

INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS CBN 1090



Tabla de Contenido

1. INTRODUCCIÓN	3
2. LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD Y SU ESTRUCTURA	3
2.1 Misión	4
2.2 Visión.....	4
2.3 Estructura organizacional	4
2.4 Objetivos Estratégicos	5
3. ENFOQUE DE PROCESOS EN LA SDS	6
4. INFORME DE GESTIÓN – PLAN OPERATIVO DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO	7
▪ DIRECCION DE ASEGURAMIENTO Y GARANTIA DEL DERECHO A LA SALUD	
▪ DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD	
▪ DIRECCION DE SALUD COLECTIVA	
▪ DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGIA, ANALISIS, GESTIÓN Y EVALUACIÓN DE POLÍTICAS EN SALUD COLECTIVA.	
▪ DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	
▪ DIRECCION DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y DESASTRES	
▪ DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	
▪ DIRECCIÓN FINANCIERA	
▪ DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	
▪ DIRECCIÓN DE TIC	
▪ OFICINA DE ASUNTOS JURIDICOS	
▪ DIRECCIÓN DE SERVICIO A LA CIUDADANIA	
▪ DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD	
▪ DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN SECTORIAL	
▪ DIRECCIÓN DE ANÁLISIS DE ENTIDADES PÚBLICAS DISTRITALES DEL SECTOR SALUD	
▪ DIRECCIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y TECNOLOGÍA	
▪ OFICINA ASESORA DE COMUNICACIONES	
▪ DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD	
▪ OFICINA Y CONTROL INTERNO	
▪ OFICINA DE ASUNTOS DISCIPLINARIO	
6. EJECUCIÓN TÉCNICA Y FINANCIERA PROYECTOS DE INVERSIÓN FFDS VIGENCIA 2025	90
7. CONTROL DE CAMBIOS	161

1. INTRODUCCIÓN

El presente informe se estructura con base al resultado de los Planes Operativos de Gestión y Desempeño (POGD) que permite concretar las metas a alcanzar durante el año, las actividades a desarrollar, los indicadores que permitirán realizar seguimiento a los compromisos, los responsables de ejecutar las actividades y el cronograma propuesto para cumplirlas.

A su vez es importante denotar que el informe se presenta como resultado de la gestión adelantada en la vigencia 2025.

La Dirección de Planeación Institucional y Calidad, con base a la información emitida por cada una de las Direcciones y/o Oficinas elabora el presente documento, por lo anterior cualquier inconsistencia deberá ser aclarada por los responsables de suministrar dicha información.

Lo anterior en cumplimiento a lo establecido en el anexo B Formatos y documentos electrónicos que indica:

“Informe de Gestión y Resultados que incluya el análisis de los Indicadores de Gestión utilizados para el control y medición de los resultados de las actividades misionales y las áreas de apoyo de la Entidad, correspondiente al periodo fiscal que se rinde.”

Así mismo se incorporan el avance de las metas del plan de desarrollo distrital teniendo en cuenta lo establecido en el anexo referido y de la información reportada por la Dirección de Planeación y Gestión Sectorial:

Para las entidades que ejecutan Plan de Desarrollo, incluir los siguientes parámetros por proyecto de inversión: Objetivo general, objetivo específico, descripción de los logros físicos por meta de la vigencia, compromisos ejecutados durante la vigencia por meta, análisis de indicadores de Gestión utilizados para el control y medición de los resultados de las actividades misionales y las áreas de apoyo de la entidad, correspondiente al periodo fiscal que se rinde.”

2. LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD Y SU ESTRUCTURA

De acuerdo con el Decreto 641 de 2025 (Diciembre 22), por medio del cual se expide el Decreto Único del Sector Salud y en su artículo 3ro determina que “La Secretaría Distrital de Salud es un organismo del Sector Central con autonomía administrativa y financiera que tiene por objeto orientar y liderar la formulación, adaptación, adopción e implementación de políticas, planes, programas, proyectos y estrategias conducentes a garantizar el derecho a la salud de los habitantes del Distrito Capital.

Como organismo rector de la salud ejerce su función de dirección, coordinación, vigilancia y control de la salud pública en general del Sistema General de Seguridad Social y del régimen de excepción, en particular.”

De otra parte, la Plataforma Estratégica de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) constituye el marco estructural que define los elementos esenciales para el desarrollo y direccionamiento institucional. Esta se encuentra conformada por la Misión, Visión, Objetivos Estratégicos, Principios y Valores, así como por las Políticas Institucionales, las cuales orientan los lineamientos estratégicos de la entidad. Dicha plataforma fue adoptada mediante la Resolución 1518 de 2024, en la cual se establecen y determinan los siguiente:

2.1 Misión

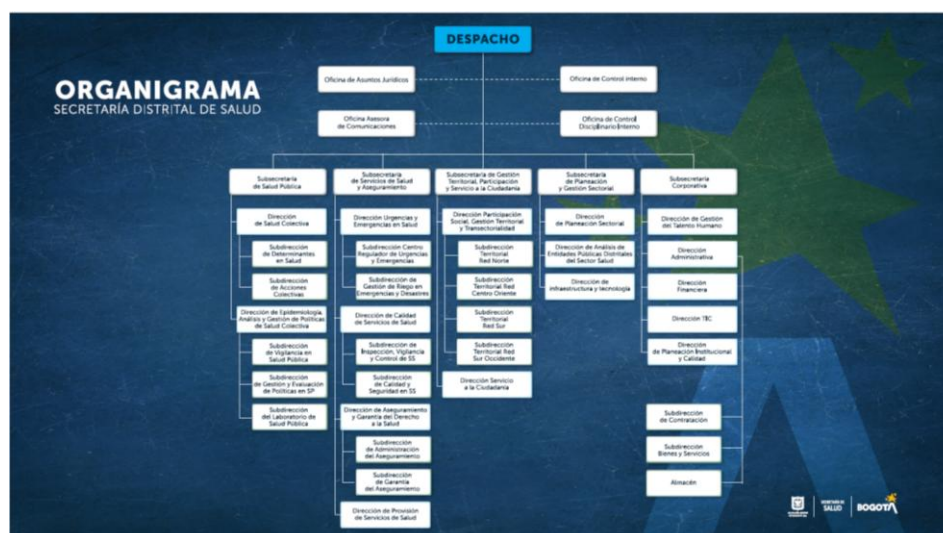
Garantizar el derecho fundamental a la salud liderando acciones de gestión integral del riesgo, promoción, prevención, cuidado y fortalecimiento de la salud pública, con un enfoque participativo e intersectorial, que permita proteger y mejorar el bienestar y la calidad de vida de la población en el Distrito Capital.

2.2 Visión

A 2028 la Secretaría Distrital de Salud se posicionará como referente en salud pública a nivel nacional por la implementación del Modelo de Atención en Salud MAS Bienestar, basado en la estrategia de Atención Primaria Social, promoviendo la gobernanza, la participación social transformadora, la intersectorialidad y la gestión integrada e integral del riesgo en salud.

2.3 Estructura organizacional

Mediante el Decreto 641 de 2025 modificado por medio del cual se expide el Decreto Único del Sector Salud, se estableció la estructura organizacional de la Secretaría Distrital de Salud, la cual se puede visualizar en el siguiente organigrama:



El informe se elabora una vez consolidada la información y los resultados remitidos por las Direcciones y Oficinas de la Secretaría Distrital de Salud, conforme a la ejecución de las acciones definidas en los Planes Operativos de Gestión y Desempeño. Dichos planes soportan la gestión adelantada por la Entidad y permiten presentar los niveles de cumplimiento alcanzados, en coherencia con la Plataforma Estratégica y los objetivos institucionales definidos.

SUBSECRETARIA	DIRECCIÓN U OFICINA
SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA	Dirección de Salud Colectiva
	Dirección Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva
SUBSECRETARIA DE SERVICIOS DE SALUD Y ASEGURAMIENTO	Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud.
	Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud.
	Dirección de Provisión de Servicios de Salud.
	Dirección de Calidad de los Servicios de Salud.
SUBSECRETARIA DE GESTIÓN TERRITORIAL, PARTICIPACIÓN Y SERVICIO A LA CIUDADANÍA.	Dirección Participación Social, Gestión Territorial y Transectorial.
	Dirección Servicio a la Ciudadanía.
SUBSECRETARIA DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN SECTORIAL	Dirección de Planeación Sectorial.
	Dirección de Infraestructura y Tecnología.
	Dirección de Análisis de Entidades Públicas Distritales del Sector Salud.
SUBSECRETARIA CORPORATIVA	Dirección TIC
	Dirección de Gestión del Talento Humano.
	Dirección Administrativa.
	Dirección Financiera.
	Dirección de Planeación Institucional y Calidad.
OFICINAS ASESORAS	Oficina Asesora de Comunicaciones.
	Oficina Asesora Jurídica.
	Oficina de Control Interno.
	Oficina de Asuntos Disciplinarios.

2.4 Objetivos Estratégicos

Los objetivos definidos para cumplir con nuestra misión y visión son:

1. Mejorar el bienestar, la calidad de vida y la salud de la ciudadanía de Bogotá mediante la implementación del Modelo de Atención en Salud -MAS Bienestar, basado en la estrategia de Atención Primaria Social y en la gestión integrada e integral del riesgo en salud, con resolutividad, oportunidad, accesibilidad, integralidad, integración y continuidad.
2. Fortalecer la gobernabilidad y gobernanza del sector salud, promoviendo la acción intersectorial, la gestión territorial y la participación social transformadora.
3. Potenciar la capacidad institucional de la red pública y privada para mejorar la gestión integral del riesgo y la prestación de servicios de salud en coherencia con los atributos del modelo.

4. Optimizar la gestión institucional mediante la articulación y simplificación de los procesos organizacionales, el desarrollo de las competencias y el bienestar del talento humano y la modernización de la infraestructura física y tecnológica.
5. Promover la gestión del conocimiento, la generación y uso de la información sectorial e intersectorial para la toma de decisiones que permita lograr intervenciones efectivas y coordinadas para mejorar la salud.
6. Orientar la gestión de los recursos asignados al sector enfocándose en la eficiencia, eficacia y efectividad de la inversión.

3. ENFOQUE DE PROCESOS EN LA SDS

El Modelo de Operación por Procesos de la Secretaría Distrital de Salud se encuentra conformado por diecinueve (19) procesos, los cuales se visualizan a través del respectivo mapa de procesos y se agrupan en procesos Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación y Control. Dicho modelo fue adoptado mediante la Resolución 1570 de 2024. Así mismo, el mapa de procesos de la SDS contempla un total de diecinueve (19) procesos, distribuidos de la siguiente manera: cinco (5) procesos misionales, cinco (5) estratégicos, siete (7) de apoyo y dos (2) de evaluación y control.



4. INFORME DE GESTIÓN – PLAN OPERATIVO DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO

Teniendo en cuenta el enfoque de procesos se presentan los siguientes resultados acorde a las metas establecidas en los Planes Operativos de Gestión y Desempeño de la SDS.

➤ PROCESOS MISIONALES

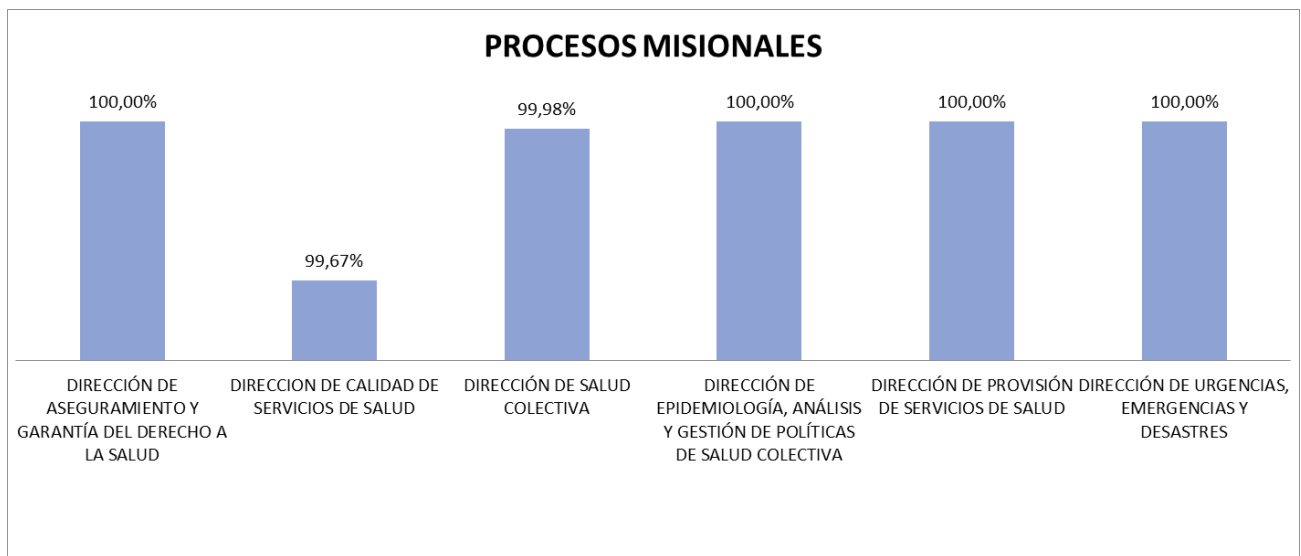
Para los procesos misionales se identifica un cumplimiento aceptable de las metas y actividades teniendo en cuenta la proyección establecida (Gráfica XYZ).

Tabla No. XYZ Resultado Gestión SDS – 2025 Procesos Misionales

DIRECCIÓN / OFICINA	% de Cumplimiento
DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO Y GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD	100,00%
DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD	99,67%
DIRECCIÓN DE SALUD COLECTIVA	99,98%
DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA, ANÁLISIS Y GESTIÓN DE POLÍTICAS DE SALUD	100,00%
DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	100,00%
DIRECCIÓN DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y DESASTRES	100,00%

Subsecretaria Corporativa Dirección de Planeación Institucional SDS

Gráfica No. XYZ Resultado Gestión SDS – 2025 Procesos Misionales



Subsecretaria Corporativa Dirección de Planeación Institucional SDS

➤ PROCESOS ESTRATÉGICOS

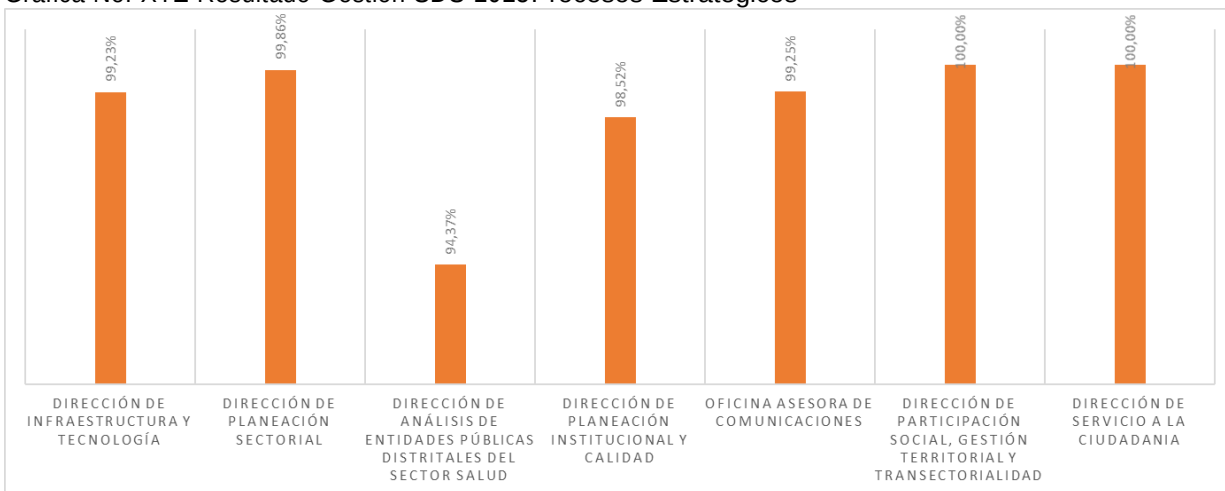
Para los procesos estratégicos se identifica un cumplimiento aceptable de las metas y actividades teniendo en cuenta la proyección establecida (Gráfica XYZ).

Tabla No. XYZ Resultado Gestión SDS-2025Procesos Estratégicos

DIRECCIÓN / OFICINA	% de Cumplimiento
DIRECCIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y TECNOLOGÍA	99,23%
DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN SECTORIAL	99,86%
DIRECCIÓN DE ANÁLISIS DE ENTIDADES PÚBLICAS DISTRITALES DEL SECTOR SALUD	94,37%
DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD	98,52%
OFICINA ASESORA DE COMUNICACIONES	99,25%
DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD	100,00%
DIRECCIÓN DE SERVICIO A LA CIUDADANÍA	100,00%

Subsecretaría Corporativa Dirección de Planeación Institucional SDS

Gráfica No. XYZ Resultado Gestión SDS-2025Procesos Estratégicos



Subsecretaría Corporativa Dirección de Planeación Institucional SDS

➤ PROCESOS DE APOYO

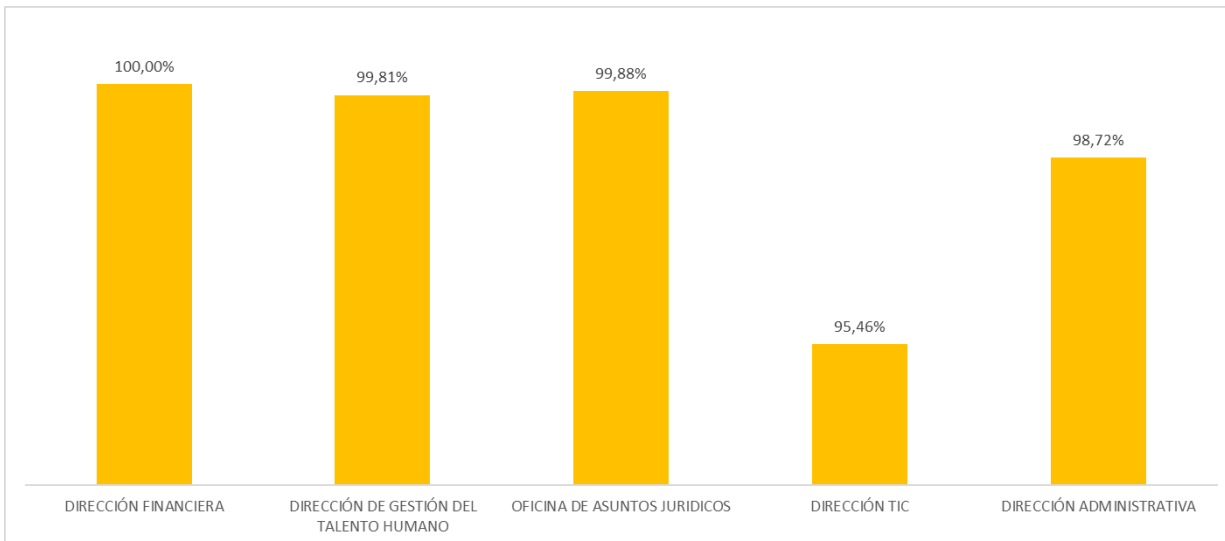
Para los procesos de apoyo se identifica un cumplimiento aceptable de las metas y actividades teniendo en cuenta la proyección establecida (Gráfica XYZ).

Tabla XYZ. Resultado gestión Procesos de Apoyo SDS 2025

DIRECCIÓN / OFICINA	% de Cumplimiento
DIRECCIÓN FINANCIERA	100,00%
DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	99,81%
OFICINA DE ASUNTOS JURIDICOS	99,88%
DIRECCIÓN TIC	95,46%
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	98,72%

Subsecretaría Corporativa Dirección de Planeación Institucional SDS

Gráfica XYZ. Resultado gestión Procesos de Apoyo SDS 2025



Subsecretaria Corporativa Dirección de Planeación Institucional SDS

➤ PROCESOS DE AVALUACIÓN

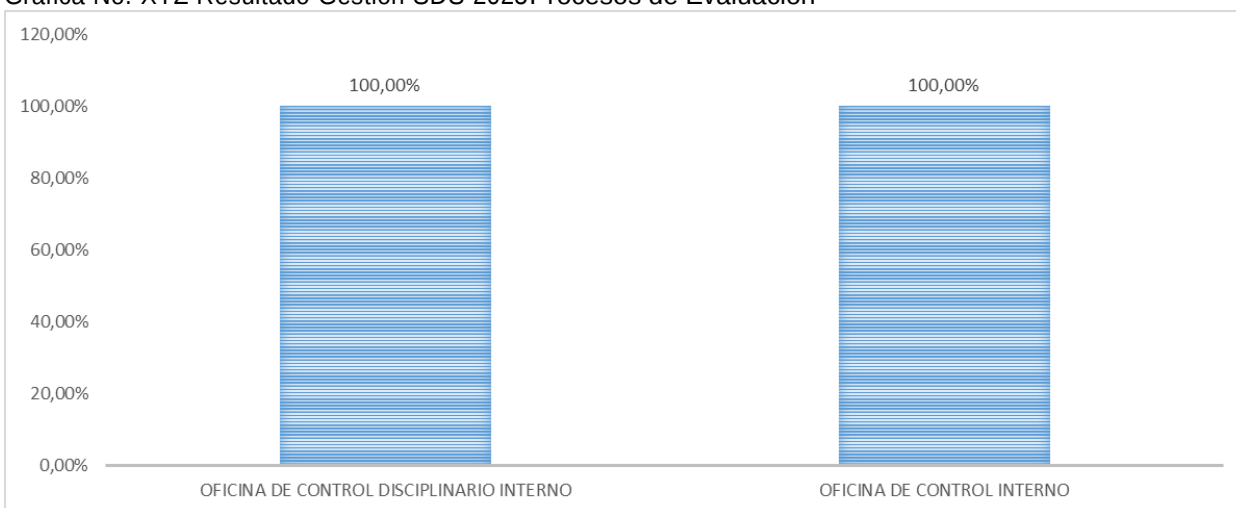
Para los procesos de evaluación se identifica un cumplimiento aceptable de las metas y actividades teniendo en cuenta la proyección establecida (Gráfica XYZ).

