Valoración de riesgo

Assist

TecAdmin

Se validó correctamente:

Actividades

Adicionales

Contratos

TH

5. Hallazgos encontrados

Durante la ejecución de pruebas se identificaron las siguientes novedades.

5.1 Error en Derivaciones PLBN

El módulo presenta fallas para varios perfiles.

Se evidenciaron errores tipo:

- Error HTTP 404.
- No carga el archivo:
- Planos y reportes estratégicos generados, señalando su finalidad (monitoreo, control, auditoría, toma de decisiones).
 - Asignacion Predios
 - Gestion Predios
 - Caracterizaciones
 - Plan_de_Cuidado_Familiar
 - Compromisos_Plan_de_Cuidado_Familiar
 - Toma_de_Medidas_y_Signos
 - Toma_de_Alertas
 - Riesgos_Ambientales
 - Eventos_VSP_Generados
 - VSP_Acompañamiento_Psicosocial
 - VSP_Apoyo_Psicosocial_En_Duelo
 - VSP_BPN_Pretermino
 - VSP_BPN_a_Termino
 - VSP_Cancer_Infantil

- VSP_Conducta_Suicida
- VSP_Cronicos
- VSP_DNT_Severa_y_Moderada
- VSP_Era_Ira
- VSP_Gestantes
- VSP_HB_Gestacional
- VSP_Morbilidad_Materna_Extrema
- SP_Hipotiroidismo
- VSP_Otros_Casos_Priorizados
- VSP_Salud_Oral
- VSP_Sifilis_Congenita
- VSP_Sifilis_Gestacional
- VSP_VIH_Gestacional
- VSP_Violencia_En_Gestantes
- VSP_Violencia_Reiterada
- Usuarios_Caracterizados
- Tamizaje_Apgar_Familiar
- Tamizaje_Cope
- Tamizaje_Epoc
- Tamizaje_Findrisc
- Tamizaje_OMS
- Admision
- Atenciones



- Plan_de_cuidado_Individual
- Familias_Creadas
- Gestion_Ruteo
- Identificacion_RBC
- Tamizaje_Epoc
- Sesiones_RBC
- Sesiones_Colectivas
- Psicologia_Sesion1
- Psicologia_Sesion2
- Psicologia_Sesion_3_a_la_10
- Tamizaje_Barthel
- Tamizaje_Hamilton
- Tamizaje_Whodas
- Tamizaje_Zarit
- Tamizaje_Zung
- Psicologia_Sesion_Final
- ervicios_Agendamiento
- Identificación UAIC
- Seguimientos UAIC
- Ruteo_Gestionados
- Predios Distrito
- Identificación Embera
- eguimiento Rutinario Embera

- Seguimiento Hospitalario Embera
- Frecuencia De Uso
- Agendamiento
- Seguimiento a Compromisos PCF
- GESTION PREDIOS
- USUARIOS
- Tamizaje RQC
- Tamizaje SRQ
- VSP_Educación_Medicos
- Soporte
- Colaboradores
- Tamizaje Psicosocial SDS
- VSP_RBC_TERAPEUTAS-AUXCUIDADO
- MEDICAMENTOS
- LABORATORIOS
- VSP_ESTRATEGIA_107
- VSP_Soledad
- TAMIZAJE_BARRERAS
- ESCALA RIESGO
- TAMIZAJE_SOLEDAD
- * PLANILLAS
- Orientación técnica a subredes, indicando acciones de acompañamiento realizadas y mejoras observadas en la calidad de los registros.

Se informa que este proceso no se encuentra dentro del alcance de sus funciones ni responsabilidades asignadas. La gestión del estado de la calidad de la información en GTAPS —incluyendo los avances en integridad, consistencia, actualización y trazabilidad de los datos— es competencia del ingeniero líder referente del proceso GTAP Más Bienestar, quien tiene a su cargo la supervisión, seguimiento y control de dichos aspectos

- Alertas y riesgos identificados, relacionados con la información, el uso del sistema o la operación.

Esta actividad no aplica ya que está asignado para el ingeniero líder y referente del proceso GTAP más bienestar

- Acciones de mejora implementadas, orientadas a fortalecer la calidad de los datos y la estabilidad del aplicativo.

Se implementaron acciones de mejora enfocadas en fortalecer la calidad de los datos y la estabilidad del aplicativo, destacando que la mayoría de los ajustes y optimizaciones fueron realizados directamente por el ingeniero desarrollador, garantizando soluciones oportunas y alineadas con los requerimientos técnicos

8. ACCIONES DE BIENESTAR COMITÉ DE CUIDADO

8.1 REUNIÓN DE EQUIPO

Avances al seguimiento de compromisos teniendo en cuenta los objetivos trazados en cada una de las reuniones de equipo.

Comentado [135]: Igual que el apartado de líderes operativos. No se evidencia informe.

8.2 DESARROLLO DE CAPACIDADES DE LOS EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR

8.3 COMITÉ TERRITORIAL

Relacione la metodología utilizada para medir el avance de las acciones ejecutadas en los grupos específicos de bienestar de avanzada, enfoque diferencial y otros grupos poblacionales; teniendo en cuenta que estos no tienen una adscripción territorial específica y son transversales en la operación.

8.4 ESPACIOS DE PRECRÍTICA Y SEGUIMIENTO

Acorde a los hallazgos identificados en el pre crítica, informar las acciones correctivas y/o planes de mejora y el seguimiento del mismo.

8.5 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE INDUCCIÓN Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS TÉCNICAS DE LOS EQUIPOS DEL CONVENIO (SOLO PARA OCTUBRE Y NOVIEMBRE DE 2025)

Este apartado del informe deberá presentar de manera sintética, clara y orientada a resultados el proceso de inducción y fortalecimiento de competencias técnicas desarrollado para los equipos del convenio, evidenciando su contribución a la implementación del Modelo MAS Bienestar y a la calidad de la operación territorial.