Tabla No. XYZ Resultado Gestión SDS 2025Procesos de Evaluación

DIRECCIÓN / OFICINA	% de Cumplimiento
OFICINA DE CONTROL DISCIPLINARIO INTERNO	100,00%
OFICINA DE CONTROL INTERNO	100,00%

Subsecretaria Corporativa Dirección de Planeación Institucional

Gráfica No. XYZ Resultado Gestión SDS 2025Procesos de Evaluación



Subsecretaria Corporativa Dirección de Planeación Institucional

➤ Resultados Consolidados Direcciones y Oficinas

A continuación, se presentan los resultados consolidados teniendo en cuenta el avance presentado con corte al mes de septiembre de 2025 (Imagen Z1 y Gráfica Z2). Es importante informar que los resultados obtenidos para la vigencia 2025 por

cada una de las metas de las dependencias de la Entidad, se encuentran publicados en la página WEB de la SDS Distrital de Salud en el micrositio de transparencia y acceso a la información pública en la siguiente ruta:

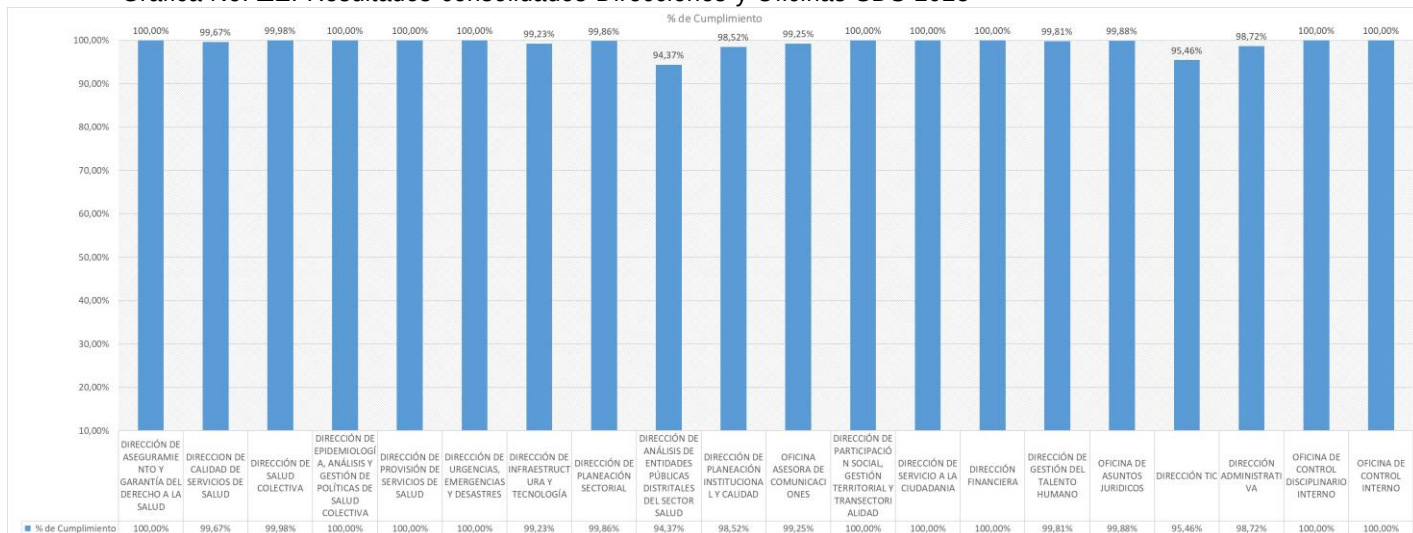
http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Metas_objetivos_indicadores.aspx

Tabla Z1 Resultados consolidados Direcciones y Oficinas SDS 2025

 PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL 	
DIRECCIÓN / OFICINA	% de Cumplimiento
DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO Y GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD	100,00%
DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD	99,67%
DIRECCIÓN DE SALUD COLECTIVA	99,98%
DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA, ANÁLISIS Y GESTIÓN DE POLÍTICAS DE SALUD COLECTIVA	100,00%
DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	100,00%
DIRECCIÓN DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y DESASTRES	100,00%
DIRECCIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y TECNOLOGÍA	99,23%
DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN SECTORIAL	99,86%
DIRECCIÓN DE ANÁLISIS DE ENTIDADES PÚBLICAS DISTRITALES DEL SECTOR SALUD	94,37%
DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD	98,52%
OFICINA ASESORA DE COMUNICACIONES	99,25%
DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD	100,00%
DIRECCIÓN DE SERVICIO A LA CIUDADANIA	100,00%
DIRECCIÓN FINANCIERA	100,00%
DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	99,81%
OFICINA DE ASUNTOS JURIDICOS	99,88%
DIRECCIÓN TIC	95,46%
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	98,72%
OFICINA DE CONTROL DISCIPLINARIO INTERNO	100,00%
OFICINA DE CONTROL INTERNO	100,00%

Fuente: Subsecretaria Corporativa Dirección de Planeación Institucional

Gráfica No. Z2. Resultados consolidados Direcciones y Oficinas SDS 2025



Fuente: Subsecretaria Corporativa Dirección de Planeación Institucional

A continuación, se presentan los resultados por cada una de las metas de las dependencias de la SDS Distrital de Salud con base al reporte de los planes operativos de gestión y desempeño (POGD) correspondiente a la vigencia 2025.

5. INFORME DE RESULTADOS A LA GESTIÓN

Se presenta el reporte consolidado de la Gestión realizada por las Dependencias de la Entidad en concordancia las metas asociadas en el Plan Operativo de Gestión y Desempeño:

1. DEPENDENCIA: DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO Y GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD

Meta	Nombre del indicador	Objetivo del Indicador	Análisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	Monitorear el avance del SG de la SDS	En el periodo se ejecutaron las actividades programadas para garantizar el funcionamiento del Sistema de Gestión. Se avanzó en acciones de monitoreo, reporte y análisis del desempeño de los procesos, así como en la actualización normativa y documental requerida para mantener vigente la información del sistema. También se desarrollaron actividades de seguimiento y análisis del riesgo, incluyendo la revisión de los factores estratégicos del proceso y la actualización de los instrumentos de gestión. Se realizaron acciones relacionadas con mejora continua, incluyendo seguimiento a planes e informes asociados. Igualmente, se participó de los espacios de formación, acompañamiento y auditoría definidos institucionalmente, asegurando la continuidad del proceso de fortalecimiento del sistema. En general, la meta mantuvo un comportamiento estable a lo largo del año, sin reportar dificultades que impidieran la ejecución de las acciones previstas.	100,00%
Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	Medición de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	Monitorear Medición de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	Durante el periodo se adelantaron las acciones asociadas al programa institucional de transparencia, incluyendo el seguimiento a los componentes del plan y la ejecución de actividades orientadas a su implementación. Se desarrollaron labores de revisión, consolidación y seguimiento para el cumplimiento de los lineamientos establecidos, así como las gestiones necesarias para asegurar la divulgación oportuna de la información requerida en los medios institucionales. A lo largo del periodo se evidencia el desarrollo continuo de las actividades y la participación en los espacios convocados por Planeación Institucional y Calidad. El comportamiento de la meta fue constante, sin reportarse obstáculos que afectaran la ejecución de las acciones previstas.	100,00%

Meta	Nombre del indicador	Objetivo del Indicador	Análisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
Gestionar el 100% de las actividades para el Aseguramiento de la población al SGSSS y desarrollar los mecanismos que contribuyan al acceso a la prestación de servicios de salud de la población no asegurada a cargo de la Entidad Territorial, en el contexto del Modelo de Atención en Salud de Bogotá MAS Binestar.	Gestión Proceso Aseguramiento en Salud	Monitorear la gestión al interior del proceso Aseguramiento en Salud	La meta muestra un avance estable en las acciones orientadas al aseguramiento de la población. Se mantuvieron actualizadas las bases de datos, se generaron los análisis correspondientes y se desarrollaron gestiones con grupos poblacionales para facilitar el acceso al sistema. También se gestionaron los requerimientos recibidos a través de los diferentes canales institucionales, incluyendo casos asociados a problemáticas de acceso y fallos de tutela. En materia de inspección, vigilancia y seguimiento, se realizaron las acciones establecidas hacia las entidades administradoras del aseguramiento, así como actividades de monitoreo y asistencia técnica relacionadas con la gestión del riesgo individual en salud. Adicionalmente, se llevaron a cabo gestiones administrativas y operativas para garantizar el acceso a servicios de salud de la población no asegurada, incluyendo procesos contractuales y gestiones relacionadas con la prestación y pago de servicios. El avance de la meta evidencia el desarrollo completo de las actividades programadas, sin registrar limitaciones que afectaran el cumplimiento general.	100,00%

CONCLUSIÓN(ES)

La Dirección dio cumplimiento a las metas y objetivos institucionales de las cuales hace parte, garantizando la gestión de las metas y actividades frente al Plan de Desarrollo y al Plan Territorial de Salud “Bogotá Camina Segura 2024 – 2027” en su componente financiero y técnico. Se da cumplimiento a los cambios normativos relevantes frente al aseguramiento al SGSSS de la población de Bogotá D.C., asegurando la implementación de las disposiciones vigentes. Se realiza la gestión para la atención de la población a cargo de la Entidad Territorial en cumplimiento de la normatividad. La Dirección avanza en los cambios necesarios para dar respuesta a los requerimientos y al cumplimiento de los objetivos propuestos por el nivel directivo, fortaleciendo los procesos internos, la articulación institucional y la capacidad de respuesta frente a las necesidades del territorio. Las acciones desarrolladas consolidan la gestión del aseguramiento y garantía del derecho a la salud dentro del marco institucional.

2. DEPENDENCIA: CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

Meta	Nombre del indicador	Objetivo del indicador	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
Cumplir con la programación de visitas de verificación de condiciones del Sistema Único de Habilidadación para el 2025	Porcentaje de cumplimiento cronograma de visitas de verificación programadas de las condiciones del Sistema Unico de Habilidadación.	Monitorear la ejecución de las visitas del SUH programadas para el año 2025	Durante el año se ejecutaron las acciones programadas de verificación dentro del Sistema Único de Habilidadación, manteniendo la operación prevista en la agenda del proceso. Se realizaron las actividades de inspección según los criterios de priorización definidos, abarcando tanto visitas del sistema de habilitación como acciones complementarias de inspección, vigilancia y control. Este periodo permitió avanzar en actuaciones derivadas de las verificaciones, lo cual incluyó la gestión de resultados y la generación de acciones posteriores según los hallazgos. En general, la meta mostró un comportamiento estable, con desarrollo continuo y articulado de las visitas programadas para el periodo.	100,00%
Gestionar las solicitudes y trámites presentados de Licencias de Inhumación y Cremación según promesa de valor en los términos establecidos para el 2025	1. Porcentaje de cumplimiento según promesa de valor establecidos de los trámites de Licencias de Inhumacion 2. Porcentaje de cumplimiento según promesa de valor establecidos de los trámites de Licencias de cremación	1. Monitorear el cumplimiento de la gestión de las solicitudes y Licencias de Inhumacion gestionados para el año 2025 2. Monitorear el cumplimiento de la gestión de las solicitudes y Licencias de cremación gestionados para el año 2025	En el periodo se desarrollaron todas las actividades asociadas al ciclo de gestión de los trámites de inhumación y cremación, desde la recepción de solicitudes hasta la verificación de requisitos y emisión de las licencias. El proceso mantuvo su operación continua, respondiendo a la demanda ciudadana mediante estrategias de priorización y organización del equipo de trabajo que permitieron asegurar la oportunidad en la atención. La consolidación de los trámites evidencia una gestión estable y acorde con los tiempos definidos institucionalmente, sin registrar dificultades que afectaran el cumplimiento o la capacidad de respuesta del proceso.	100,00%

Meta	Nombre del indicador	Objetivo del indicador	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
Cumplir con la programación de las acciones de asistencia técnica a prestadores de servicios de salud y partes interesadas en temas del SOGCS para el año 2025	Cumplimiento de las acciones de asistencia técnica a prestadores y partes interesadas en temas del SOGCS	Monitorear la ejecución de las acciones programadas de asistencia técnica a prestadores de servicios de salud y partes interesadas en temas del SOGCS para el año 2025.	Durante el periodo se realizaron actividades de asistencia técnica dirigidas a prestadores y actores del sistema, mediante diversos mecanismos como capacitaciones, orientaciones y acompañamientos. Aunque se presentaron variaciones en la demanda respecto a periodos anteriores, el proceso mantuvo la ejecución de las acciones establecidas y sostuvo la dinámica de atención técnica requerida por los prestadores. La participación y el desarrollo de estas acciones reflejan el compromiso del equipo técnico en garantizar el acompañamiento institucional y en fortalecer el cumplimiento de los lineamientos del sistema de garantía de calidad. La meta mostró un desempeño consistente, pese a la fluctuación en la solicitud de asistencias durante el periodo.	100,00%
Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	Monitorear el avance del SG de la SDS	Se avanzó en las acciones de seguimiento, control y reporte asociadas al sistema de gestión institucional. Esto incluyó la elaboración de reportes del periodo, la gestión del normograma, el seguimiento a documentos del sistema, la actualización y solicitud de obsolescencias, y la revisión de matrices estratégicas como DOFA y mapas de riesgo. También se desarrollaron actividades relacionadas con la percepción del cliente, la gestión de acciones de mejora y la participación en espacios de entrenamiento institucional. El proceso mantuvo un trabajo articulado entre las subdirecciones, logrando avances en cierre de acciones de auditoría y gestión de mejoras, así como en el fortalecimiento documental y operativo del sistema. La meta evidenció un cumplimiento estable y acorde con las responsabilidades asignadas.	98,00%
Realizar las Acciones para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	Ejecutar las actividades para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	En este periodo se continuó con la aplicación de acciones asociadas a políticas institucionales, especialmente en lo relacionado con seguridad digital. Se actualizaron activos de información, se realizaron análisis y se consolidaron elementos de riesgo asociados a la seguridad de la información. También se evaluó el desempeño del sistema con base en los instrumentos definidos para tal fin. Las actividades se desarrollaron de manera organizada y conforme a los lineamientos, evidenciando una gestión estable y	100,00%

Meta	Nombre del indicador	Objetivo del indicador	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	Acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción realizadas	Monitorear Medición de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	articulada dentro de la dependencia. Se llevaron a cabo acciones vinculadas con el Programa de Transparencia y Ética Pública, incluyendo actividades de actualización normativa, divulgación de contenidos y publicación de información relevante para asegurar el acceso público conforme a los lineamientos vigentes. Se realizó el monitoreo correspondiente al periodo y se consolidaron informes para garantizar el cumplimiento del calendario institucional de transparencia. La gestión se mantuvo estable, con ejecución oportuna de las actividades y sin evidencias de retrasos que afectaran la meta.	100,00%

CONCLUSIÓN(ES)

Durante la vigencia se fortaleció la vigilancia a los prestadores de servicios de salud mediante la ejecución de acciones de Inspección, Vigilancia y Control, entre las cuales se destacan visitas orientadas a verificar el cumplimiento del Sistema Único de Habilitación. En la vigencia se logró una gestión oportuna y eficiente de las licencias de inhumación y cremación, gracias a la priorización de trámites y a la reorganización del equipo de trabajo, lo que permitió cumplir con los tiempos establecidos y dar respuesta efectiva a la demanda ciudadana. Durante la vigencia se superó la meta establecida en acciones de asistencia técnica, lo cual evidencia un compromiso sólido con el fortalecimiento de capacidades mediante diversas estrategias de acompañamiento y orientación técnica. Se fortaleció la gestión institucional a través del monitoreo permanente de los procesos, la actualización normativa y documental, el análisis de la percepción del cliente y la prestación de asistencia técnica, contribuyendo al mejoramiento continuo y al fortalecimiento de la cultura organizacional en el marco del MIPG y del SGC.

3. DEPENDENCIA: DIRECCION DE SALUD COLECTIVA

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
Realizar el direccionamiento y seguimiento a las acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas- PSPIC y las acciones de Gestión de la Salud Pública - GSP que se ejecutan en lo local y que están contratadas por el FFDS-SDS, con las Subredes Integradas de Servicios de Salud E.S.E., para el año 2025, en el marco del Plan y el Modelo Territorial de Salud, en lo correspondiente a la Dirección de Salud Colectiva.	Direccionamiento y seguimiento de las acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas- PSPIC y de Gestión de la Salud Pública - GSP	Realizar el seguimiento a la ejecución de las 19 subactividades para direccionamiento y seguimiento de las acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas- PSPIC y de Gestión de la Salud Pública - GSP en los territorios	Durante 2025, la Dirección de Salud Colectiva desarrolló un proceso continuo de seguimiento y orientación de las acciones del PSPIC y la GSP en los territorios, asegurando la operación de los convenios interadministrativos con las Subredes y garantizando la articulación entre lineamientos técnicos, requerimientos administrativos y necesidades reales de las comunidades. A lo largo del año se adelantó la planeación, actualización y gestión de documentos esenciales, así como la validación permanente de avances técnicos, administrativos, financieros y jurídicos, mediante mesas de supervisión, comités operativos, visitas de campo, análisis de informes y realimentación a los equipos territoriales. Este proceso permitió avanzar en la transición entre convenios, asegurar la continuidad de las acciones en los territorios, fortalecer la calidad de la información reportada por las Subredes y consolidar lineamientos operativos acordes con el Modelo Territorial y el modelo MAS Bienestar. De igual forma, se realizaron acciones de articulación sectorial e intersectorial orientadas a mejorar la implementación del PSPIC y la GSP en los entornos comunitario, educativo, laboral, institucional y de hogar, garantizando la coherencia técnica, el fortalecimiento de capacidades, la respuesta oportuna ante hallazgos y el soporte metodológico para la toma de decisiones. En conjunto, la meta reflejó un cumplimiento integral y sostenido basado en la coordinación operativa, la gestión contractual, el acompañamiento técnico y la articulación entre los actores responsables de la salud pública distrital.	100,00%

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
Implementar y hacer seguimiento al desarrollo de las políticas públicas, planes, programas, proyectos, estrategias de salud pública y gestión de requerimientos, así como a la articulación sectorial e intersectorial para las políticas y programas a cargo de la DSC y sus Subdirecciones, durante la vigencia 2025.	Implementación y seguimiento al desarrollo de las políticas públicas, planes, programas, proyectos, estrategias de salud pública y al análisis y evaluación de los mismos, así como a la articulación sectorial e intersectorial.	Realizar el seguimiento a la ejecución de las 9 subactividades necesarias para la implementación y seguimiento al desarrollo de las políticas públicas, planes, programas, proyectos, estrategias de salud pública y al análisis y evaluación de los mismos, así como a la articulación sectorial e intersectorial y gestión de requerimientos en la dependencia.	Durante el año 2025, la Dirección de Salud Colectiva avanzó en la implementación y seguimiento de las políticas, programas y estrategias de salud pública mediante acciones de coordinación técnica, participación institucional y articulación sectorial e intersectorial orientadas a fortalecer la respuesta del Distrito frente a los determinantes sociales y a las necesidades de la población. Se desarrollaron mesas, comités y espacios de trabajo con diversos sectores y entidades, impulsando la consolidación de lineamientos, la actualización de políticas, el análisis de indicadores estratégicos y la formulación conjunta de acciones, incluyendo la puesta en marcha de instancias de gobernanza como la Comisión Intersectorial Distrital de Determinantes Sociales de la Salud y el Bienestar. Asimismo, se adelantó el seguimiento técnico a políticas y estrategias en ámbitos clave como salud mental, seguridad alimentaria, cambio climático, condiciones crónicas, salud materno-infantil, salud sexual y reproductiva, entre otras, garantizando la integración de los enfoques territoriales con la planeación distrital. De manera paralela, se gestionaron requerimientos de entes de control y se fortalecieron los procesos internos de generación de información, trazabilidad administrativa y gestión del conocimiento, asegurando respuestas oportunas y coherentes. Este conjunto de acciones permitió mantener una articulación sólida entre niveles operativos y estratégicos, consolidando los avances de la salud pública distrital y sosteniendo una gestión integral acorde con las prioridades ciudadanas y normativas vigentes.	100,00%
Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	Monitorear el avance del SG de la SDS	Durante 2025 se ejecutaron las acciones programadas para fortalecer el Sistema de Gestión de Calidad, asegurando la actualización y control de la documentación del proceso GTS. Se desarrollaron actividades de seguimiento y mejora a los procesos, incluyendo revisión de normas aplicables, caracterización de procesos, procedimientos y estandarización de registros. Se gestionaron riesgos mediante su identificación, análisis y definición de	99,92%

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
			acciones para prevenir y mitigar impactos. Se realizó evaluación de la satisfacción del cliente a partir del análisis de PQRS y se promovieron acciones orientadas a mejorar la percepción del servicio. Las auditorías internas y la verificación de compromisos permitieron evidenciar avances y orientar ajustes, contribuyendo al cumplimiento de objetivos y al fortalecimiento de la gestión institucional.	
Realizar las Acciones para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	Ejecutar las actividades para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	Para el año 2025, el proceso realizó el apoyo a la gestión para el monitorear a los avance de las políticas del MIPG y se logro analizar los riesgos de seguridad de la información conforme a los lineamientos del DAFP para los activos de información que se encuentran en la DSC y sus subdirecciones. , demostrando un avance conforme a lo programado de cumplimiento del 100% por parte la Dirección de Salud Colectiva y sus subdirecciones	100,00%
Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	Acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción realizadas	Monitorear Medicion de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	Se logra para el año de 2025, un avance conforme a lo programado de cumplimiento del 100% del indicador en donde se monitoreo los avance de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción, donde se realiza construcción de inventario de contenidos de pagina web, revisión y actualización para la Dirección de Salud Colectiva y sus subdirecciones.	100,00%

CONCLUSIÓN(ES)

En general, las metas y actividades establecidas para el año 2025 en Plan Operativo de Gestión y desempeño de la Dirección de Salud Colectiva y sus Subdirecciones, generan un cumplimiento del 99,98%, de acuerdo con programado durante los IV trimestre del año 2025 ; las metas misionales de gestión se han cumplido de manera satisfactoria con un 100% y adicionalmente se han cumplido los compromisos establecidos para las metas transversales de la SDS, según se evidencia por. La calificación del tablero de control demuestra un cumplimiento del 99,9% por parte la Dirección de Salud Colectiva y sus subdirecciones en todos los compromisos establecidos. dada esta calificación por parte de la DPIYC se realiza la afectación del porcentaje de cumplimiento en la meta 3 del POGD, dado que algunos de los tipos documentales que se tenían programados para el IV trimestre dado a dinámicas internas y normatividad no fue posible generar la actualización adicionalmente algunos documentos son transversales para el proceso de GTS donde no se logro articular con las demás dependencias que tienen competencia como son los temas de políticas públicas, planes, programas y estrategias de interés en salud pública. Lo que generó que se planificaran en el inventario documental del 2026.

Así, en la Dirección de Salud Colectiva y sus Subdirecciones, durante el año 2025, se han implementado las políticas, planes, programas y estrategias de promoción de la salud, cuidado y bienestar, para la población en el Distrito Capital, de acuerdo con las competencias asignadas, en el

marco del Plan Territorial de Salud y la normatividad vigente, para contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud en Bogotá D.C., tal y como se espera en el proceso de Gestión Social y Territorial en Salud Pública a cargo de las dependencias de la Dirección de Salud Colectiva y sus subdirecciones.

De acuerdo con el análisis de la información reportada en los informes trimestrales del POGD de la Dirección de Salud Colectiva se puede concluir que, a través de la Gestión de la Salud Pública en lo que le corresponde a esta dependencia, las intervenciones poblacionales, las colectivas e individuales de alta externalidad, establecidas en el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas para Bogotá D.C., así como por la coordinación con las demás dependencias de la Subsecretaría de Salud Pública, y en general de la Secretaría Distrital de Salud, con otras instancias, el equipo humano está contribuyendo a generar resultados positivos para la salud de las personas, familias y comunidades del Distrito Capital, en concordancia con el avance en las actividades y metas de los proyectos de inversión del Plan Territorial de Salud a cargo de la dependencia.

Se ha logrado mantener y fortalecer la promoción en salud, la prevención de la enfermedad y la gestión del riesgo colectivo en salud, mediante el desarrollo de actividades de gestión desde la Subsecretaría de Salud Pública, la Dirección de Salud Colectiva y sus Subdirecciones, en articulación con las demás dependencias de la Subsecretaría y el trabajo articulado con otras dependencias de la SDS, las Subredes y demás actores con quienes se ejecutan acciones.

Se ha garantizado la gestión para el desarrollo de las acciones de apoyo a la Gestión de la Salud pública (GSP) a cargo de la Subsecretaría de Salud Pública en los Territorios y las de las Intervenciones de Salud Pública Colectiva – PSPIC, en Bogotá D.C., a través de los convenios Interadministrativos celebrados entre el Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS) – Secretaría Distrital de Salud – Subsecretaría de Salud Pública con las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud - Empresas Sociales del Estado- E.S.E, en concordancia con las metas, actividades y contenidos de los proyectos de inversión correspondientes al Plan de Desarrollo.

A la fecha, se ha contado con recursos para ejecutar las actividades y los convenios interadministrativos GSP-PSPIC y los planes programáticos y presupuestales están actualizados para facilitar la operación y el seguimiento.

Se ha avanzado en acciones para posicionar la gestión integral de la salud pública orientada al bienestar colectivo, con equidad y transformación territorial; estas acciones están alineadas con las metas del Plan Territorial de Salud y el Modelo de Atención en Salud Más Bienestar, fortaleciendo la gestión intersectorial para el bienestar colectivo en Bogotá.

Las acciones del PSPIC se han revisado para actualizarlas y transformarlas a partir de los convenios interadministrativos celebrados desde 01 octubre del 2025, realizando la gestión administrativa, financiera y de mejoramiento en lineamientos que permitirán operar mediante acciones integrales e integradas con mayor intersectorialidad, continuidad del cuidado y formación de redes.

Se han planteado acciones y procesos integrados e integrales que se ofrecen de carácter gratuito, están dirigidas a la población en sus entornos de vida cotidiana, en las 20 localidades de Bogotá, con enfoque diferencial, en el marco del Modelo de Atención en Salud MAS Bienestar, según normatividad vigente pertinente y se desarrollan de conformidad con los lineamientos técnicos establecidos en los anexos de los estudios previos que hacen parte integral de los convenios, se realizaron entre otras, acciones estratégicas como, mesas de análisis y gestión para reducción de mortalidad materno perinatal, Trabajo articulado para logra vacunar a más 5.000 gestantes en prevención de virus sincitial respiratorio, lineamientos para prestadores y para ciudadanía en lo pertinente a virus sincitial respiratorio, trabajo intersectorial para atención de habitanza en calle, estategia de prescripción social y trabajo intersectorial para desarrollo de la Comisión Intersectorial Salud Pública - Comisión Intersectorial Distrital de los Determinantes Sociales de la Salud y el Bienestar.

Se han establecido nuevos convenios para la gestión desde salud pública con poblaciones como víctimas, Etnias, alianzas con academia y OPS/OMS, Fondo Mundial, entre otros, así como convenios intersectoriales que aporten a la efectividad de las acciones desarrolladas.

Implementación de estrategia Prescripción Social, que se concibe como una estrategia para la promoción de la salud y el bienestar que conecta a las personas y sus familias con actividades, recursos y servicios sociales y de bienestar disponibles en los territorios, de esta manera la prescripción social responde a las necesidades prácticas, sociales y emocionales de la comunidad. Su propósito es favorecer un abordaje integral de la salud y el bienestar que trascienda la atención clínica tradicional e integre dimensiones culturales y sociales para el cuidado de la salud y la vida.

Se desarrollaron las acciones e interacciones colectivas e individuales de alta externalidad, integrales e integradas en los entornos cuidadores hogar, laboral, educativo, institucional y comunitario. A nivel local, los equipos de los entornos cuidadores articularon sus acciones y gestiones con los Equipos de Atención en Casa y los equipos diferenciales de los procesos transversales, a través de los coordinadores locales del Modelo Territorial de Salud.

El Programa Ampliado de Inmunizaciones hoy cuenta con la familia Galán Deik como embajadora de la vacunación en la ciudad. Permitiendo ejemplarizar a toda la población la importancia de la vacunación, además de generar alianzas estratégicas que permitan avanzar en el logro de coberturas.

Se menciona como logro la implementación exitosa de estrategias de comunicación que han fortalecido la transparencia y la participación ciudadana, logrando interacción con la comunidad a través de plataformas digitales, creación de canales de comunicación directa y la actualización continua de servicios de la página web de la SDS, proporcionando acceso fácil y directo a información pública y datos abiertos.

El desarrollo de actividades de seguimiento a través verificación y supervisión han asegurado el cumplimiento de compromisos convenidos en GSP-PSPIC, contratación de persona natural y jurídica.

Desde la Dirección y sus Subdirecciones se coordinó el consolidado de resultados de GSP-PSPIC y se logró documentar y publicar en la página WEB de la SDS el informe de resultados obtenidos del seguimiento a la ejecución de las acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) y las de apoyo a la Gestión de la Salud Pública (GSP) para la ejecución en lo local, a cargo de la Subsecretaría de Salud Pública, en lo correspondiente al periodo comprendido entre los meses de enero a diciembre de 2024, tal y como lo establece la normatividad vigente para las Entidades Territoriales.

Adicionalmente, se logró actualizar el mapa de procesos de la SDS, mantener y mejorar el Sistema de Gestión de calidad, en el marco de MIPG, cumplir los compromisos establecidos para la gestión de trámites y servicios, la atención y gestión suficiente y oportuna de requerimientos de entidades, organismos y ciudadanía en general, las publicaciones e informes requeridos, atención y gestión antes de dirección y control, y la gestión oportuna y con eficiencia en cuanto a los sistemas de gestión, incluido el Sistema de Gestión de calidad, riesgos y control en el proceso.

4.

DEPENDENCIA: DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGIA, ANALISIS, GESTIÓN Y EVALUACIÓN DE POLÍTICAS EN SALUD COLECTIVA.

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
Realizar el 100% de las acciones establecidas en la vigencia, para el Mantenimiento y Fortalecimiento de la Vigilancia en Salud Publica, en el Distrito capital.	Medicion de acciones establecidas en la vigencia, para el Mantenimiento y Fortalecimiento de la Vigilancia en Salud Publica, en el Distrito capital.	Monitorear las acciones establecidas en la vigencia, para el Mantenimiento y Fortalecimiento de la Vigilancia en Salud Publica, en el Distrito capital.	Durante la vigencia 2025 se garantizó la cobertura, calidad y oportunidad de la información en los diferentes sistemas de vigilancia en salud pública, alcanzando el 100 % de reporte en Estadísticas Vitales, mortalidad materna, perinatal y eventos transmisibles y no transmisibles. Se fortalecieron de manera sostenida los procesos de vigilancia, análisis, interoperabilidad y gestión del riesgo, mediante asistencias técnicas continuas, capacitaciones focalizadas, articulación interinstitucional y cierre efectivo de planes de mejora, lo que permitió mejorar la toma de decisiones basadas en evidencia, el cumplimiento de indicadores de desempeño y la respuesta oportuna ante eventos de interés en salud pública. Asimismo, se consolidaron espacios de participación social y fortalecimiento comunitario como los Comités de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria (COVECOM), se avanzó en la canalización efectiva de casos priorizados y en el control de eventos asociados a seguridad alimentaria, nutricional y salud mental. Se logró el cumplimiento del 100 % del Plan de Acción del Comité Distrital de Laboratorios, el mantenimiento de la certificación y seguimiento normativo de establecimientos, la atención oportuna de emergencias en salud pública con cobertura operativa permanente, y la respuesta integral a requerimientos internos y externos. Estos resultados evidencian el fortalecimiento de las capacidades técnicas, operativas y comunitarias de la Secretaría Distrital de Salud, contribuyendo a la protección de la salud pública, la mejora continua del sistema y el cumplimiento de la normativa vigente.	100,00%
Realizar el 100% de los análisis de muestras con criterios de calidad y	Medicion de muestras con criterios de calidad y oportunidad	Monitorear la oportunidad en la entrega de los	Se realizó el procesamiento oportuno y reporte de resultados de las muestras recibidas en el laboratorio de los eventos de interés en salud pública (estudio de	100,00%

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
oportunidad; en el marco del desarrollo de las actividades de monitoreo y evaluación de la Red de Laboratorios en el Distrito Capital, en apoyo a la vigilancia de los eventos de interés en salud pública, vigilancia y control sanitario.	de la SLSP.	resultados de la Subdirección de Laboratorio de Salud Pública.	brotes, enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas en ambiente y personas. Se mantiene y amplía el alcance de la Acreditación con ONAC otorgada a la SLSP mediante el certificado 16-LAB-005 para 49 ensayos, mediante la auditoria realizada bajo los requisitos de la norma ISO/IEC 17025:2017 por el Organismo Nacional de Acreditación de Colombia - ONAC en el mes de agosto. Cumplimiento de las actividades planteadas en el periodo con la ejecución de Asistencias Técnicas, solicitudes de información de autoevaluaciones, revisión de evidencias por parte de las áreas de calidad y técnicas de Vigilancia del Ambiente y el Consumo (VAC) y Vigilancia de Enfermedades (VE), verificar información de subsanación y ejecución de visitas de verificación de estándares de calidad para los laboratorios de la Red Distrital en el marco del cumplimiento de la Resolución 1619 de 2015.	
Establecer las acciones relacionadas con la orientación técnica para la formulación e implementación, y desarrollar el monitoreo, análisis y evaluación de Políticas públicas, planes, estrategias y proyectos de Salud Pública, según la normatividad vigente.	Medición de acciones relacionadas con la orientación técnica para la formulación e implementación, y desarrollar el monitoreo, análisis y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos de Salud Pública	Monitorear las acciones establecidas para la formulación e implementación, y desarrollar el monitoreo, análisis y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos de Salud Pública	DISCAPACIDAD: *Cumplimiento de los compromisos del sector en las instancias distritales del Sistema Distrital de Discapacidad; Consejo Distrital y Comité Técnico Distrital y sus respectivas comisiones de trabajo, con diseño, implementación y evaluación del plan operativo anual 2025 e implementación de los productos comprometidos por el sector en el Plan de Acción de la Política * Actualización del modulo de consulta de la oferta para población con discapacidad con el apoyo de la Secretaría General de las TIC, con ampliación de información en materia de programas, proyectos, servicios y beneficios en las 20 localidades de la ciudad. * Socialización y publicación del informe I del 2025 de marcación del Trazador Presupuestal de Discapacidad-TPPD, del cual se ejerce liderazgo técnico en coordinación con la Secretaría Distrital de Integración Social, por designación del Plan de Desarrollo Distrital.	100,00%

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
			*Cumplimiento en las metas del proyecto 8141 metas 3, actividad 3.2 y meta 10 que soportan los compromisos en el plan de acción de la política Publica de Discapacidad, Plan Territorial de Salud y Plan de Desarrollo Distrital. * Mantenimiento de las estrategias de comunicación accesible e implementación de ajustes razonables para la eliminación barreras físicas, comunicativas y actitudinales en la atención y gestión del riesgo individual y colectiva a la población con discapacidad. Para esto, se continúa con el contrato de prestación de servicios de interpretación de lengua de señas y guías intérpretes en las acciones de salud y se fortalecen las alianzas con la política de Servicio a la Ciudadanía. *Ampliación de la estrategia Rehabilitación Basada en Comunidad-RBC operada desde el PSPIC, con la implementación de la acción integral e integrada “Cuidado Continuo por una vida con bienestar para la población con discapacidad”, como acción afirmativa, diferencial, pertinente, coherente y con impacto en el ejercicio de los derechos y la inclusión social de esta población en Bogotá. * Fortalecimiento en la articulación con las acciones del Sistema Distrital de Cuidado (manzanas del cuidado),aportando significativamente en el fortalecimiento de las prácticas y reconocimiento del rol de las personas cuidadoras de personas con discapacidad. INFANCIA Implementación en la vigencia 2025 de los 13 productos del plan de acción de la política publica distrital de primera infancia, infancia y adolescencia 2023 - 2033 con el cumplimiento de las metas programadas. Gestión y trámite de ajustes técnicos con SDIS y Planeación Distrital de algunos productos del plan de acción de la política publica distrital de primera infancia, infancia y adolescencia 2023 - 2033 para guardar coherencia en los reportes anuales.	

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
			Formulación de un nuevo producto de política a cargo de la SDS para la prevención y atención del maltrato y violencias contra niños, niñas y adolescentes en el Distrito. Fortalecimiento de las acciones sectoriales e intersectoriales con SDIS, SED, Cultura e ICBF, para la atención integral a la primera infancia con énfasis en el desarrollo del sistema de seguimiento niño a niño para garantizar las atenciones priorizadas relacionadas con aseguramiento en salud, vacunación, lactancia materna, controles prenatales, identificación del riesgo a la desnutrición GITANO Durante el año 2025, se registraron avances significativos en la gestión y posicionamiento de la política Rrom gitana, logrando una articulación efectiva con actores sectoriales e intersectoriales que permitió avanzar en el entendimiento de las necesidades de la población étnica a nivel local y distrital. Este esfuerzo se materializó a través de la implementación de asistencias técnicas y procesos de seguimiento que brindaron orientaciones específicas para operativizar acciones enfocadas en el pueblo Rrom gitano. Se participó activamente en espacios estratégicos, incluyendo el equipo funcional de etnias, reuniones de interdependencias y encuentros sectoriales e intersectoriales. Estas actividades promovieron el diálogo y la cooperación para fortalecer la implementación de políticas con enfoque diferencial. Actividades clave realizadas: - Se avanzo en la concertación de 3 productos de PP, logrando así el aval de inicio por parte de la instancia consultiva Rrom gitana de 10 productos de política pública, los productos restantes no han podido ser concertados por solicitudes en la contratación de perfiles específicos por parte del Consejo Consultivo aún cuando la SDS ha demostrado la capacidad técnica para	

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
			- Se estructuró los lineamientos para los equipos operativos de entorno comunitario y se apoyó a los lineamientos del equipo Mas bienestar Rrom gitano, incorporando un enfoque diferencial étnico a partir de la incorporación de actividades como la transmisión de saberes, fortalecimiento interno y acompañamientos solidarios de casos. - Se generaron espacios de visibilizarían y reconocimiento de usos y costumbres entorno al sistema de cuidado propio del pueblo Rrom gitano desde espacios sectoriales e intersectoriales. - Se realizaron aportes a los lineamientos de salud pública del Ministerio de Salud donde se precisa el abordaje étnico diferencial para el pueblo Rrom gitano a partir del reconocimiento de las dinámicas comunitarias. - Se avanzó en la contratación de perfiles con pertenencia Rrom gitano que permitieran la transversalización del enfoque diferencia en la gestión y cumplimiento de los productos de política pública evidenciando su participación en espacios de diseño y gestión. - Se realizaron acciones de seguimiento técnico y acompañamiento para preservar y fortalecer los usos y costumbres asociados a la medicina ancestral del pueblo Rrom gitano. - Se cuenta con el documento de análisis de Modos de vida conceptos de salud y enfermedad y atención integral en salud del pueblo Rrom de Bogotá en clave territorial e intercultural el cual fue construido desde la perspectiva propia del pueblo, así como socializado a la instancia consultiva y posteriormente en socialización amplia de los resultados a comunidad, instituciones y sociedad civil interesada. - Se logró contar a nivel sectorial con información actualizada y culturalmente pertinente en lo correspondiente a lo sociodemográfico de la población Rrom gitana en Bogotá - Se realizaron articulaciones con EAPB's y unidades de atención en el distrito capital para la implementación del enfoque diferencial Rrom gitano.	

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
			- Se generaron espacios comunicativos de visibilizarían de usos y costumbres del pueblo Rrom gitano entorno al cuidado de la salud, principios del Sakono Romano lo cual se evidenció en piezas infográficas y podcast. VEJEZ Se genera un proceso de sinergia entre las secretarias de salud e integración social para crear e implementar el modelo sociosanitario para dar respuesta a las personas mayores en abandono social en las Subredes Integradas de servicios de salud. Frente al proceso de evaluación de la política se participa a nivel distrital para dar a conocer elementos básicos para fortalecimiento de las ejes de la política pública social para el Envejecimiento y la Vejez de Envejecer juntos y juntas donde se hace evidente el proceso intergeneracional con en foque de envejecimiento activo. MIGRANTES - Participación y cumplimiento de compromisos establecidos en el Decreto 600 de 2023, con seguimiento al Plan Distrital de Respuesta y Atención a Flujos Migratorios Mixtos y a la Comisión Distrital Intersectorial (sesiones ordinarias y UTA). Sesiones periódicas de la Mesa Técnica de Salud para la Atención e Integración de Acciones en la Población Migrante (Res. 1225 de 2021) y de la Mesa de Articulación Territorial (Res. 1450 de 2022) para coordinar aseguramiento, canalizaciones y respuesta territorial. - Documento marco final “Mesas Locales Intersectoriales de Migración” y puesta en marcha / instalación de mesas locales, fortaleciendo la articulación intersectorial en territorio. - Ajustes al Plan de Acción de la Política, con ficha de productos y justificaciones de variables (producto 2.2.7 sobre acciones colectivas GSP–PSPIC). - Matrices de seguimiento (20 localidades, actualizadas mensualmente) y matriz de costos de la acción integral	

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
			“Cuidado continuo por una vida con bienestar para la PMI”; elaboración de fichas técnicas para acciones de bienestar. - Actualización del portafolio/oferta de servicios para PMI en situación migratoria irregular con el GIFMM; avance de la estrategia “Salud sin Fronteras” que articula entornos cuidadores. - Boletín epidemiológico de PMI y reporte de servicios para el Portal Bogotá. - Asistencias técnicas sostenidas a delegadas/os de Subredes (GSP–PSPIC), a delegaciones de políticas (Primera Infancia, Juventud, Adultez, Salud Oral, Trabajo, Ruralidad, Familias), y coordinación Nación–Territorio con Minsalud para PMI, refugiada y retornada (abril–noviembre). - Canalización intersectorial a oferta distrital (20 localidades), coordinación con cooperación internacional y respuesta a requerimientos SEGPLAN, POGD, MAITE/RIAS, balances y rendición de cuentas. - Seguimiento mensual a productos de la Política y a la Meta 8 – Migrantes del proyecto 8141, con reporte cualitativo/cuantitativo en GESI–SAC. RURALIDAD - Cumplimiento y participación en instancias y compromisos del CONPES 41 de 2023 y del Consejo Consultivo de Desarrollo Rural (CCDR), con seguimiento al Plan de Acción de la Política y participación en espacios distritales y nacionales sobre ruralidad y población campesina. - Grupo Funcional de Interdependencias de Ruralidad – SDS: sesiones de trabajo, presentación de índices y revisión de avances del Plan de Acción; coordinación de requerimientos SEGPLAN, POGD, MAITE/RIAS, balances y rendición de cuentas. - Armonización Nación–Distrito: acompañamiento a la implementación del Plan Nacional de Salud Rural (Decreto 0351 de 2025) con la Subred Sur–Sumapaz, en el marco de la acción integral de ruralidad. (noviembre). - Lineamientos, fichas y repositorio: socialización de	

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
			lineamientos y ficha técnica para asistencias en Ciudadanías alimentarias, Memoria e Identidad campesina; actualización del repositorio de Política de Ruralidad y construcción/ajuste de fichas técnicas y matrices (costos, metas, talento humano). - Documento operativo y matriz de costos de la acción integral e integrada “Cuidado continuo por una vida con bienestar para la ruralidad de Bogotá” (vigencia GSP–PSPIC 2025–2027), incluyendo territorialización, metas, marcación con metas/proyectos y subactividades de gestión intersectorial. Revisión crítica de indicadores (criterios CREMA) del Plan de Acción 2025 y ajustes técnicos (p. ej. productos 1.1.17 y 1.1.18) con las áreas responsables. - Mesas y articulación territorial (p. ej., Sumapaz) para coordinar acciones intersectoriales orientadas a determinantes sociales de la ruralidad; orientación técnica a equipos de Subredes y entornos cuidadores (laboral) en portafolio intersectorial para ruralidad. - TRI Rural – Usme: reporte del segundo trimestre y adopción de matriz colaborativa para integrar información cualitativa y cuantitativa desde nivel central y Subred. - Seguimiento sistemático a matrices locales (Usme, Ciudad Bolívar, Sumapaz, Chapinero, Usaquén, Santa Fe y Suba), reporte a SEGPLAN (metas 7, 8 y 15 del proyecto 8141) y registro en GESI–SAC. SALUD ORAL Metodología definida: El uso de la metodología Delphi para el consenso de expertos es una metodología clave que permite tener insumos para caracterizar los ejes y el mejor instrumento de acción pública. Articulación Intersectorial: La colaboración con entidades de la sociedad civil y actores comprometidos con la salud oral y salud visual, la academia (universidades con El Bosque y Antonio Nariño) y el equipo técnico de CDEIS ha sido fundamental para el desarrollo del plan de la meta 34. Base documental: revisión documental sobre otras políticas y otras teorías, así como documentos internos	

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
			de metodologías han servido de insumo para el avance en la meta 34. CNARP En el marco de la implementación de las Políticas Públicas para las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, durante la vigencia 2025 se han consolidado acciones estratégicas orientadas a garantizar el enfoque diferencial en salud para las comunidades negras, afrocolombianas y palenqueras del Distrito Capital. Estas acciones responden a los compromisos concertados con la Subcomisión de Salud Afro, ORFA de la comunidad Raizal y el Kuagro Monari Palenque Andi Bakata que buscan fortalecer la inclusión, el reconocimiento cultural y la participación comunitaria en la gestión pública, resaltando: -Fortalecimiento de espacios de participación comunitaria. -Implementación de proyectos productivos y culturales. -Acciones para garantizar las adecuaciones socioculturales en la medicina ancestral -Avances en la inclusión de enfoque étnico en el desarrollo de acciones INDIGENA En el marco del seguimiento de política indígena, se realizaron las siguientes acciones de enero a diciembre 2025: *De manera trimestral se realizó alistamiento, consolidación del reporte e informe de política indígena CONPES 37 de los 11 productos. *Participación e incidencia en los espacios distritales de Consejo Consultivo y de Concertación para los Pueblos Indígenas en Bogotá D.C según lo dicta el decreto 612/2015. *Seguimiento y monitoreo de apoyo técnico a través de Asistencias Técnicas a los contratos administrativos suscritos FFDS junto con Ambiká del PP 1.3.3 (Medicina Ancestral Indígena y Diseño de la	

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
			estrategia), FFDS junto con Ambiká del PP 1.3.5 (documento de caracterización), FFDS junto Muisca Bosa del PP 1,4,3 (Estrategia de usos y costumbres) FFDS junto con Muisca Suba del PP 1.4.15 (Acciones de modelo propio del pueblo). El profesional Luis Rodríguez realiza las concurrentes y seguimiento retrospectivo a los contratos jurídicos con el fin de reconocer el cumplimiento del anexo operativo. *Revisión y aprobación de la matriz 1.2 del equipo facilitador de la SGYEPSP; así mismo, la revisión y aprobación de las matrices locales de SEPLAN de la delegación de la PP de la Subred Centro Oriente. *Participar e incidir en las sesiones y acciones de Comisión de Control Urbano; así mismo, participar de las sesiones de seguimiento en la implementación del acuerdo 37 en el marco del plan parcial Edén el Descanso donde se realiza la socialización por parte de Alcaldía de la Comisión de Control Urbano. *Consolidar y ajustar el informe trimestral de comisión de control urbano en el marco del Plan Parcial Edén el Descanso. *Reuniones sectoriales e intersectoriales con el fin de articular o realizar seguimiento a las acciones indígenas de Wounnan Baud Mos, Guimbales, Embera. *Por parte de la Profesional Sandra Fandiño de la SGYEPSP, se realiza aporte en los seguimeintos y monitoreo realizados por parte de Dedensoria, Contraloría y Personería de un informe de las dinámicas y realidades mensuales de la población Embera residente en Bogotá de la UPI Florida, Rioja, entre otras. Así mismo, apoyar en los retornos o asentamientos en las localidades de Bogotá. POLÍTICA PÚBLICA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL CONSUMO Y LA PREVENCIÓN DE LA VINCULACIÓN A LA OFERTA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN BOGOTÁ D.C. ENERO – DICIEMBRE DE 2025 -Desarrollar la fase II – diagnóstica (agenda pública) de la formulación de la Política Pública de Sustancias	

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
			Psicoactivas de Bogotá D.C. 2026-2035, a partir del diseño de marco conceptual, situacional y normativo y la aplicación de herramientas y métodos de participación ciudadana, logrando la cobertura de más 8.000 ciudadanos en el proceso. -Definir los puntos críticos y el problema público a ser atendido por la Política, en concertación y diálogo ciudadano, en el marco del Consejo Distrital de Estupefacientes. -Acompañar técnica y operativamente la implementación de acciones para la prevención del consumo de SPA con énfasis en niños, niñas, adolescentes y jóvenes en localidades de la ciudad, a partir de los Convenios suscritos entre el FFDS-SISS. -Brindar respuestas a entes de control públicos y políticos y comunidad en general, relacionadas con el avance en la formulación de la Política Pública de Sustancias Psicoactivas de Bogotá D.C. 2026-2035. POLÍTICA DE JUVENTUD Y ADULTEZ Promueve la construcción de aprendizajes significativos mediante el fortalecimiento de capacidades, liderado por la Subdirección de Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública. Se impulsa la articulación intersectorial en el espacio de coordinación de políticas públicas, con el propósito de responder a las necesidades de la población joven y adulta. Esto se logra a través de acciones de bienestar que reconocen y atienden las realidades, situaciones y condiciones que enfrentan las personas jóvenes y adultas en el territorio LGBTI Se mantiene el cumplimiento del plan de acción de la política pública LGBTI, así como la participación activa en las instancias distritales. Se hace el seguimiento operativo a la clínica de género desde la mesa funcional de la secretaria como tema relevante para el año 2025	
Desarrollar el 100% de las acciones establecidas en la	Medición de las acciones establecidas	Monitorear las acciones	Durante la vigencia evaluada se avanzó de manera significativa en el fortalecimiento de la generación y	100,00%

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
vigencia, para el fortalecimiento de la gestión y generación del conocimiento, en el marco de las necesidades y competencias de la Subsecretaría de Salud Pública para contribuir a la meta del Plan de Desarrollo Distrital de Fortalecimiento del Ecosistema Distrital de Ciencia, Tecnología e Innovación,	en la vigencia, para el fortalecimiento de la gestión y generación del conocimiento.	establecidas en la vigencia, para el fortalecimiento de la gestión y generación del conocimiento.	gestión del conocimiento, la ciencia, la tecnología y la innovación en salud pública, mediante la estructuración de la red distrital de investigación, la elaboración del autodiagnóstico de la Política de Gestión del Conocimiento e Innovación, y la articulación con la academia para el desarrollo de propuestas de investigación, pasantías y convenios interinstitucionales. Asimismo, se brindó orientación técnica para la formulación de herramientas de monitoreo de políticas públicas y se impulsaron proyectos estratégicos de investigación, entre ellos iniciativas con enfoque de género, participación social y alianzas internacionales, contribuyendo al desarrollo científico y a la innovación institucional de la Secretaría Distrital de Salud. De igual forma, se fortaleció el Análisis de Situación de Salud mediante la articulación con equipos sociales y territoriales, la identificación de prioridades locales y el seguimiento de indicadores estratégicos. Se dio respuesta oportuna a requerimientos técnicos relacionados con indicadores trazadores, metas del Plan Distrital de Desarrollo y análisis epidemiológicos y espaciales. Se consolidaron líneas de análisis sobre desigualdades en salud, fecundidad y consumo de sustancias psicoactivas en población NNA, y se estructuró el documento “Determinantes sociales de la salud, el bienestar y las desigualdades en Bogotá”, que proporciona evidencia actualizada para orientar la acción intersectorial. Estos avances fortalecen la toma de decisiones informadas y la formulación de políticas públicas basadas en evidencia en el Distrito Capital.	
A 31 de diciembre de 2025 cumplir las acciones establecidas para el mantenimiento y sostenibilidad del SG de la SDS.	Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	Monitorear el avance del SG de la SDS	Durante la vigencia se cumple las acciones establecidas para el mantenimiento y sostenibilidad del SG de la SDS. Se gestiona y se hace monitoreo del desempeño de los procesos. Se gestiona y se actualiza normograma. Se realiza actualización documental, dando cumplimiento a inventario documental. Se actualizan mapas de riesgos y se realiza seguimiento a los mismos. Se garantiza reporte de informe de revisión por la dirección. Se presenta	100,00%

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
			informe de percepción del cliente. Se gestionan acciones de mejora de los procesos asignados a la Dirección. Se desarrollan acciones de MIPG. Se cumple las actividades programadas para la vigencia 2025.	
Realizar las Acciones para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	Ejecutar las actividades para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	Durante la vigencia se desarrollaron las acciones orientadas a la implementación de las políticas de gestión y desempeño de la SDS. Se cumple con la participación de los referentes y la proyección de mapa de riesgos para la Política de Gobierno Digital. Se gestiona el cumplimiento de la política a cabalidad y se gestionan acciones para el cierre de brechas de la política. Se implementa el Modelo Integrado de Planeación y Gestión en la SDS, garantizando la articulación y el avance en los componentes del MIPG. Las actividades ejecutadas permitieron fortalecer la gestión institucional, asegurar el cumplimiento de los lineamientos y consolidar prácticas de seguimiento, actualización y mejora de los procesos. Se garantiza el desarrollo de las actividades programadas para el semestre, evidenciando la gestión continua y el compromiso con la implementación de las políticas de gestión y desempeño.	100,00%
Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	Acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción realizadas	Monitorear Medición de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	Durante la vigencia se desarrollaron las acciones para el avance de los componentes de transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción. Se realiza el monitoreo de las actividades del Programa de Transparencia y Ética Pública, asegurando el seguimiento permanente a los compromisos establecidos. Se publica el informe de acuerdo con el cronograma de actividades, garantizando los estándares de publicación y divulgación de la información de transparencia y acceso a la información pública. Las acciones ejecutadas permitieron fortalecer la gestión institucional, asegurar el cumplimiento de los lineamientos y mantener el desarrollo de actividades programadas para el semestre. Se evidencia el cumplimiento de la meta mediante la gestión continua y el monitoreo de los componentes del programa, consolidando prácticas orientadas a la transparencia,	100,00%

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
			la ética pública y la lucha contra la corrupción.	

CONCLUSIÓN(ES)

La Dirección avanza en procesos estratégicos que aportan información clave para la toma de decisiones, destacándose la realización de las jornadas de epidemiología que permitieron fortalecer competencias y posicionar el papel de la intersectorialidad como transversal para el logro de resultados en salud. Se finalizan estudios de costo efectividad para la introducción de la vacuna de virus sincitial respiratorio, facilitando decisiones técnicas. Los COVECOM se consolidan como espacios de participación social para la identificación y análisis de problemáticas territoriales.

Se reconocen dificultades en la implementación normativa del SISVAN y en la calidad del dato requerido para la caracterización de eventos, así como la necesidad de fortalecer competencias en el talento humano para la atención de eventos transmisibles y mejorar la sistematización de las IEC. En IAAS se mantiene la acción y notificación de eventos, aunque la alta rotación del personal requiere fortalecimiento técnico permanente. En infancia se avanza en acciones estratégicas en vacunación, seguridad alimentaria, prevención de violencias y eventos prioritarios, con necesidad de fortalecer rutas de atención. En vejez y salud oral se cuenta con insumos para analizar el problema público y orientar el instrumento de acción pública. En migrantes se mantiene la gobernanza intersectorial y el despliegue territorial con documentos, fichas y matrices para seguimiento. En ruralidad se avanza en gobernanza, estandarización operativa y articulación Nación–Territorio. En población indígena se consolida seguimiento, orientación técnica y articulación intersectorial. En juventud y adultez se fortalecen capacidades y acciones de bienestar. En el pueblo Rrom gitano se fortalecen intervenciones con enfoque étnico diferencial y articulación intersectorial.

5. DEPENDENCIA: DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
Diseñar e Implementar el Programa de Biovigilancia en la Coordinación Regional No.1 Red de donación y Trasplantes	Programa de Biovigilancia en la Coordinación Regional No.1 Red de donación y Trasplantes diseñado e implementado	"Monitorear la ejecución de las actividades establecidas para el diseño e implementación del Programa de Biovigilancia en la Coordinación Regional No. 1 Red de Donación y Trasplantes	1. Para la vigencia 2025 se logró el cumplimiento de la Meta cumpliendo al 100% las actividades programadas en el plan de acción, adelantando la construcción, del documento técnico del Programa de Biovigilancia de la Coordinación Regional No.1 de la Red de Donación y Trasplantes, alineado con los lineamientos del nivel nacional, el cual fue socializado a 14 los colaboradores de la Coordinación Regional No. 1, adicionalmente se logró la implementación de dicho Programa de Biovigilancia mediante la investigación de los eventos, el análisis técnico y la elaboración de los informes correspondientes de lo casos que presentaron los actores de la Regional No.1, todo esto alineado con lo establecido en el programa. Esto con el fin de garantizar el estricto cumplimiento de los lineamientos nacionales en materia de Biovigilancia mediante una gestión eficiente del equipo interno, estas acciones contribuyeron al fortalecimiento del proceso de biovigilancia, permitiendo mejorar la trazabilidad, la gestión del riesgo y la toma de decisiones informadas en el ámbito de la donación y el trasplante. Como parte del proceso de implementación del Programa de Biovigilancia, se realizó el seguimiento continuo y el acompañamiento técnico a los actores de la Red de Donación y Trasplantes. Esta gestión incluyó la retroalimentación sobre los casos reportados, la elaboración de informes técnicos y la emisión de recomendaciones regionales como acciones de mejora. Estas actividades se desarrollaron hasta el cierre de cada caso, asegurando la trazabilidad del proceso y el cumplimiento de los protocolos establecidos. El objetivo principal fue garantizar la adherencia estricta a los lineamientos nacionales en materia de biovigilancia, mediante una gestión eficiente del equipo interno y el fortalecimiento de capacidades en el nivel regional. En este contexto, se elaboró un informe sobre el avance de la implementación del Programa, el cual incorpora aspectos relacionados con la gestión de casos, la articulación con el Instituto Nacional de Salud, la intensificación del análisis durante el cuarto trimestre de 2025, el cierre técnico de un caso y la identificación de las principales dificultades en la articulación con los actores de la Red.	100,00%

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
Desarrollar estrategias para fortalecer la Modulación a la Gestión Operativa de la Red de Donación y Trasplantes	Porcentaje de avance en el plan de acción para el diseño e implementación de las estrategias para fortalecer la Modulación a la Gestión Operativa de la Red de Donación y Trasplantes	Monitorear la ejecución de las actividades establecidas en el plan de acción para el diseño e implementación de las estrategias para fortalecer la Modulación a la Gestión Operativa de la Red de Donación y Trasplantes	1. Para la vigencia 2025 se logró el cumplimiento de la Meta al 100%, mediante el desarrollo de 70 actividades programadas en el plan de acción, las cuales permitieron disponer de un documento técnico que contiene las estrategias de fortalecimiento de la Modulación de la Gestión Operativa de la Donación las cuales fueron socializadas e implementadas en la Coordinación Regional No.1 Red de Donación y Trasplantes, estrategias que han permitido fortalecer la modulación de la gestión operativa de la donación de órganos y tejidos, dentro de las estrategias implementadas se resaltan: • Asistencias técnicas para el fortalecimiento de las competencias del talento humano involucrado en el proceso. • Identificando de nuevos riesgos y controles en el mapa de riesgos de la Coordinación, Identificación de documentos sensibles • Retroalimentación continua a los colaboradores del grupo de Modulación Operativa de la Donación y definición de acciones de mejoramiento para optimizar el proceso y garantizar el cumplimiento de los lineamientos establecidos. • Revisión y seguimiento al diligenciamiento de Registros para garantizar la calidad y completitud de los datos • Depuración de bases de datos • Actualización Documental actualizando el procedimiento de Modulación de la Gestión Operativa de la Donación y formatos, en articulación con la Dirección de Planeación Institucional y Calidad • Mesa de trabajo con TIC para planeación de diseño, desarrollo e implementación del sistema de información de la Regional, como mecanismo de control y mejora del proceso. • Articulación con Bienes y servicios para análisis de necesidades de controles físicos a la Modulación. • Capacitación a los colaboradores del grupo de Modulación Operativa de la Donación en el Estatuto Anticorrupción y anticorrupción y el manejo de toma de decisiones en entornos de presión y alta carga operativa. • Entrega diaria de jornada por parte del equipo de moduladores, lo que permitió mantener la trazabilidad de las actividades como control. • Desarrollo de acciones para manejo de la confidencialidad de datos • Inducción del talento humano de la Modulación a la Gestión Operativa de la Donación	100,00%

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
Desarrollar e implementar una herramienta tecnologica para la DPSS que compile los datos ferente a la gestión de los diferentes grupos funcionales	Porcentaje de avance en el plan de acción para el desarrollo e implementación de la herramienta tecnologica para la DPSS que compile los datos frente a la gestión de los diferentes grupos funcionales	Monitorear la ejecución de las actividades establecidas en el plan de acción para el desarrollo e implementación de la herramienta tecnologica para la DPSS, que compile los datos frente a la gestión de los diferentes grupos funcionales	Para la vigencia 2025, se avanzó en el cumplimiento de la Meta, cumpliendo al 100% con las actividades programadas para el diseño y puesta en operación de herramienta tecnologica que ha permitido en la Dirección de Provisión de Servicios de Salud disponer de información oportuna relacionada con la gestión de los diferentes grupos funcionales para analizar los avances, logros y resultado, dar respuesta a requerimientos como para la toma de decisiones en los casos que aplique.	100,00%
Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	Monitorear el avance del SG de la SDS	Se diseñó e implementó el Programa de Biovigilancia de la Coordinación Regional No. 1 avanzando en el análisis de casos presentados en los actores de la Regional, alineado con lo establecido en el programa. Se realizó el seguimiento con el fin de garantizar el estricto cumplimiento de los lineamientos nacionales en materia de Biovigilancia mediante una gestión eficiente del equipo interno. Fortalecimiento de la Modulacón de la Gestión Operativa de la Donación de órganos y tejidos con fines de trasplantes mediante la definición e implementación de estrategias. Se diseñó herramienta tecnologica y se puso en operación para consignar datos estadísticos de los diferentes grupos funcionales de la DPSS. Que permitan disponer de datos de gestión de manera oportuna para respuestas frente a solicitudes internas, externas y toma de decisiones. Para el mantenimiento del sistema y acorde a lo definido en el tablero de control, se adelantó la formulación del POGD de la DPSS para la vigencia 2025. Se realizó el reporte del POGD y se elaboró el informe de gestión del POGD. Adicionalmente se definieron los indicadores de los procesos en los que participa la DPSS, a la luz del nuevo mapa de procesos de la SDS. Así mismo se mantuvo la actualización normativa del proceso de GTS; GTC e IVC. Se logró la actualización y migración documental en los procesos	100,00%

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
			de Gestión Social y Territorial en Salud Pública, Inspección Vigilancia y Control y Gestión de Trámites a la Ciudadanía. Se logró el monitoreo y gestión de las acciones para abordar riesgos del Proceso de Provisión de Servicios de Salud. Se logró la definición de las propuestas e iniciativas de mejora en los procesos de la SDS (MOP) en los procesos en los que participa la DPSS y se avanzó en la implementación de las acciones definidas. Por último se logró el seguimiento a las salidas no conformes de los procesos de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud y de los procesos de GTC, GTS e IVC. Fortalecimiento de competencias para el mantenimiento del SGC mediante la participación en los espacios de entrenamiento. Con el fin de realizar las acciones para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS, en el marco de la Política de seguridad de la Información se logró la definición de los activos de información y la construcción del mapa de riesgos de seguridad de la información por parte de la DPSS. Se logró realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción con la formulación del PTEP y la gestión de estadísticas para su publicación en Saludata y Datos abiertos Bogotá	
Realizar las Acciones para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	Ejecutar las actividades para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	Con el fin de realizar las acciones para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS, en lo relacionado con la Política de Seguridad Digital, se realizó la identificación y actualización de los activos de información de la DPSS y se avanzó en la identificación de riesgos de los activos de información de los diferentes grupos funcionales. Se reporta participación en reuniones realizadas por el referente de seguridad de la información de Planeación Institucional y en talleres de evaluación de riesgos para la seguridad de la información. En el análisis de la meta se indica que se avanzó en el cumplimiento de la meta, cumpliendo con lo programado en lo relacionado con la seguridad de la información.	100,00%

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	Acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción realizadas	Monitorear Medición de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	Se gestionó y monitoreó el Programa de Transparencia y Ética Pública, incluyendo la formulación del PTEP acorde a lineamientos de Planeación Institucional y Calidad en lo de responsabilidad de la DPSS, así como el reporte de monitoreo de actividades. De manera complementaria, se adelantó el cumplimiento de los estándares de publicación y divulgación de la información de transparencia y acceso a la información pública, mediante la gestión de estadísticas para su publicación en Saludata y Datos abiertos Bogotá. En el análisis de la meta se señala que se avanzó en el cumplimiento de la meta, cumpliendo con lo programado en los componentes de transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción en lo relacionado con el PTEP y Datos abiertos.	100,00%

CONCLUSIÓN(ES)

Se diseñó e implementó el Programa de Biovigilancia de la Coordinación Regional No.1, avanzando en el análisis de casos presentados en los actores de la Regional, alineado con lo establecido en el programa, realizando el seguimiento, con el fin de garantizar el estricto cumplimiento de los lineamientos nacionales en materia de Biovigilancia mediante una gestión eficiente del equipo interno.

En el marco del fortalecimiento institucional, se adelantó el fortalecimiento de la Modulación de la Gestión Operativa de la Donación de órganos y tejidos con fines de trasplantes mediante la definición implementación de estrategias. Así mismo, se diseñó Herramienta tecnológica y se puso en operación para consignar datos estadísticos de los diferentes grupos funcionales de la DPSS que permitan disponer de datos de gestión de manera oportuna para respuestas frente a solicitudes internas, externas y toma de decisiones.

Para el mantenimiento del sistema y acorde a lo definido en el tablero de control, se adelantó la formulación del POGD de la DPSS y se realizó el reporte del POGD y se elaboró el Informe de gestión del POGD. Adicionalmente se definieron los indicadores de los procesos de Gestión Social y Territorial en Salud Pública, IVC y se generó el reporte en los que participa la DPSS, a la luz del nuevo mapa de procesos de la SDS; así mismo se mantuvo la actualización normativa del proceso de GTS; GTC e IVC. Se logró la actualización y migración documental en los procesos, se logró el monitoreo y gestión de las acciones para abordar riesgos del Proceso de Provisión de Servicios de Salud, se logró la definición de las propuestas e iniciativas de mejora en los procesos de la SDS (MOP) y se avanzó en la implementación de las acciones definidas; por último se logró el seguimiento a las salidas no conformes de los procesos.

Finalmente, se fortalecieron competencias para el mantenimiento del SGC mediante la participación en los espacios de entrenamiento, y con el fin de realizar las Acciones para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS, en el marco de la Política de seguridad de la Información se logró la definición de los activos de información y la construcción del mapa de riesgos de seguridad de la información por parte de la DPSS. Se logró realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción con el reporte de monitoreo de las actividades del PTEP y con la Gestión de las estadísticas para su publicación en Saludata y Datos abiertos Bogotá.

6. DEPENDENCIA: DIRECCION DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y DESASTRES

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta
Mantenimiento de la respuesta en la gestión del riesgo frente a emergencias y desastres y enfermedades emergentes y reemergentes a través del fortalecimiento de capacidades en el Distrito Capital	Porcentaje de avance en la ejecución de las actividades de Gestion del Riesgo	Monitorear el avance en la ejecución de las actividades de Gestion del Riesgo	A lo largo del año, la gestión del riesgo se fortaleció mediante la articulación permanente entre actores del sector salud, la actualización y elaboración continua de planes para enfrentar diversas amenazas y la asesoría técnica a instituciones públicas y privadas en la preparación y respuesta a emergencias. Se desarrollaron mesas de trabajo, ejercicios de simulación y acompañamientos que reforzaron la cultura de prevención y la capacidad de reacción del sistema sanitario. De forma paralela, la formación a la comunidad y a los equipos misionales se consolidó como un eje clave, incluyendo procesos presenciales y virtuales orientados al fortalecimiento de competencias en atención inicial, gestión de emergencias y salud mental. La participación activa en instancias de coordinación distrital permitió mantener una respuesta oportuna frente a situaciones críticas, así como gestionar recursos estratégicos y realizar seguimiento a los componentes de Misión Médica. Aunque se presentaron retos derivados de actualizaciones normativas y cambios estructurales del modelo de salud, se avanzó en la documentación y estandarización de procedimientos. En conjunto, la meta se cumplió a través de un trabajo continuo, articulado y orientado a mejorar la preparación y la capacidad operativa del Distrito.
Mantenimiento de la respuesta del Centro Regulador de Urgencias ante la gestión a los incidentes relacionados con las urgencias, emergencias y desastres en salud	Porcentaje de avance en la ejecución de las actividades del Centro Regulador de Urgencias	Monitorear el avance en la ejecución de las actividades del Centro Regulador de Urgencias	El CRUE mantuvo durante el año una operación constante, garantizando la atención oportuna de todos los incidentes remitidos desde los canales de emergencia y coordinando de manera eficiente la respuesta del sistema de salud frente a urgencias, emergencias y desastres. El equipo técnico realizó acompañamiento continuo a los servicios de urgencias de diferentes instituciones, con énfasis en la gestión de referencias, el monitoreo de la capacidad hospitalaria y el apoyo directo a los casos que requerían intervención inmediata. La regulación médica se consolidó como un proceso articulador, permitiendo orientar la atención según la prioridad clínica y coordinar acciones entre prestadores y administradores de servicios. Adicionalmente, se ejecutaron actividades de vigilancia a los prestadores de servicios prehospitalarios, garantizando el cumplimiento de los estándares operativos y fortaleciendo los mecanismos de control institucional. El proceso de referencia y contrarreferencia logró mantener la coordinación necesaria para ubicar a los pacientes en los centros asistenciales más adecuados, incluso en situaciones complejas del sistema. La gestión de riesgos operativos se abordó mediante autoevaluaciones y acciones de mejora continua, reforzando la transparencia y la consistencia en la toma de decisiones. En síntesis, el CRUE sostuvo una respuesta sólida, articulada y eficiente, consolidándose como el eje central de la atención en urgencias en el Distrito.

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta
Mantenimiento y sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	Monitorear el avance del SG de la SDS	Para la vigencia 2025, se desarrollaron actividades orientadas al seguimiento, monitoreo y reporte del POGD, garantizando la coherencia entre la planeación operativa, las acciones ejecutadas y los objetivos estratégicos institucionales, mediante el uso de instrumentos oficiales y repositorios documentales definidos por la SDS. La actualización de indicadores de gestión, normograma, mapa de riesgos, planes de mejora y documentación del proceso permitió fortalecer el control interno, la gestión preventiva de riesgos y la mejora continua, en concordancia con los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG y del Sistema de Gestión de la Calidad. Aunque algunas actividades no se encontraban programadas para determinados trimestres del semestre, las acciones ejecutadas aportaron a la sostenibilidad del Sistema de Gestión, evidenciando avances en la madurez institucional y en la apropiación de la cultura de mejoramiento continuo en la Dirección.
Implementación de las políticas de gestión y desempeño.	Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	Ejecutar las actividades para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	Para la vigencia 2025, la Dirección adelantó acciones orientadas a la implementación y fortalecimiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, participando en instancias institucionales y reportando la información correspondiente conforme a los lineamientos definidos por la Secretaría Distrital de Salud. Si bien algunas actividades relacionadas con políticas específicas, como seguridad digital, no fueron programadas o no aplicaron para la Dirección durante el periodo, se garantizó el cumplimiento de las responsabilidades asignadas, fortaleciendo la articulación interdependencias y la coherencia del modelo institucional. El avance en esta meta refleja un cumplimiento focalizado y acorde con el ámbito de competencia de la Dirección, permitiendo concentrar esfuerzos en las políticas de gestión y desempeño de mayor impacto para el fortalecimiento de la gestión institucional durante el periodo.
Medición de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	Acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción realizadas	Monitorear Medición de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	Para la vigencia 2025, la Dirección adelantó acciones orientadas a la implementación, seguimiento y monitoreo del Programa de Transparencia y Ética Pública, mediante la formulación y ejecución de actividades programadas, incluyendo la actualización y reporte del mapa de riesgos del proceso, contribuyendo al fortalecimiento de la gestión preventiva frente a posibles riesgos de corrupción. En el marco del cumplimiento de los estándares de transparencia y acceso a la información pública, se garantizó la publicación periódica de información y datos abiertos correspondientes a los meses del semestre, en concordancia con los tiempos y lineamientos establecidos en la normatividad vigente y en el Plan de Transparencia institucional, facilitando el acceso oportuno a la información por parte de la ciudadanía. Las acciones desarrolladas durante el periodo permitieron fortalecer la cultura de la transparencia, la rendición de cuentas y la ética pública al interior del proceso; no obstante, se identifican oportunidades de mejora relacionadas con la planificación anticipada de algunas actividades, la consolidación de evidencias y el seguimiento sistemático a los compromisos del Programa, aspectos que serán fortalecidos en los siguientes

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta
			periodos.

CONCLUSIÓN(ES)

Para la vigencia 2025, la Dirección evidenció un desempeño favorable en el cumplimiento de sus funciones misionales, reflejado en la ejecución de acciones orientadas a la gestión del riesgo en emergencias y desastres, la regulación de urgencias a través del CRUE y el fortalecimiento de capacidades institucionales, garantizando una respuesta oportuna y articulada frente a escenarios de alta demanda operativa en el Distrito Capital.

Los resultados alcanzados durante el periodo permiten concluir que la articulación interinstitucional, la participación activa en instancias de coordinación y el acompañamiento técnico a los diferentes actores del sistema de salud contribuyeron al fortalecimiento de la capacidad de respuesta y a la continuidad de la atención en salud.

Sin embargo, se identificaron limitaciones asociadas a la consolidación, interoperabilidad y disponibilidad de información, especialmente derivadas de procesos de actualización tecnológica, que impactaron parcialmente el nivel de cumplimiento de algunas actividades.

En relación con el Sistema de Gestión, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, la transparencia y la mejora continua, se evidenció un avance sostenido en la actualización de instrumentos de gestión, indicadores, normograma, mapa de riesgos y planes de mejora, lo que contribuyó al fortalecimiento del control interno, la gestión preventiva de riesgos y la cultura organizacional orientada al mejoramiento continuo.

Las acciones desarrolladas en materia de transparencia, acceso a la información pública y ética, incluyendo la implementación del Programa de Transparencia y Ética Pública y la publicación de información y datos abiertos, aportaron al fortalecimiento de la rendición de cuentas y la confianza ciudadana; no obstante, se identifican oportunidades de mejora relacionadas con la planeación anticipada, el seguimiento sistemático y la consolidación de evidencias de las actividades programadas.

En conclusión, la Dirección cuenta con capacidades técnicas, operativas y administrativas consolidadas que le permiten cumplir de manera eficiente con las responsabilidades asignadas; no obstante, se hace necesario continuar fortaleciendo la planeación operativa, la estandarización de procesos, el uso estratégico de los sistemas de información y el seguimiento integral a las metas, con el fin de avanzar hacia un mayor nivel de cumplimiento y desempeño institucional en las siguientes vigencias.

7. DEPENDENCIA: DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
Prestar los servicios administrativos de la Dirección Administrativa - Subdirección de Bienes y Servicios	Servicios administrativos de la Dirección Administrativa - Subdirección de Bienes y Servicios Prestados	Realizar el seguimiento a los servicios administrativos que presta la Dirección Administrativa - Bienes y Servicios	Durante el periodo se desarrollaron acciones operativas y de soporte para garantizar la prestación continua de los servicios administrativos. Se gestionaron actividades del almacén relacionadas con el control de inventarios, movimientos de ingreso y egreso, reintegros y bajas, manteniendo el registro y la trazabilidad de los bienes. En vigilancia y seguridad se atendieron novedades de control de acceso, se realizaron mantenimientos correctivos a los sistemas asociados y se sostuvo la operación de seguridad en las sedes, incluyendo el apoyo de medios tecnológicos y rutinas de mantenimiento. En transporte se atendieron requerimientos de movilidad institucional, se fortaleció la programación de rutas compartidas para optimizar el servicio y se impulsó el uso de solicitudes digitales como práctica de austeridad y reducción del consumo de papel; adicionalmente se gestionaron mantenimientos preventivos y correctivos de la flota, con inspecciones y controles acordes con lineamientos de seguridad vial. De forma complementaria, se adelantaron trámites administrativos para contratación de personal y se efectuó seguimiento a comodatos, consolidando una operación administrativa estable y sostenida a lo largo del trimestre.	97,00%
Realizar las gestiones para la actualización de los bienes que conforman la propiedad, planta y equipo de la entidad	Actividades de elementos en servicio gestionadas	Realizar el seguimiento a las actividades necesarias para la gestión de los elementos en servicios	En el periodo se mantuvo la gestión de actualización de la información de bienes en servicio mediante atención oportuna de requerimientos asociados a cartera, paz y salvos, reintegros, traslados y autorizaciones de salida. La dinámica de trabajo se enfocó en sostener la continuidad del trámite y la respuesta a solicitudes, procurando estandarizar la gestión y ajustar formas de atención que aporten a prácticas institucionales de reducción de papel. En general, la meta refleja una operación constante orientada a mantener actualizada la información de los bienes y a asegurar la consistencia administrativa de los movimientos y registros que soportan la gestión	100,00%

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS de la DA.	Acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS realizadas	Monitorear el avance del SG de la SDS	patrimonial. Se ejecutaron actividades de seguimiento y control del proceso, incluyendo acciones asociadas al reporte de gestión y la actualización normativa aplicable. Se avanzó en la gestión documental mediante actualizaciones y ajustes a matrices e inventarios, y en administración del riesgo se realizó seguimiento a iniciativas definidas en herramientas estratégicas, se actualizó el mapa de riesgos con nuevos formatos institucionales y se remitieron insumos de autoevaluación e informe de riesgos y controles conforme a las actividades del tablero de control. En mejora continua se registraron acciones de cierre de hallazgos y reporte de salidas no conformes; adicionalmente, se participó en actividades de entrenamiento programadas. Se evidencia que algunas actividades no se desarrollaron en el trimestre por no estar previstas para este corte, y se registraron reprogramaciones puntuales en temas como percepción del cliente y actualización documental; asimismo, se presentaron momentos sin avance en actividades específicas de simplificación o sistematización de procesos. En conjunto, la meta muestra una ejecución sostenida con ajustes de programación durante el periodo.	92,86%
Realizar las Acciones para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	Acciones para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS realizadas	Monitorear el avance de las políticas del MIPG	En el periodo se desarrollaron acciones vinculadas a la implementación y seguimiento de políticas institucionales, con énfasis en actividades de gestión documental, recepción y radicación de correspondencia, seguimiento a sistemas asociados, actualización y aplicación de instrumentos archivísticos y acciones de conservación. En gestión ambiental se ejecutaron actividades del plan de acción, incluyendo seguimientos operativos, jornadas y verificaciones, así como divulgaciones para fortalecer prácticas ambientales; adicionalmente se mantuvo la articulación con actores relacionados con reciclaje y se realizó control de la gestión del material aprovechable. En seguridad digital se avanzó en la actualización de la matriz de riesgos y acciones asociadas a la administración del riesgo de seguridad de la	100,00%

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
			información. Por último, se realizó el reporte de indicadores asociados a las políticas y la participación en espacios institucionales de gestión y desempeño. En general, la meta presenta un comportamiento estable y continuo, con desarrollo regular de las acciones previstas.	
Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción (DA)	Acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción realizadas	Monitorear Medición de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	Durante el trimestre se adelantaron acciones de seguimiento e implementación de actividades asociadas al programa de transparencia y ética pública, incluyendo el monitoreo de avances y la consolidación de actividades a cargo del proceso. Asimismo, se gestionó la publicación y divulgación de información requerida en los medios institucionales, atendiendo los tiempos y lineamientos establecidos. Se registra que algunas actividades no correspondían a programación del trimestre, mientras que las acciones operativas previstas para el corte se mantuvieron en ejecución y seguimiento, sosteniendo el cumplimiento de los componentes de transparencia y acceso a la información durante el periodo.	100,00%
Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	Acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS realizadas	Monitorear el avance del SG de la SDS	Se desarrollaron las actividades necesarias para mantener el sistema de gestión funcionando de manera estable. Se gestionaron y monitorearon los procesos, se realizaron las actualizaciones normativas requeridas y se avanzó en la administración documental del proceso. También se efectuó seguimiento a los riesgos, incluyendo el análisis de contexto, la actualización del mapa de riesgos y la elaboración de autoevaluaciones e informes asociados. Se ejecutaron actividades de mejora continua, como la gestión de planes, atención de salidas no conformes y participación en acciones de simplificación o sistematización. Además, se llevaron a cabo ejercicios de percepción del cliente y se participó en jornadas de entrenamiento institucional. En general, la meta presenta un cumplimiento constante, con un desarrollo estable de todas las actividades previstas para el trimestre y sin registrar obstáculos que afectaran su ejecución.	99,90%

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
Realizar las Acciones para la Implementación de Política de Compras y Contratación Pública	Acciones para el cumplimiento de la Política de Compras y Contratación Pública	A 31 de diciembre de 2023 cumplir con las acciones para el cumplimiento de la Política de Compras y Contratación Pública	Se gestionaron todas las actividades asociadas a la política de compras y contratación pública. Se atendieron las solicitudes de contratación, novedades contractuales, liquidaciones, pérdidas de competencia y certificaciones, manteniendo una operación continua y articulada. Se realizaron actividades de capacitación dirigidas a supervisores y referentes de contratos, fortaleciendo la comprensión y aplicación de la normatividad contractual. También se adelantaron acciones para implementar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, incluyendo seguimiento y reporte de indicadores, así como la participación en espacios institucionales de gestión. El comportamiento de la meta fue consistente y se evidencia una ejecución completa y estable de las actividades programadas.	100,00%
Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción	Acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción realizadas	Monitorear Medición de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	Se ejecutaron las acciones previstas para garantizar el cumplimiento de los componentes de transparencia. Esto incluyó la formulación y ajuste del plan correspondiente, el desarrollo de actividades asociadas al Programa de Transparencia y Ética Pública, y la implementación de acciones orientadas a su monitoreo. Se participó en los procesos institucionales para diseño y validación del plan de transparencia y se gestionó la publicación oportuna de la información en los canales establecidos, conforme a los tiempos definidos. Las acciones se desarrollaron de manera fluida y continua, manteniendo una ejecución estable y sin evidenciar dificultades que afectaran su cumplimiento.	100,00%

CONCLUSIÓN(ES)

Se logra la gestión y ejecución de las metas establecidas en su totalidad, con gestión y monitoreo del desempeño de los procesos, acciones que contribuyeron a la política de mejora normativa, gestión de la documentación del sistema de gestión de la SDS, gestión de los riesgos del proceso, gestión del informe de revisión por la dirección, análisis de la percepción del cliente y gestión de la mejora continua de los procesos; los componentes del Programa de Transparencia y Etica Publica se gestionaron y monitorearon y los estándares de publicación y divulgación de la información de transparencia y acceso a la información pública se cumplieron; por temas relacionados con los proceso precontractual y demoras en los trámites de contratación se hizo necesario reprogramar actividades correspondientes al mantenimiento de la infraestructura física y los equipos de operación crítica y de apoyo, a cargo del proceso, y con el fin de contribuir con el cumplimiento de la Política de Cero Papel, se realiza el ajuste a la diferentes formar que se pueden implementar para tramitar los requerimientos relacionados con los Bienes Muebles e Inmuebles.

8. DEPENDENCIA: DIRECCIÓN FINANCIERA

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
Garantizar la gestión presupuestal, contable y Tesoral con el objetivo de tener información eficiente y eficaz para la toma de decisiones por parte de la alta dirección	Respuesta oportuna a las solicitudes de trámite presupuestal.	Medir la respuesta a solicitudes de Certificados de Disponibilidad Presupuestal y de Certificados de Registros Presupuestales presentados en la entidad.	Las acciones implementadas permitieron fortalecer de manera integral la gestión financiera, contable y presupuestal de la entidad, asegurando la razonabilidad y confiabilidad de la información financiera. El seguimiento permanente a la ejecución del presupuesto, la adecuada gestión de los ingresos y la oportunidad en los trámites de pago contribuyeron al cumplimiento de los compromisos institucionales. Asimismo, las conciliaciones, depuraciones y análisis periódicos realizados garantizaron el control efectivo de los recursos y el cumplimiento oportuno de los reportes e informes exigidos por los entes internos y externos.	100,00%
Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	Monitorear el avance del SG de la SDS	La gestión desarrollada permitió fortalecer el desempeño de los procesos institucionales mediante el monitoreo de indicadores, la actualización normativa y la adecuada gestión documental. El seguimiento a los riesgos y la actualización de mapas y autoevaluaciones contribuyeron al control y mejora del proceso. Asimismo, el análisis de la percepción del cliente y la gestión de planes de mejora impulsaron la mejora continua y el cumplimiento de los requisitos del SGC. Finalmente, la asistencia técnica y las acciones de capacitación reforzaron la cultura organizacional y la consolidación del MIPG y el Sistema de Gestión de la Calidad.	100,00%
Realizar las Acciones para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS	Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	Ejecutar las actividades para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	Se desarrollaron acciones orientadas al cumplimiento de las Políticas de Gestión y Desempeño de la Secretaría Distrital de Salud, con énfasis en la seguridad de la información y la planeación institucional. La evaluación y tratamiento de los riesgos de seguridad permitió fortalecer el control y desempeño de la gestión de la información. Asimismo, la implementación de reportes de indicadores de las políticas de gestión contribuyó al seguimiento efectivo y a la toma de decisiones. Estas acciones permitieron	100,00%

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
			alcanzar el avance programado de la meta y asegurar su cumplimiento conforme a lo establecido.	
Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	Acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción realizadas	Monitorear Medición de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	Las acciones ejecutadas permitieron fortalecer el desarrollo de los componentes de transparencia, acceso a la información y ética pública en la entidad. La implementación de las acciones del Programa de Transparencia y Ética Pública, junto con la gestión oportuna de la publicación de información conforme a la normatividad vigente, contribuyeron al cumplimiento de los estándares de transparencia. Estas actividades favorecieron el acceso efectivo a la información pública, la prevención de riesgos de corrupción y el logro del avance programado de la meta, garantizando su cumplimiento en su totalidad.	100,00%

CONCLUSIÓN(ES)

Garantizar la gestión presupuestal, contable y Tesoral con el objetivo de tener información eficiente y eficaz para la toma de decisiones por parte de la alta dirección, mediante conciliaciones internas y externas, acciones administrativas y contables que permitan la depuración contable, acciones periódicas de seguimiento y reporte de saldos, trámite oportuno de Certificados de Disponibilidad Presupuestal y Certificados de Registros Presupuestales, conciliaciones bancarias y depuraciones, análisis del comportamiento del recaudo de los ingresos y de su proyección, seguimientos a las actuaciones jurídicas adelantadas dentro del proceso de cobro coactivo y el recaudo generado, envíos de la totalidad de las ordenes de pagos y su respectivo seguimiento, consolidar, hacer seguimiento y generar alertas frente a la programación y Ejecución del Programa Anual de Caja, y seguimiento al cronograma de reportes de la Dirección Financiera. Se realiza el Reporte POGD, se reportan de los indicadores de gestión de los procesos de la SDS, se realiza la actualización de la normatividad, se actualiza la Gestión Documental del proceso, se efectúa seguimiento de las acciones, iniciativas y estrategias del DOFA, se actualiza el Mapa de Riesgos, se realiza la autoevaluación e informe de la gestión de riesgos y controles, se diligencia y remite la información que se requiere para el informe de revisión por la dirección, se realiza el ejercicio de percepción del cliente del proceso, se gestionan los planes de mejora del proceso, se participa en las actividades para la auditoria de seguimiento de la certificación del SGC de la SDS, se actualizan los procesos y procedimientos de la Dirección Financiera y se participa en las acciones de entrenamiento; se evalúan los riesgos de seguridad de la información, se tratan los Riesgos de Seguridad de la Información, se mide el desempeño de la seguridad y efectuar el reporte de los Indicadores de las Políticas de Gestión y Desempeño, se implementa las acciones del PTEP y se gestiona la publicación de los documentos del plan de transparencia según los tiempos establecidos en la normatividad vigente, así como los definidos en el plan de trabajo mismo.

9. DEPENDENCIA: DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	Monitorear el avance del SG de la SDS	1. Durante la vigencia 2025, el proceso alcanzó un avance consolidado del 99,8% sobre el total de acciones programadas, evidenciando un desempeño altamente positivo en la implementación de medidas orientadas al mantenimiento, sostenibilidad y fortalecimiento del Sistema de Gestión de la SDS. "2. Aspectos positivos: - Las acciones ejecutadas se encuentran claramente alineadas con los objetivos del Sistema de Gestión. - Se evidencia el uso efectivo de las herramientas institucionales por parte del proceso, como ISOLUCIÓN, para la gestión documental, el seguimiento de planes de mejora y la trazabilidad de las acciones implementadas. - Las actividades desarrolladas responden a los lineamientos estratégicos, institucionales y de mejora continua, fortaleciendo la cultura organizacional basada en la gestión por procesos." "3. Aspectos a mejorar: Definir y aplicar estrategias de recuperación para la actividad con menor nivel de avance, asegurando su cumplimiento y eficacia. Revisar y ajustar la programación semestral en función de prioridades emergentes, con el fin de minimizar desvíos respecto a la planificación inicial." "4. Conclusión General de la Meta: El avance de la meta evidencia un cumplimiento alto (99,8%) respecto a lo programado, lo cual indica una gestión favorable del Sistema de Gestión de la SDS durante la vigencia 2025. Se proyecta un seguimiento riguroso a la actividad pendiente por eficacia de la acción de mejora No. 3460."	99,83%

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
Realizar las Acciones para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	Ejecutar las actividades para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	"1. Descripción general del avance: Durante la vigencia 2025, la Dirección de Gestión del Talento Humano alcanzó un cumplimiento del 100% de las actividades programadas para la implementación de la política de gestión y desempeño, evidenciando una ejecución coherente y alineada con la planeación institucional. El avance logrado refleja la implementación efectiva de políticas estratégicas clave, incluyendo la Política de Gestión Estratégica del Talento Humano, la Política de Integridad, la Política de Seguridad de la Información, así como la participación activa en los espacios de seguimiento y evaluación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG)." "2. Aspectos positivos: Cumplimiento técnico y oportuno: Las actividades se ejecutaron con rigor técnico y dentro de los tiempos establecidos, respaldadas por evidencias claras. Articulación: La participación en comités, el trabajo con el equipo de gestores de integridad y la coordinación con la Subsecretaría Corporativa y otras dependencias fortalecieron la integración con áreas clave. Enfoque en el bienestar y desarrollo del talento humano: Las acciones implementadas promovieron el bienestar, el reconocimiento y el desarrollo de capacidades del personal. Fortalecimiento de la cultura organizacional: Las intervenciones en clima, cultura e integridad impactaron positivamente en la motivación, el compromiso y la cohesión del equipo de trabajo." "3. Conclusión general de la meta: El cumplimiento del 100% de la meta durante 2025 evidencia un avance destacado en la implementación de las políticas de gestión y desempeño, con resultados concretos en la gestión del talento humano, la promoción de la integridad institucional, la seguridad de la información y la articulación con el sistema de gestión institucional. La Dirección de Gestión del Talento Humano ha demostrado un sólido compromiso con los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), contribuyendo al fortalecimiento de la gestión pública y al logro de los objetivos estratégicos de la Secretaría Distrital de Salud."	99,60%

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	Acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción realizadas	Monitorear Medición de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	"1. Descripción general del avance: Durante la vigencia 2025, se lograron avances significativos en la gestión y monitoreo de los componentes asignados al Programa de Transparencia y Ética Pública. Se cumplieron los estándares de publicación y divulgación de información pública, garantizando la disponibilidad oportuna de documentos en los medios institucionales, especialmente en la página web de la SDS. Estos esfuerzos permitieron alcanzar un 100% del cumplimiento total de la meta programada." "2. Aspectos positivos: La formulación técnica y participativa de los componentes del Programa de Transparencia y Ética Pública permitió disponer de insumos validados y documentados, fortaleciendo la rendición de cuentas. El seguimiento continuo y la articulación con otros actores institucionales evidencian un compromiso sólido con la transparencia y la ética pública. La publicación oportuna de documentos en los canales oficiales garantizó el derecho ciudadano al acceso a la información. El cumplimiento del 100% de la meta programada refleja una gestión eficiente y alineada con la normatividad vigente." "3. Conclusión general de la meta: La Dirección de Gestión del Talento Humano alcanzó exitosamente los objetivos de la meta relacionada con transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción durante 2025. La implementación efectiva de las acciones planificadas y la adecuada coordinación institucional permitieron cumplir plenamente con los compromisos establecidos, fortaleciendo la gestión ética y transparente y garantizando el derecho de los ciudadanos a acceder a la información pública."	100,00%

CONCLUSIÓN(ES)

1. Cumplimiento general positivo:

La Dirección de Gestión del Talento Humano logró avances significativos en el cumplimiento de las metas del Plan Operativo de Gestión y Desempeño, alcanzando altos niveles de cumplimiento en las tres metas principales: mantenimiento del Sistema de Gestión (95%), implementación de políticas de gestión y desempeño (100%) y desarrollo de componentes de transparencia y lucha contra la corrupción (100%)."

2. Fortalecimiento de la gestión y monitoreo:

Se evidenció un fortalecimiento de la capacidad de gestión, monitoreo y evaluación de los procesos, respaldado por la formulación y seguimiento de planes operativos, el uso de herramientas institucionales como ISOLUCIÓN y el cumplimiento riguroso de normativas y políticas. Esto ha facilitado la toma de decisiones basada en resultados y ha impulsado la mejora continua del proceso."

3. Articulación estratégica y cultura organizacional:

Las actividades desarrolladas se han alineado con los objetivos estratégicos institucionales, promoviendo la simplificación y modernización de procesos, el desarrollo del talento humano, la integridad y una cultura ética. La participación activa en comités y grupos de trabajo ha fortalecido la coordinación institucional e interinstitucional, contribuyendo al fortalecimiento de la cultura organizacional."

4. Dificultades y áreas de mejora:

Se identificaron retos en el avance de algunas actividades, especialmente en la gestión documental, donde la atención prioritaria a documentos no contemplados inicialmente afectó la programación. Además, 1 actividad en ejecución de la acción de mejora pendiente de cierre definitivo. Estas situaciones evidencian la necesidad de seguir fortaleciendo los mecanismos de planificación, ejecución, seguimiento y recuperación para asegurar el cumplimiento total de las metas.

10. DEPENDENCIA: DIRECCIÓN DE TIC

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	Monitorear el avance del SG de la SDS	1. Se logró alcanzar el 99,95 % de cumplimiento; no se alcanzó la totalidad (100 %) debido a la no participación en el evento de empellicate con el control. No obstante, con la magnitud alcanzada se fortalecen las acciones definidas para el mantenimiento y la sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS, en el proceso de Gestión de TIC. 2. Las actividades fueron ejecutadas conforme a lo planificado, permitiendo consolidar los avances necesarios en materia de sostenibilidad del sistema de gestión institucional. 3. El cumplimiento de la meta semestral refleja un compromiso efectivo con la mejora continua y con el fortalecimiento del modelo de gestión en la Dirección TIC.	99,95%
Realizar las Acciones para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	Ejecutar las actividades para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	"1. La meta "Realizar las acciones para la implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS", en términos generales, la meta presenta un alto nivel de avance, cercano al cumplimiento total de lo programado, con desviaciones menores concentradas en aspectos relacionados con gobernanza digital, medición del desempeño en seguridad digital e innovación pública. Los resultados obtenidos permiten identificar oportunidades claras de mejora para el siguiente periodo, orientadas a: Fortalecer la implementación del modelo de gobierno digital. Acelerar las acciones de innovación pública digital. Cerrar las brechas identificadas en los controles de seguridad digital. La ejecución alcanzada constituye una base sólida para la continuidad y sostenibilidad de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS, permitiendo orientar acciones correctivas y de fortalecimiento institucional." 2. En gestionar las acciones para el cumplimiento de la Política de Seguridad Digital, esta actividad alcanzó una magnitud de 24,8 %, frente al 25 % programado.	96,88%

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
			La diferencia se explica porque, al medir el desempeño en seguridad digital, se evidenció el incumplimiento de tres (3) controles de un total de sesenta y cinco (65) revisados. Si bien el nivel de avance es alto, este resultado refleja la necesidad de fortalecer acciones correctivas y de mejora continua para lograr el cumplimiento integral de los controles establecidos, especialmente aquellos asociados a la medición y aseguramiento del desempeño en seguridad de la información. 3. En gestionar las acciones para el cumplimiento de la Política de Gobierno Digital, la actividad alcanzó una magnitud de 24,5 %, frente al 25 % programado. Este comportamiento obedece a que no se presentaron avances en la implementación del modelo de gobierno, conforme a lo previsto en la programación del periodo. No obstante, se evidencian avances en otros componentes de la Política de Gobierno Digital; sin embargo, el rezago en la adopción del modelo de gobierno impactó directamente el nivel de cumplimiento de la actividad. 4. En gestionar las acciones para el cierre de brechas de la Política de Gobierno Digital y Seguridad Digital, esta actividad alcanzó una magnitud de 23 %, frente al 25 % programado. El resultado se debe a que no se evidenciaron avances en iniciativas de innovación pública, ni en la implementación del modelo de gobierno, elementos clave para el cierre de brechas identificadas en ambas políticas. Este comportamiento evidencia la necesidad de priorizar y articular acciones de innovación y gobernanza digital, con el fin de acelerar el cierre de brechas y fortalecer la madurez institucional en estos frentes.	
Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	Acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción realizadas	Monitorear Medición de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	1. Se avanzó de manera significativa alcanzando la magnitud programada del 100% en el cumplimiento de los componentes establecidos en el Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP), así como en los compromisos institucionales de publicación y divulgación de la información pública. 2. Gestión articulada desde el enfoque TIC, orientada a fortalecer el acceso a información oportuna, clara y	100,00%

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
Realizar la gestión de los requerimientos allegados a la Dirección.	Porcentaje cumplimiento de cronogramas de requerimientos	Monitorear el cumplimiento de las actividades establecidas para la entrega de requerimientos y definidas en los cronogramas individuales.	actualizada para la ciudadanía. 1. La gestión realizada contribuyó de manera efectiva al cumplimiento de la meta y la actividad planteadas, fortaleciendo la gobernanza de los procesos TIC y evidenciando un alto nivel de cumplimiento de los cronogramas de requerimientos, respaldado por una adecuada documentación, seguimiento y control de las actividades ejecutadas. 2. En relación con el indicador “Porcentaje de cumplimiento de cronogramas de requerimientos”, los resultados muestran un desempeño favorable, dado el alto número de tareas y desarrollos completados frente al total gestionado, así como el control efectivo sobre aquellos que se encuentran en curso. La baja proporción de tareas no iniciadas indica una adecuada planeación, priorización y asignación de recursos. 3. En la actividad “Liderar los procesos de desarrollo, mantenimiento y soporte de la plataforma de TIC’s de la Secretaría”, se evidencia una gestión estructurada y sistemática de los requerimientos, reflejada en el seguimiento permanente al estado de las tareas y desarrollos tanto del ERP SI Capital como de los Sistemas de Información generales. 4. En el caso del ERP SI Capital, se gestionaron un total de 189 tareas, de las cuales 130 se encuentran completadas, 55 en curso y solo 4 no iniciadas, lo que demuestra un alto nivel de avance en la ejecución del cronograma. Adicionalmente, se crearon 143 tareas, con un 82 % completadas (118), evidenciando un cumplimiento significativo frente a los compromisos programados. Los módulos con mayor volumen de gestión fueron DBA Oracle, OPGET y PREDIS, lo que refleja una atención prioritaria a los componentes críticos del sistema. 5. Para los Sistemas de Información – General, se gestionaron 29 desarrollos durante el mes de diciembre, logrando la finalización del 97 % de estos (28 completados y 1 en curso). Asimismo, de los 149 desarrollos creados, se cuenta con 54 completados y 51 en ejecución, lo que evidencia una dinámica activa de trabajo y avance progresivo en el cumplimiento de	85,00%

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
			los cronogramas establecidos. Los módulos más representativos fueron SIAS, SIDMA–SICUÉNTANOS y TRA-35 Discapacidad V2, alineados con las necesidades estratégicas de la entidad.	

CONCLUSIÓN(ES)

1. En la Meta 1, presenta un avance de 99,95 % de cumplimiento; no se alcanzó la totalidad (100 %) debido a la no participación en el evento de empellicate con el control. No obstante, con la magnitud alcanzada se fortalecen las acciones definidas para el mantenimiento y la sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS, en el proceso de Gestión de TIC.
- "2. En la Meta 2, presenta un alto nivel de avance, cercano al cumplimiento total de lo programado, con desviaciones menores concentradas en aspectos relacionados con gobernanza digital, medición del desempeño en seguridad digital e innovación pública. Los resultados obtenidos permiten identificar oportunidades claras de mejora para el siguiente periodo, orientadas a:
Fortalecer la implementación del modelo de gobierno digital.
Acelerar las acciones de innovación pública digital.
Cerrar las brechas identificadas en los controles de seguridad digital.
La ejecución alcanzada constituye una base sólida para la continuidad y sostenibilidad de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS, permitiendo orientar acciones correctivas y de fortalecimiento institucional."
3. En la Meta 3, Se avanzó de manera significativa alcanzando la magnitud programada del 100% en el cumplimiento de los componentes establecidos en el Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP), así como en los compromisos institucionales de publicación y divulgación de la información pública.
4. En la Meta 4, los resultados muestran un desempeño favorable, dado el alto número de tareas y desarrollos completados frente al total gestionado, así como el control efectivo sobre aquellos que se encuentran en curso. La baja proporción de tareas no iniciadas indica una adecuada planeación, priorización y asignación de recursos.

11. DEPENDENCIA: OFICINA DE ASUNTOS JURIDICOS

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
Prestar oportuna asesoría jurídica a la Secretaría Distrital de Salud - Fondo Financiero Distrital de Salud y a las diferentes áreas de la entidad frente a problemáticas de carácter jurídico.	Asesoría jurídica a la Secretaria Distrital de Salud y a las entidades del sector salud en el Distrito Capital.	Prestar oportuna asesoría jurídica a la Secretaría Distrital de Salud - Fondo Financiero Distrital de Salud y a las diferentes áreas de la entidad frente a problemáticas de carácter jurídico.	Para la vigencia 2025, se prestó oportuna asesoría jurídica a la Secretaría Distrital de Salud – Fondo Financiero Distrital de Salud y a las diferentes áreas de la entidad frente a problemáticas de carácter jurídico, mediante el asesoramiento y apoyo en materia jurídica a las distintas dependencias y a las entidades adscritas del sector salud en el Distrito Capital. En el marco de esta gestión, se elaboraron documentos relacionados con actos administrativos, documentos y oficios, se realizó acompañamiento a procesos especiales y se brindó apoyo institucional y asesorías, consolidando la atención de requerimientos jurídicos del periodo.	100,00%
Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	Monitorear el avance del SG de la SDS	Se gestionó y monitoreó el desempeño de los procesos mediante actualización del POGD y la hoja de vida de indicadores, y se realizó el reporte de indicadores de gestión y de proceso, incluyendo el indicador de procesos de la Oficina de Asuntos Jurídicos. Se implementaron acciones que contribuyen a la política de mejora normativa con actualización y depuración del normograma, añadiendo enlaces para direccionar la norma en páginas oficiales, y se reportó mes a mes la actualización de normas a la oficina correspondiente. Se gestionó la documentación del Sistema de Gestión mediante la actualización del inventario documental y la actualización de documentos, procedimientos, política, plan, manual y formatos, y se avanzó en la revisión y actualización documental en los trimestres del año. En riesgos, se actualizó el DOFA y el mapa de riesgos, se realizaron mesas de trabajo de seguimiento, se realizó autoevaluación de riesgos y controles, se actualizó matriz de monitoreo y se cargaron evidencias en la carpeta dispuesta por la Dirección de Planeación Institucional y Calidad. Se gestionó el informe de revisión por la dirección con reprogramaciones por instrucciones de la Dirección de Planeación y Calidad y entrega de información solicitada; y en percepción del cliente se revisó y actualizó la matriz de partes interesadas, se	99,50%

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
			realizó prueba piloto de encuesta, mesas de análisis de datos, informe de percepción, reporte de resultados, cálculo de muestra y tabulación de resultados. En mejora continua, se realizó seguimiento a acciones de mejora, se realizaron mesas de trabajo para definición de la matriz de Salidas No Conformes, se gestionaron acciones de mejora en ISOLUCIÓN y se realizó matriz de reporte de salidas no conformes con reporte y diligenciamiento.	
Realizar las Acciones para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	Ejecutar las actividades para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	Se gestionaron acciones para el cumplimiento de la Política de Seguridad Digital mediante actualización de la matriz de activos de la información, diligenciamiento de la matriz del mapa de riesgos de seguridad de la información y actualización del mapa de riesgos de seguridad de la información, junto con capacitaciones y prueba de conocimiento; y en el periodo se registró que no se solicitó evidencias en el POGD para el último trimestre. En la Política de Defensa Jurídica, se registró el ingreso de procesos judiciales, administrativos, conciliaciones extrajudiciales y procesos penales, la calificación de procesos judiciales, el ingreso de tutelas a los sistemas de información, la emisión de conceptos técnicos y el ingreso de investigaciones administrativas y disciplinarias, con reportes por trimestre. En la Política de Mejora normativa, se realizó plan de mejoramiento aprobado por la Oficina de Control Interno, mesas de trabajo para dar curso al plan de acción de Mejora Normativa y seguimiento de agenda regulatoria, así como plan de acción de auditoría de seguridad de la información, gestión de actividades y cierre de acciones para abordar riesgos. Para cierre de brechas de la Política de Defensa Jurídica, se realizaron inscripciones, cursos virtuales, inscripciones a diplomado, diplomado en progreso y certificados de cursos cortos virtuales y masterclass. Así mismo, se implementó el Modelo Integrado de Planeación y Gestión en la SDS mediante hojas de vida de indicadores, reporte de indicadores y participación en comité institucional de gestión y desempeño con socializaciones y actas.	100,00%
Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia,	Acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la	Monitorear Medición de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha	Se gestionaron y monitorearon los componentes del Programa de Transparencia y Ética Pública mediante mesas de trabajo, seguimiento de avances, cargue de evidencias, participación con ciudadanía y seguimiento a componentes asociados. En este marco, se registra la realización de acciones relacionadas	100,00%

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
acceso a la información y lucha contra la corrupción.	información y lucha contra la corrupción realizadas	contra la corrupción.	con el Órgano de Cumplimiento, la política del órgano de cumplimiento y el cargue de evidencias del monitoreo del PTEP, incluyendo evidencias de riesgos. En cumplimiento de estándares de publicación y divulgación, se actualizó plan de transparencia, se publicó agenda regulatoria, se realizó validación de correo de notificaciones judiciales y se reportaron procesos en contra de la entidad publicados en la página web en la sección de transparencia – normativa – agenda regulatoria.	

CONCLUSIÓN(ES)

La gestión realizada en la vigencia 2025 evidencia que se prestó oportuna asesoría jurídica a la Secretaría Distrital de Salud y a las diferentes áreas de la entidad, consolidando la atención de requerimientos jurídicos del periodo. Se elaboraron documentos relacionados con actos administrativos, documentos y oficios, y se brindó apoyo institucional mediante acompañamiento a procesos especiales. Así mismo, se gestionó y monitoreó el desempeño de los procesos mediante actualización del POGD, hoja de vida de indicadores y reporte de indicadores de gestión y de proceso. Se implementaron acciones que contribuyen a la política de mejora normativa con actualización y depuración del normograma y el reporte mensual de normas. También se gestionó la documentación del Sistema de Gestión mediante actualización del inventario documental, documentos, procedimientos, política, plan, manual y formatos. En riesgos, se actualizó el DOFA, el mapa de riesgos y la matriz de monitoreo con evidencias. Se gestionó el informe de revisión por la dirección con entrega de información solicitada y se avanzó en percepción del cliente con matrices, informes, cálculos y tabulación. En mejora continua, se realizó seguimiento a acciones de mejora, salidas no conformes y gestión en ISOLUCIÓN. Se desarrollaron acciones para la Política de Seguridad Digital mediante actualización de matrices, mapa de riesgos, capacitaciones y prueba de conocimiento. En la Política de Defensa Jurídica se registró ingreso y calificación de procesos judiciales, administrativos, conciliaciones, tutelas, conceptos técnicos e investigaciones. Se cumplió la Política de Mejora normativa con plan de mejoramiento, mesas de trabajo y agenda regulatoria. Para cierre de brechas se realizaron inscripciones, cursos y diplomados. Finalmente, se implementó el Modelo Integrado de Planeación y Gestión y se gestionaron componentes del Programa de Transparencia y Ética Pública con mesas de trabajo, evidencias, acciones del Órgano de Cumplimiento y estándares de publicación y divulgación.

12. DEPENDENCIA: OFICINA ASESORA DE COMUNICACIONES

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta
Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	Monitorear el avance del SG de la SDS	"1. Durante el año 2025, el proceso Gestión de Comunicaciones realizó todas las actividades requeridas por la Dirección de Planeación y Calidad, como parte del mantenimiento del sistema de gestión de la Entidad, algunas de las cuales son de planeación, desarrollo y reporte permanente como la formulación y consecuentes informes del Plan Operativo del proceso con sus indicadores, incluido el de gestión, pero otras fueron nuevas para nuestro proceso, es el caso de la identificación de salidas no conformes y la matriz del modelo de operación por procesos. Cabe mencionar que estas 2 actividades, aunque estaban en el tablero de control desde inicio de año, no le aplicaban a nuestro proceso en el primer trimestre, por lo que fueron reprogramadas y ejecutadas en el segundo trimestre." 2. De igual manera, se destaca este año la revisión y actualización de documentos como el mapa de riesgos, la matriz de partes interesadas y el análisis de contexto del proceo (DOFA); y de todos los documentos previstos en el inventario documental del proceso para este año, incluso de otros documentos que no estaban previstos (porque ya se habían revisado en 2024), pero que se decidió volver a revisar y tomra una decisión al respecto (en su mayoría fue actualización), porque estaban relacionados con acciones de mejoramiento, logrando así la actualización del 90% de los documentos asociados al proceso y que soportan su gestión. 3. Consideramos que la sostenibilidad del Sistema de Gestión de la Entidad, y el mejoramiento en particular, como un factor clave del mismo, fue impactado positivamente en nuestro proceso por la definción y gestión de 2 planes de mejoramiento, producto de auditorías internas (Gestión y Calidad), que nos realizó la OCI este año. La mayoría de las acciones que comprendieron fueron gestionadas y cumplidas de forma efectiva entre los meses de junio y diciembre, y en consecuencia cerradas por la OCI. Las que están pendientes por cerrar es porque están para cumplimiento en el primer trimestre de 2026, y hay una de responsabilidad compartida con la dirección de Planeación Institucional y Calidad sobre las líneas de defensa. 4. Se puede decir que el hecho de cumplir todas las actividades de esta meta previstas para el año, impactaron de manera positiva el indicador y en consecuencia el cumplimiento total de la meta; sin embargo, es preciso mencionar que el cambio del referente de calidad (a finales del mes de agosto) para nuestro proceso, consideramos afectó la dinámica que se traía e hizo un poco más difícil el cumplimiento de algunas actividades para las que se requiere orientación permanente y oportuna del referente, y no siempre contamos con esta cuando se requirió (porque nos teníamos que adaptar a sus tiempos) o para el gestor del proceso no fue suficiente, situación que se suma al hecho de que cuando un

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta
			referente ya conoce el proceso porque tiempo o proque se da a la tarea de hacerlo las cosas fluyen mucho mejor, lo cual es muy importante si se tiene en cuenta la cantidad de tareas y actividades que comprende esta meta todos los trimestres.
Realizar las Acciones para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	Ejecutar las actividades para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	"1. Respecto a esta meta, podemos decir que se gestionaron durante el año las acciones definidas y que responden a las 4 actividades que comprende la meta, con el fin de contribuir en la implementación de algunas políticas de gestión y desempeño de la SDS como seguridad digital y el consecuente cierre de brechas identificadas, conforme al alcance y competencia del proceso 'Gestión de Comunicaciones'. En este sentido, se puede destacar las acciones realizadas y relacionadas con la política de seguridad digital, como la identificación de activos de información y riesgos de seguridad de la información de nuestro proceso; la publicación permanente de productos audiovisuales con lenguaje claro e incluyente (videos con subtítulos y destacados); la planeación y desarrollo de una campaña dirigida al público interno de la SDS sobre lenguaje claro e incluyente; la definición e implementación de acciones para favorecer el flujo de información y la comunicación directa entre la alta dirección y los trabajadores como los conversatorios por subsecretarías y la discusión e inclusión del tema como un apartado dentro del Lineamiento de Comunicación Interna, y la participación activa del líder de nuestro proceso en las sesiones convocadas del Comité Institucional de Gestión y Desempeño de la SDS." "2. En cuanto a las acciones relacionadas con la seguridad de la información, consideramos prudente mencionar que, aunque se cumplieron, el tema en general lo percibimos aún confuso y amplio, y algunas de estas actividades requieren conocimiento previo, y aun cuando hemos participado en reuniones y capacitaciones (en su mayoría virtuales), es un tema que también por lo específico, no es de fácil comprensión para todos. Este aspecto se ha manifestado a la Dirección de Planeación y Calidad en otros espacios y por varios procesos." 3. El cumplimiento de esta meta al 97%, se debió al no haber podido desarrollar en su totalidad la subactividad denominada 'adecuación o ajuste de contenidos relacionados con los trámites de la SDS y priorizados para este año, conforme al lenguaje claro y comprensible', segun lo previsto, porque se puede decir que era compartida o dependá en buena parte de la Dirección de Servicio a la Ciudadanía, dependencia que lidera el tema de trámites en la entidad y la atención a la ciudadanía, y la que nos debería suministrar la información de los trámites que debemos o podemos ajustar en cuanto a contenido y que prioirzó para la vigencia. Con la mencionada dependencia se hizo reunión al inicio del año para hablar del tema, y producto de esta se incluyó esta actividad en nuestro POGD, porque nos pareció poder dar un aporte en este sentido desde nuestra formación, pero no recibimos los contenidos esperados, y luego de consultarle a la mencionada

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta
			Dirección nos informó que se presentaron dificultades como la articulación con las entidades que reglamentan los trámites priorizados, en especial el Ministerio de Salud, a quienes en diferentes espacios de socialización del modelo de relacionamiento integral con la ciudadanía se les requirió el ejercicio para poder intervenir los trámites modelo que están registrados en el SUIT, y la suspensión del portal Bogotá de trámites y servicios lo que no permitió continuar con el proceso de actualización de contenidos de los trámites que ofrece la SDS; No obstante, la OAC ayudó en el ajuste y publicación de algunos contenidos en la web, teniendo en cuenta el lenguaje claro e incluyente, y generó productos relaiconados con trámites, en los cuales se usaron recursos que favorecieron este lenguaje, tal como se registró en los reportes respectivos, lo cual permitió cumplir de forma parcial con esta subactividad. 4. Cabe mencionar que este año se incluyeron en esta meta por pirmera vez acciones diferentes, por ejemplo todas las relacionadas con el lenguaje claro e incluyente, producto de una revisión al interior de la OAC y de orientación por parte de la Dirección de PlyC para ser más coherentes con lo que establece la función pública en cuanto a las políticas de gestión y desempeño y el alcance y recursos con los que cuenta el proceso Gestión de Comunicaciones, razón por la cual se decidió también sacar de esta meta el cumplimiento del Pla Estrategico de Comunicaciones. En consecuencia, el haber cumplido estas acciones casi en su totalidad, consdieramos es un avance y un aporte concreto de nuestro proceso.
Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes deTransparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	Acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción realizadas	Monitorear Medicion de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	1. En el transcurso del año se cumplieron las dos actividades que comprende esta meta y las consecuentes acciones de responsabilidad del proceso 'Gestión de Comunicaciones'. Se destacan: la participación en la elaboración del Plan de Transparencia y Etica Pública (PTEP) de la SDS para 2025 y su posterior publicación en la página web; participación en las mesas de trabajo para la elaboración del Plan de Transparencia; el reporte de las acciones realizadas durante los 3 cuatrimestres, de competencia de comunicaciones dentro del Plan de Transparencia y Etica Pública del año, y la permanente publicación de información institucional en la sección de transparencia de la página web de la SDS, conforme a los tiempos establecidos y solicitudes de las dependencias, en coordinación con la Dirección de Planeación y Calidad y TIC. "2. En general, no se presentaron inconvenientes o situaciones que impidan el cumplimiento de las acciones que le corresponden al proceso 'Gestión de Comunicaciones', según lo reportado por el profesional de la OAC que actúa como referente para el PTEP y el plan de Transparencia de la Entidad, lo que se reflejó en el cumplimiento de la meta; sin embrago, esta persona considera que se presenta dificultad en la forma de reportar y evidenciar el cumplimeinto de la segunda actividad, pues por el volumen de publicaciones es imposible evidenciarlas todas; además, tcomo la ejecución de la actividad es hacer publicaciones en la página web, la evidencia queda de manera permanente en este

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta
Desarrollar el Plan estratégico de comunicaciones de la SDS, conforme a los temas priorizados ara la vigencia y demás aspectos allí establecidos	Implementación las acciones previstas para el cumplimiento del Plan Estratégico de Comunicaciones definido para la vigencia.	Medir las acciones de la Oficina Asesora de Comunicaciones previstas para el año y contenidas en el Plan Estratégico de Comunicaciones definido para la vigencia.	portal. 1. Durante el año 2025 se realizaron todas las actividades que se definiieron para esta meta. Estas actividades tienen directa relación con la gestión de la Oficina Asesora de Comunicaciones, porque responden a las principales acciones y productos que se realizan en los diferentes campos de acción de la comunicación en la Entidad. Por lo anterior, el comportamiento del indicador fue positivo y se reflejó en el cumplimiento total de la meta, que cabe mencionar para el POGD esta en términos del cumplimiento mes a mes de las actividades que esta comprenda. En coherencia con lo mencionado, también se puede decir que se hace seguimiento al cumplimiento del Plan Estratégico de Comunicaciones (PECO), a través del POGD, porque estos dos planes están articulados en esta meta, y que si bien este último no contempló objetivos medibles en números absolutos por cada subactividad, la cantidad de productos realizados por cada una y reportados cada trimestre evidencian el cumplimiento de las mismas. 2. Dentro de las acciones y consecuentes productos que tienen mayor peso porcentual en la meta, porque tuvieron alta y permanente producción en la OAC, están: las acciones de free press como boletines de prensa y atención a medios, las publicaciones y demas gestión en redes sociales, la producción de videos, las acciones de comunicación externa e interna, y la divulgación permanente de información a los públicos de interés, incluido el público interno, a través de los canales oficiales de comunicación que administra la Oficina Asesora de Comunicaciones. 3. Cabe destacar que este año por primera vez, se incluyó dentro de este Plan Operativo, el desarrollo del PECO como una meta diferente, es decir no como una actividad dentro de una meta, lo cual nos parece acertado, por cuanto perrrmitió evidenciar el trabajo de la oficina, que en términos generales está recogido en el PECO, y que por demás es amplio y demandante porque es transversal, al responder a las necesaidades de comunicación de toda la Entida, por lo que para entenderlo se tuvieron que sintetizar en unas actividades y respectivos productos que son los que se pusieron en este POGD.

CONCLUSIÓN(ES)

1. Las cuatro metas que comprende nuestro Plan Operativo de Gestión y Desempeño se cumplieron y en consecuencia el comportamiento de los indicadores respectivos en general fue positivo. Se destaca que por primera vez la gestión de la Oficina Asesora de Comunicaciones (OAC) se incluyó como una meta independiente, que se mide a través de las actividades y productos principales que comprende el Plan Estratégico de Comunicaciones del año, documento que recoge la gestión de laOAC en los dieferentes campos de acción de la comunicación en la SDS.

2. En cuanto a la meta 1, consideramos importante resaltar no solo el cumplimiento de las actividades y subactividades que comprende, dada la

cantidad de las mismas y su requerimiento permanente por la Dirección de Planeación Institucional y Calidad, sino además el hecho de que el proceso 'Gestión de Comunicaciones' este año realizó otras acciones (que antes no le aplicaban) como la identificación de iniciativas dentro del Modelo de Operación por procesos (MOP) y la identificación de salidas no conformes que le han permitido definir y fortalecer algunos aspectos relacionados con su operación y alcance en la Entidad, lo cual se sumó a las acciones de mejora definidas y ejecutadas, producto de las auditorías internas, realizadas este año por la Oficina de Control interno a nuestro proceso'; sin embargo, el cambio inesperado de referente de calidad consideramos afectó la dinámica que se traía e hizo un poco más difícil el cumplimiento de algunas actividades en los tiempos requeridos, para las que se requería orientación permanente y oportuna del referente, tal como se menciona en el apartado de análisis de esta meta.

3. Respecto a la única meta que no se cumplió al 100%, es preciso decir esta comprendió por primera vez acciones relacionadas con temas específicos para contribuir a cerrar brechas de las Políticas de MIPG, como fue el caso de todas las acciones relacionadas con el lenguaje claro e incluyente, las cuales fueron cumplidas en su gran mayoría, y que la única que no se logró dependía de la articulación e información suministrada por otra dependencia, aspecto que no se logró, lo que se especifica en el apartado de análisis de esta meta y nos deja una lección aprendida.

4. En conclusión se puede decir que el trabajo para el cumplimiento del POGD en 2025, fue arduo y demandante, por la cantidad de actividades que comprendía y por los cambios que consideramos se hicieron para bien de la Entidad y el proceso. Los resultados se reflejan no solo en el cumplimiento de las metas sino en los ajustes que se han hecho al interior del proceso. No obstante, se sugiere revisar al interior de la dirección de PlyC como simplificar procesos y disminuir tareas, pues todo lo que comprende el POGD se suma a las otras responsabilidades de la persona que actúa como referente de calidad del proceso y que es quien asume la mayor cantidad de estas actividades, es decir no solo reporta sino que las ejecuta.

13. DEPENDENCIA: DIRECCIÓN DE SERVICIO A LA CIUDADANIA

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	Monitorear el avance del SG de la SDS	1. Se fortaleció el mantenimiento del Sistema de Gestión mediante el seguimiento periódico al desempeño de los procesos, el reporte oportuno de indicadores estratégicos y de proceso, y la actualización de instrumentos clave como el POGD, el MOP y el mapa de riesgos. Estas acciones permitieron asegurar la trazabilidad de la información, la toma de decisiones basada en datos y la alineación del Sistema de Gestión con los objetivos institucionales, contribuyendo a su sostenibilidad y mejora continua. 2. El mantenimiento y sostenibilidad del Sistema de Gestión se vio reflejado en la actualización permanente del normograma, el diagnóstico normativo y el inventario documental durante el segundo semestre de 2025. La actualización de los documentos programados y el alto nivel de cumplimiento evidenciado en el tablero de control, permitieron garantizar la vigencia, coherencia y aplicabilidad del marco normativo y documental, reduciendo riesgos de incumplimiento y fortaleciendo la estandarización de los procesos del Sistema de Gestión. 3. Las acciones adelantadas en gestión de riesgos, cierre de no conformidades, reporte de salidas no conformes y participación en espacios de entrenamiento del MIPG y el SGC evidencian un enfoque preventivo y de mejora continua durante el segundo semestre de la vigencia 2025. El fortalecimiento de capacidades del talento humano, la articulación interinstitucional y la publicación de información asociada a la experiencia del ciudadano contribuyeron a consolidar una cultura organizacional orientada a la calidad, la transparencia y el mejoramiento permanente, elementos clave para la sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS.	100,00%

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
Realizar las Acciones para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	Ejecutar las actividades para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	1. Durante la vigencia 2025, la implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño mediante el seguimiento sistemático a los indicadores de las políticas de Servicio a la Ciudadanía y Racionalización de Trámites. El reporte oportuno permitió contar con información actualizada y confiable para la evaluación del desempeño institucional, fortaleciendo la toma de decisiones basada en evidencia y la mejora continua de los procesos. 2. La participación activa de la Directora de Servicio a la Ciudadanía en los Comités Institucionales de Gestión y Desempeño contribuyó de manera significativa a la articulación estratégica entre dependencias y al posicionamiento del enfoque de servicio al ciudadano en los espacios de direccionamiento institucional. Esta participación facilitó la socialización de avances, la identificación de oportunidades de mejora y la incorporación de acciones orientadas al fortalecimiento de las Políticas de Gestión y Desempeño, asegurando su transversalidad y sostenibilidad en la entidad. 3. Las acciones desarrolladas en el marco del seguimiento a indicadores, la gestión de políticas y la participación en instancias institucionales evidencian un avance en la consolidación de un enfoque integral de servicio a la ciudadanía y racionalización de trámites. El monitoreo permanente permitió identificar brechas, priorizar acciones de mejora y orientar la planeación institucional hacia la simplificación de la oferta y la mejora de la experiencia ciudadana, fortaleciendo así la implementación efectiva de las Políticas de Gestión y Desempeño y su impacto en la calidad del servicio prestado.	100,00%
Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	Acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción realizadas	Monitorear los Medición de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	Durante la vigencia 2025, Se fortaleció el seguimiento y control de los componentes del Programa de Transparencia y Ética Pública – PTEP mediante el reporte oportuno de la información acompañado de la consolidación de evidencias y el diligenciamiento de las matrices correspondientes. Estas acciones permitieron asegurar la trazabilidad de la gestión, el cumplimiento de los compromisos institucionales y la generación de insumos confiables para los ejercicios de evaluación y control, contribuyendo a la sostenibilidad del programa y a la prevención de riesgos asociados a la corrupción. Las solicitudes de publicación de informes de peticiones, encuestas de experiencia y satisfacción ciudadana, informes de gestión, así como la actualización permanente del botón de transparencia, evidencian un avance significativo en la garantía del derecho de acceso a la información pública. Estas acciones fortalecieron los	100,00%

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
			mecanismos de rendición de cuentas, promovieron la transparencia activa y facilitaron a la ciudadanía el acceso oportuno a información clara y relevante sobre la gestión institucional.	

CONCLUSIÓN(ES)

Durante la vigencia 2025, las acciones adelantadas permitieron fortalecer el mantenimiento y la sostenibilidad del Sistema de Gestión, a través del seguimiento sistemático al desempeño de los procesos, la gestión de riesgos, la mejora continua y la actualización normativa y documental. El reporte oportuno de indicadores, la gestión de no conformidades y la participación en espacios de fortalecimiento del MIPG y el SGC consolidaron un enfoque preventivo y de mejora continua, garantizando la alineación del Sistema de Gestión con los objetivos estratégicos institucionales y su sostenibilidad en el tiempo.

Las acciones desarrolladas durante la vigencia 2025 evidencian avances significativos en la implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño, particularmente en los componentes de Servicio a la Ciudadanía y Racionalización de Trámites. El seguimiento a indicadores, la articulación interinstitucional, la participación en comités de gestión y desempeño, así como la realización de espacios de análisis, ferias de servicio y mesas de trabajo, permitieron fortalecer la toma de decisiones basada en evidencia, mejorar la experiencia ciudadana y consolidar un enfoque de gestión orientado a resultados y al valor público.

Durante la vigencia 2025 se consolidaron acciones orientadas al fortalecimiento de la transparencia institucional, el acceso a la información pública y la lucha contra la corrupción, mediante el seguimiento y reporte periódico del Programa de Transparencia y Ética Pública – PTEP y la publicación oportuna de información relevante para la ciudadanía. La gestión de reportes cuatrimestrales, la actualización del botón de transparencia y la divulgación de informes de gestión y experiencia ciudadana contribuyeron a fortalecer la rendición de cuentas, la trazabilidad de la información y la confianza de la ciudadanía en la gestión institucional.

14. DEPENDENCIA: DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	Monitorear el avance del SG de la SDS	1. Durante el 2025 se realizaron las actividades necesarias para el mantenimiento y sostenibilidad del Sistema Integrado de Gestión y Desempeño. Entre ellas se destacan la formulación del POGD 2025, los reportes e informes del POGD, así como la formulación y reporte de los indicadores de gestión, desempeño, estratégicos y de proceso. 2. Se actualizó el normograma, se gestionaron los riesgos del proceso y se fortaleció la mejora continua a través de la plataforma ISOLUCION, alcanzando el 100% en el cumplimiento y cierre de las acciones para abordar riesgos, no conformidades y oportunidades de mejora. 3. Se realizó seguimiento a las iniciativas, estrategias y acciones del MOP y se actualizó la gestión documental, dando de baja los documentos obsoletos de acuerdo con la nueva caracterización del proceso. 4. Se consolidó un ejercicio permanente de análisis de la percepción del cliente, en cumplimiento de los lineamientos de la Norma ISO 9001:2015, que permite medir de manera sistemática el nivel de satisfacción de la ciudadanía y los grupos de valor que asisten a los espacios de participación social en salud.	100,00%
Realizar las acciones para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	Ejecutar las actividades para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	1. Se consolidó la gestión integral de la Política de Participación Social en Salud, mediante la definición, publicación, seguimiento y monitoreo permanente de su Plan de Acción, estructurado conforme a los cinco ejes y treinta y tres líneas de la Resolución 2063 de 2017. Así mismo, se fortaleció la gestión de instancias y espacios de participación social en salud a nivel distrital y territorial, con una base social consolidada de las Asociaciones de usuarios, COPACOS, juntas asesoras comunitarias, comités de ética y veedurías ciudadanas en las cuatro redes territoriales. 2. Avance en el cierre de brechas de la Política de MIPG con el fortalecimiento del ejercicio de control social particularmente con población víctima del conflicto armado. De igual manera se elaboró el Documento de Monitoreo Comunitario como	100,00%

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
			herramienta estratégica para ejercer el control social. 3. Se avanzó en la gestión de la seguridad digital, con la actualización de la matriz de activos de información, la formulación de la nueva matriz de riesgos de seguridad de la información y la realización del análisis de impacto al negocio (BIA) para el proceso de Gestión Social y Territorial en Salud y Relacionamento con la ciudadanía.	
Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	Acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción realizadas	Monitorear Medición de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	1. Se ejecutó de manera participativa la formulación, seguimiento y monitoreo del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP), garantizando la vinculación activa de veedurías ciudadanas y grupos de valor en la definición de actividades y metas. Como resultado, se formularon y publicaron los componentes estratégicos del PTEP 2025 y se avanzó en la formulación del PTEP 2026. 2. La implementación del Componente 2 de Rendición de cuentas en el PTEP fortaleció los mecanismos de transparencia. ética pública y participación social de la Entidad, al garantizar la generación y divulgación de información oportuna y de calidad, a través del desarrollo de cuatro (4) diálogos ciudadanos, una audiencia pública de rendición de cuentas, y la elaboración y publicación de los informes y balances ciudadanos correspondientes. 3. Se cumplió con los compromisos de publicación, divulgación y acceso a la información pública, mediante la elaboración, aprobación y publicación oportuna de los documentos marco de la estrategia de rendición de cuentas “Cuentas con Salud”, así como de los informes de diálogos ciudadanos, audiencia pública y convocatorias de participación social en la sede electrónica institucional.	100,00%

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
Realizar acciones necesarias y complementarias para el seguimiento de la gestión de la Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía	Implementación de acciones de gestión de la Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía	Monitorear el avance de las acciones de gestión de la Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía	1. Se fortaleció la gestión técnica, administrativa, financiera y jurídica de la Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía, mediante el reporte oportuno en SEGPLAN de los componentes técnico y financiero de los proyectos de inversión 8120 y 8127, así mismo, se consolidaron cuatro (4) matrices de seguimiento contractual 2. Se avanzó con la definición y validación técnica de las historias de usuario del aplicativo SIPS, en articulación con el equipo TIC, concluyendo la necesidad de desarrollar un nuevo aplicativo que responda a las necesidades misionales de la Dirección de Participación Social	100,00%

CONCLUSIÓN(ES)

1. Durante el año se sostuvo el funcionamiento del sistema de Gestión de Calidad con la formulación y reporte del POGD, migración/actualización documental, análisis de contexto y riesgos, y medición de percepción al cliente. Esto permitió continuidad operativa y trazabilidad de los procesos.
2. Se evidencia un avance sólido y articulado en el fortalecimiento de la participación social, el control social y la gestión institucional, en coherencia con los lineamientos del MIPG y la Política de Participación Social en Salud. La consolidación de la gestión integral de la política, junto con el fortalecimiento de las instancias y espacios de participación en el nivel distrital y territorial, ha permitido la continuidad, legitimidad y sostenibilidad de los procesos participativos.
3. La implementación del Componente 2 de Rendición de cuentas en el PTEP fortaleció los mecanismos de transparencia, ética pública y participación social de la Entidad, al garantizar la generación y divulgación de información oportuna y de calidad, a través del desarrollo de cuatro (4) diálogos ciudadanos, una audiencia pública de rendición de cuentas, y la elaboración y publicación de los informes y balances ciudadanos correspondientes.
4. Se realizaron las actividades propuestas con enfoque en la construcción de herramientas que han permitido el flujo y control de información así como la gestión al interior de los procesos permitiendo que estos sean desarrollados con oportunidad y calidad en la gestión.

15. DEPENDENCIA: DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN SECTORIAL

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	Monitorear el avance del SG de la SDS	Para la vigencia 2025, se gestionó y monitoreó el desempeño de los procesos mediante reportes y seguimientos del POGD en diferentes cortes, así como el seguimiento a indicadores de gestión de los procesos liderados. Se avanzó en la formulación del POGD 2025 y en espacios con Planeación Institucional y Calidad para revisar y desarrollar indicadores, incluyendo indicadores estratégicos y de políticas MIPG en las que participa la Dirección. En paralelo, se implementaron acciones asociadas a la mejora normativa mediante el envío de información para actualización del normograma y la revisión del normograma para los nuevos procesos. En gestión documental, se realizó transición documental según el Modelo de Operaciones por Proceso y se socializó a los equipos para su uso, además de actualizaciones del inventario documental y un diagnóstico para la vigencia siguiente, reconociendo que la programación no se cumplió totalmente. En riesgos, se actualizan mapas, se ejecutan autoevaluaciones y se hace seguimiento a iniciativas y estrategias DOFA, incluyendo riesgos de corrupción y gestión. También se consolidó información para la revisión por la dirección y se desarrolló el ejercicio de percepción del cliente, donde se reportan dificultades en la consolidación de información para un proceso, mientras que en el otro no se presentaron inconvenientes. Se mantuvo el seguimiento a planes de mejora y salidas no conformes, con participación en mesas de auditoría y cargue de evidencias, aunque se señala que persisten pendientes de cierre en actividades reportadas como vencidas con evidencias de seguimiento, y que algunos procedimientos requieren mesas transversales que han retrasado actualizaciones.	99,70%

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
Realizar las Acciones para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	Ejecutar las actividades para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	Durante la vigencia 2025, se impulsaron acciones para el cumplimiento de la Política de Seguridad Digital mediante la participación en mesas de trabajo, el desarrollo del análisis BIA, la revisión y ajuste del mapa de riesgos de seguridad de la información y la elaboración de matrices asociadas a activos y riesgos. En gestión del conocimiento e innovación, se fortaleció la articulación interinstitucional con el Ministerio de Salud para la obtención de información requerida para estructurar el modelo de datos, y se mantuvieron actualizados visores para apoyar la toma de decisiones; además, se brindó asistencia a prestadores frente a lineamientos normativos. Se desarrollaron y acompañaron actividades de innovación, investigación y ética de la investigación, con sesiones de comité, espacios académicos, reuniones con subredes y ejercicios de levantamiento de necesidades de información; igualmente, se adelantaron acciones de biblioteca, difusión, repositorio institucional y mapa de conocimiento, así como la configuración y seguimiento editorial de plataformas OJS para publicaciones. Se reporta participación en escenarios internacionales y fortalecimiento de recursos educativos en plataforma institucional, junto con acciones de docencia-servicio, bienestar y seguimiento a condiciones en escenarios formativos. En la política presupuestal, se realizaron mesas para identificar necesidades, proponer distribución de la cuota, socializar por fuentes y proyectos, elaborar el POAI, radicar el anteproyecto y proyectar cronogramas. En seguimiento y evaluación del desempeño, se efectuó monitoreo técnico y financiero de proyectos, actualizaciones en plataformas, seguimiento a recursos MIGA y acciones correctivas, elaboración de informes, atención a modificaciones del PAA, construcción de documentos técnicos y soporte a instancias directivas. En compras y contratación se actualizó herramienta de seguimiento, y se realizaron actualizaciones y publicación del PAA en SECOP II y divulgación en la web. En planeación institucional se brindó	99,88%

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
			acompañamiento a formulación y seguimiento de políticas públicas, con orientaciones, asistencias técnicas, depuración y análisis de indicadores, aclarando que los reportes pueden requerir ajustes por revisión de secretarías técnicas o planeación distrital. En información estadística se avanzó en documentación metodológica, modelos de datos, respuesta a requerimientos, socialización en espacios especializados y desarrollo de instrumentos para estandarización y georreferenciación, destacando como dificultad la dependencia de definiciones técnicas externas que impactan cronogramas, además de limitaciones por tiempos de asignación y concurrencia de obligaciones.	
Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	Acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción realizadas	Monitorear Medición de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	Para la vigencia 2025, se gestionaron y monitorearon componentes del Programa de Transparencia y Ética Pública mediante actividades de seguimiento en diferentes cortes, incluyendo la participación en la formulación del programa. De forma complementaria, se aportó al cumplimiento de los estándares de publicación y divulgación de la información, participando en el proceso para establecer el Plan de Transparencia junto con la Dirección de Calidad y suministrando oportunamente la información y documentos requeridos para el cargue en la página web institucional. El análisis del indicador señala un comportamiento positivo durante la vigencia, asociado al cumplimiento de las actividades programadas en transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción, lo cual fortalece la confianza en la gestión adelantada por la Dirección.	100,00%

CONCLUSIÓN(ES)

Con el seguimiento realizado al POGD, la Dirección de Planeación Sectorial evidencia los beneficios de realizar en forma periódica la socialización de los resultados alcanzados mediante su gestión, fortaleciendo así, el trabajo en equipo, la calidad de los productos, los retos y documentos que cada grupo genera, de tal manera que haya un conocimiento general de la producción de conocimiento en toda la dirección.

La Dirección de Planeación Sectorial tiene la capacidad de solventar las dificultades y/o retraso de sus actividades de forma efectiva, acudiendo al apoyo del talento humano que integra el proceso, logrando cumplir con sus compromisos.

A pesar de que no se cumplió al 100% con las actividades debido a factores externos a las actividades de la dependencia, la Dirección de Planeación Sectorial está comprometida con la Gestión Institucional para el mejoramiento de los resultados.

16. DEPENDENCIA: DIRECCIÓN DE ANÁLISIS DE ENTIDADES PÚBLICAS DISTRITALES DEL SECTOR SALUD

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
Realizar el 100% de las acciones de responsabilidad de la DAEPDSS para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS.	Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	Monitorear el avance del SG de la SDS	Para la vigencia 2025 se realizaron revisiones del inventario documental de la dependencia, y se inició la revisión frente al proceso de GTS, con el fin de observar qué documentación se mantendrá o se homologará conforme a las actividades transversales al interior de la SDS, así como definir cuál se dejará como específica para la dependencia. Se gestionó la formulación, presentación y seguimiento ante la Dirección de Planeación Institucional y Calidad del POGD DAEPDSS vigencia 2025, y durante el periodo se verificó y evaluó el cumplimiento del avance de cada una de las metas y subactividades correspondientes al POGD de la DAEPDSS. Durante el periodo se actualizó el mapa de riesgos conforme a los talleres y reuniones en el marco del proceso GTS al cual la DAEPDSS pertenece, realizando revisiones, validando y mejorando la información correspondiente a la DAEPDSS, y se monitoreó el riesgo del proceso remitiendo la información correspondiente al tema en conjunto con la Dirección de Infraestructura (Proyectos). Durante el periodo se realizaron las actividades relacionadas conforme a los talleres y reuniones en el marco del proceso de GTS, y se lograron gestionar las acciones que estaban a cargo de la DAEPDSS en el aplicativo Isolución. Los diferentes funcionarios y contratistas de la DAEPDSS participaron en las reuniones y eventos convocados por la Dirección de Planeación Institucional y Calidad, lo cual aportó principalmente al proceso de recertificación otorgada por el Icontec al Sistema de Gestión de Calidad de la Secretaría Distrital de Salud. Respecto a las actividades de la meta, se afectó el cumplimiento por el cargue oportuno de evidencias, el reporte oportuno de los controles en el seguimiento del mapa de riesgos, así como por la no realización de la	83,10%

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
			encuesta de percepción del cliente y el reporte de no conformidades. Se entendió que el ejercicio de percepción del cliente lo realizarían las dependencias misionales que tienen interacción con la ciudadanía, y en ese sentido la DAEPDSS no realizó la encuesta como la venía efectuando anualmente en conjunto con la Dirección de Infraestructura y Tecnología.	
Realizar el 100% de las acciones de responsabilidad de la DAEPDSS, para la implementación de las políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	Ejecutar las actividades para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	Para la vigencia 2025, conforme a las reuniones y directrices de la Dirección TIC, se identificaron y reportaron los activos de información que se gestionan en la DAEPDSS (CIP, COSTOS, SISCO).	100,00%
Realizar el 100% de las acciones de responsabilidad de la DAEPDSS, para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	Acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción realizadas	Monitorear Medición de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	Durante la vigencia 2025 se participó en la formulación del Programa de Transparencia y Ética Pública, así como en la implementación de las acciones definidas. Durante el periodo se participó en el diseño, elaboración y validación del Plan de Transparencia institucional, así como en la publicación de los documentos identificados para el plan.	100,00%

CONCLUSIÓN(ES)

Durante la vigencia se ejecutaron la mayoría de actividades programadas en el POGD para la DAEPSS. Lo cual en planeación es un logro dentro óptimo y muestra una evaluación objetiva. Evidenciando que el POGD de la DAEPDSS tuvo un cumplimiento por encima del 90%, no se requiere adelantar plan de mejoramiento. Además, las dos actividades que no se realizaron quedarán programadas en el POGD 2026.

Durante la vigencia se realizaron revisiones del inventario documental de la dependencia y se inició la revisión frente al proceso de GTS. Con el fin de observar qué documentación se mantendrá o se homologará conforme a las actividades transversales al interior de la SDS y definir cuál se dejará como específica para la dependencia. Se gestionó la formulación, presentación y seguimiento ante la Dirección de Planeación Institucional y Calidad del POGD DAEPDSS vigencia 2025. Durante el periodo se verificó y evaluó el cumplimiento del avance de cada una de las metas y subactividades correspondientes al POGD de la DAEPDSS.

Durante el periodo se actualizó el mapa de riesgos conforme a los talleres y reuniones en el marco del proceso GTS al cual la DAEPDSS pertenece. Validando y mejorando la información correspondiente a la DAEPDSS, y se monitoreó el riesgo del proceso remitiendo la información

correspondiente al tema.

Los diferentes funcionarios y contratistas de la DAEPDSS participaron en las reuniones y eventos convocados por la Dirección de Planeación Institucional y Calidad, lo cual aportó principalmente al proceso de recertificación otorgada por el Icontec al Sistema de Gestión de Calidad de la Secretaría Distrital de Salud.

17. DEPENDENCIA: DIRECCIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y TECNOLOGÍA

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
M1 Evaluar el 100% de los requerimientos de infraestructura y dotación hospitalaria	Requerimientos de infraestructura y dotación hospitalaria atendidos	Medir la respuesta de la DIYT frente a los requerimientos a los proyectos	La meta avanzó de manera continua durante la vigencia, desarrollando todas las actividades previstas para garantizar la atención integral de los requerimientos técnicos de infraestructura y dotación hospitalaria. A lo largo del año se realizaron mesas técnicas, comités operativos y acompañamientos permanentes a las Subredes, asegurando que cada solicitud fuera revisada y respondida con oportunidad, soporte documental y criterio técnico. Las acciones incluyeron asistencia directa, emisión de conceptos, seguimiento a convenios y verificación de información entregada por las entidades descentralizadas. La coordinación interinstitucional fue permanente y permitió consolidar evidencias suficientes para demostrar la gestión. En general, la meta se mantuvo estable, sin retrasos significativos, y con cumplimiento pleno de las actividades proyectadas para cada trimestre	100,00%
M2 Realizar las acciones encaminadas al cumplimiento de lo establecido en el Decreto 555 de 2021 para formular los equipamientos sociales y los estándares del sector salud	Aplicación de los lineamientos generales de los equipamientos sociales de los estándares singulares o particulares del sector salud con la SDP en el marco del POT Decreto 555 de 2021	Ejecutar las acciones y/o actividades necesarias que de respuesta los requerimientos del nuevo POT para el alcance de la Dirección de infraestructura y tecnología.	Se consolidaron todas las acciones requeridas para garantizar la aplicación de los lineamientos del Decreto 555 de 2021 y del POT en los proyectos del sector salud. Se desarrollaron asesorías técnicas, análisis territoriales, mesas de trabajo intersectoriales y atención a solicitudes de información provenientes de entidades distritales, subredes y otros actores. La Dirección participó activamente en espacios de coordinación sobre equipamientos, normatividad urbanística y formulación de estándares sectoriales, asegurando que los proyectos cumplieran las disposiciones vigentes. Aunque en algunos periodos no se presentaron solicitudes externas, la Dirección mantuvo la disponibilidad técnica y ejecutó las actividades programadas. El conjunto de evidencias demuestra una gestión constante, articulada y orientada al cumplimiento normativo.	100,00%

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
M3 Adelantar las acciones tendientes para mejorar el desarrollo de los proyectos de infraestructura y dotación hospitalaria priorizados para la vigencia 2025	Proyectos mejorados de infraestructura y dotación hospitalaria, priorizados para la vigencia 2025	Mejorar los requisitos de los proyectos en el marco de su desarrollo	Se avanzó mediante acciones de fortalecimiento de la estructuración, seguimiento y supervisión de los proyectos de infraestructura y dotación priorizados. Se realizaron análisis técnicos, apoyo contractual, acompañamientos en obra, revisión de diseños, seguimiento a convenios y actualización continua de matrices y tableros de control. Durante todo el año se mantuvo una interacción constante con las Subredes para resolver observaciones, revisar avances, gestionar modificaciones y asegurar el cumplimiento de obligaciones contractuales. La ejecución mostró un desempeño consistente, aunque en ciertos periodos algunas visitas de obra no pudieron realizarse por situaciones operativas ajenas a la Dirección. Aun así, la gestión global fue sólida, con trazabilidad documental y soporte técnico en cada etapa del proceso.	99,10%
M4 Mantener el repositorio de información digital de la Dirección de Infraestructura y Tecnología que integre la información asociada a la gestión en el componente de proyectos en ejecución.	Porcentaje de avance en la implementación del repositorio de información digital	Mantener la información producto de desarrollo y ejecución de los proyectos, así como la información producto de las funciones y requerimientos de la DIYT para que este disponible según la necesidad o requerimientos de las partes interesadas	Se desarrolló mediante la actualización permanente del repositorio digital de proyectos, consolidando y organizando la información técnica, contractual y administrativa correspondiente a cada iniciativa en ejecución. A lo largo del año se mantuvo un cargue constante de evidencias, actas, informes y documentación estructurada, conforme a la codificación definida para la Dirección. Los referentes técnicos de cada línea de trabajo aportaron información periódica, permitiendo la trazabilidad de los proyectos y facilitando la consulta por parte de las áreas interesadas. El repositorio se fortaleció como herramienta central para el seguimiento, la transparencia y la gestión documental, manteniéndose completo, vigente y accesible durante todos los trimestres.	100,00%
M5 Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	Monitorear el avance del SG de la SDS	Durante la vigencia se gestionó la documentación del Sistema de Gestión de la Dirección de Infraestructura con gestión e inicio al traslado documental de lineamientos, formatos y guías, y traslado documental a nuevas plantillas establecidas en el marco del nuevo modelo operativo por procesos. Se ejecuta el respectivo reporte del inventario documental debidamente actualizado y se cumple con	96,30%

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
			la programación establecida según el inventario documental, con actualización documental y control documental de procedimientos. Se realiza el respectivo reporte del normograma en los tiempos establecidos, no obstante no se consiguió la totalidad del porcentaje estimado en el componente de mejora normativa debido a que se reportó de manera tardía por parte del referente del normograma. Se realizó la formulación del Plan operativo de gestión y desempeño, se ejecuta el reporte del plan operativo en los tiempos establecidos, y se realiza el reporte de indicadores de manera trimestral según lo establecido en el tablero de control. Se actualizó la matriz de partes interesadas; no obstante no se ejecuta aún el instrumento de medición de percepción del usuario y se reprograma la actividad para la gestión, y se gestionó la totalidad de planes de mejoramiento pendientes por reportar. Se participó en las actividades programadas por la Dirección de Planeación Institucional y calidad durante toda la vigencia.	
M6 Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	Acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción realizadas	Monitorear Medición de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	Durante la vigencia se definió como actividad transversal gestionar y monitorear los componentes del programa de transparencia y Ética Pública y el cumplimiento de los estándares de publicación y divulgación de la información de transferencia y acceso a la información pública. No aplican actividades específicas en el componente para la dirección de infraestructura y tecnología, no obstante, por solicitud de la dirección de planeación institucional y calidad se deja con algún porcentaje como actividad transversal para todos los procesos. Se dio cumplimiento con la totalidad de actividades en las que tiene algún grado de participación la Dirección de Infraestructura para los componentes de transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	100,00%

CONCLUSIÓN(ES)

Se realizaron la totalidad de actividades específicas asociadas a las asistencias técnicas, se atendieron la totalidad de requerimientos que llegaron por los diferentes canales a la Dirección de Infraestructura, así mismo se hace el respectivo seguimiento y actualización al plan bienal, también se gestionaron y aportaron los informes de gestión predial de cada una de las subredes integradas de servicios. Se gestionaron la totalidad de requisitos de las partes interesadas y de actividades asociadas al plan de ordenamiento territorial, con relación a las asistencias técnicas y asistencias a las charlas para dar cumplimiento a los instrumentos del ordenamiento territorial. Se gestionaron las actividades pertinentes para dar continuidad en la ejecución de las metas de los planes de Desarrollo, no obstante se tuvieron algunos inconvenientes respecto a las actividades de desarrollo en los contratos derivados que no permitieron dar un continuo desarrollo a los proyectos y por tanto algunos convenios se suspendieron, así mismo el equipo se enfocó en el trabajo de los trámites administrativos durante el último trimestre que pudieran dar continuidad a los proyectos que presentaban cuellos de botella, por lo tanto no se pudieron ejecutar visitas de obra que permitieran cumplir las metas. Se alimentó el repositorio de información con la información necesaria y de forma continua para cada uno de los proyectos. Se cumplen la mayoría de actividades del tablero de control planteadas por la dirección de calidad según los plazos establecidos, no obstante no se cumplió la totalidad del porcentaje en las metas debido a que no hubo claridad frente a la realización del ejercicio de medición de percepción del cliente, por lo que la dirección de infraestructura no ejecutó dicho ejercicio de percepción para sus partes interesadas. Se ejecutó la totalidad de actividades en el tema de transparencia acceso a la información y lucha contra la corrupción.

18. DEPENDENCIA: DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	Monitorear el avance del SG de la SDS	Se desarrollaron en su gran mayoría las acciones proyectadas en el periodo de evaluación. Se actualizaron los documentos del proceso y se desarrollaron acciones de socialización en el periodo. Se cumplieron las acciones establecidas tales como: Elaboración de Informes de Gestión, Actualización Documental, Requerimientos ISOLUCIÓN, Acciones de Mejora del proceso, Acciones de Entrenamiento, Reprotes POGD, Otros. De otra parte, según disposiciones establecidas se reprogramaron las acciones para la evaluación de la percepción del cliente de los procesos.	99,55%
Realizar las Acciones para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	Ejecutar las actividades para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	Para la vigencia 2025 se dio continuidad al seguimiento y monitoreo del plan estratégico y la plataforma estratégica por medio el aplicativo ISOLUCION, en el cual se encuentra el tablero de control para realizar la medición de los indicadores asociados a las iniciativas y proyectos por medio de los cuales se realiza el despliegue de los objetivos estratégicos de la entidad. Se gestionaron acciones de socialización y avances con respecto a elementos del nuevo modelo. Se gestionaron las acciones para el desarrollo del Comité institucional de Gestión y Desempeño, así como la elaboración y consolidación de los informes de gestión y desempeño de las políticas a cargo de la DPIYC. Frente a las acciones definidas para el desarrollo de las diferentes políticas se cumplen las tareas actividades programadas.	96,00%
Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	Acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción realizadas	Monitorear Medicion de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	Como resultado de la meta, se desarrollaron las acciones programadas en el periodo según el PTEP y se efectuo el primer monitoreo consolidado con la Oficina de Control interno; así mismo, se gestionaron las acciones para la publicación de la información según lo contemplado en el plan de transparencia de la SDS. Se consolidó el Programa de Transparencia y Ética Pública de la SDS con soportes de construcción	100,00%

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
			PTEP y matrices de seguimiento PTEP y reporte consolidado, con monitoreo y seguimiento. En cumplimiento de los estándares de publicación y divulgación de la información de transparencia y acceso a la información pública, se aprobó y cargó el Plan de Transparencia y Acceso a la información Pública en la plataforma ISOLUCIÓN, y se gestiona el reporte de los informes de transparencia para el monitoreo del Plan de Transparencia y acciones a cargo de las Dependencias de la SDS. Se desarrollaron los informes de seguimiento a los elementos de transparencia para su monitoreo y control.	

CONCLUSIÓN(ES)

La mayoría de las actividades programadas durante el periodo fueron desarrolladas de manera satisfactoria, destacándose la formulación de POGD, la elaboración de informes de gestión, la actualización documental y la atención a requerimientos en ISOLUCIÓN. Algunas acciones, particularmente la evaluación de percepción del cliente, fueron reprogramadas de manera planificada y estratégica para garantizar su desarrollo integral. Las actividades adelantadas contribuyeron al despliegue de políticas claves, como el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, la Plataforma Estratégica de la SDS y la Política de Seguridad Digital, con avances significativos en la identificación y tratamiento de riesgos de seguridad de la información. Se evidencian progresos importantes en la formulación, socialización y seguimiento del Programa de Transparencia y Ética Pública, así como en la consolidación del Plan de Transparencia y Acceso a la Información Pública, garantizando la actualización y publicación de información en la página web institucional y la vinculación activa de grupos de interés

19. DEPENDENCIA: OFICINA Y CONTROL INTERNO

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	Monitorear el avance del SG de la SDS	Para la vigencia 2025, se presentó informe de POGD de la vigencia anterior, se realizó formulación de POGD para la vigencia y se realizó seguimiento y monitoreo, con el fin de dar cumplimiento a los objetivos del proceso. Durante el periodo, la Oficina contribuyó con la mejora de la política normativa remitiendo oportunamente la actualización normativa del proceso de Evaluación Independiente a la Gestión Institucional. Se realizó análisis de contexto interno y externo, así como seguimiento de la DOFA del proceso, se actualizó mapa de riesgos y se realizó seguimiento y monitoreo a los controles definidos para evitar la materialización del riesgo, y se realizó la correspondiente autoevaluación. En documentación, se realizó la actualización de documentos de acuerdo a la programación y necesidades, y se remitió información pertinente para elaboración de informe de revisión por la Dirección. Se realizó matriz de partes interesadas del proceso de Evaluación Independiente a la Gestión Institucional y se realizó informe de percepción del cliente correspondiente al proceso. Así mismo, se gestionaron los planes de mejoramiento de la Oficina de Control Interno, se formuló plan de mejoramiento producto de auditoría de calidad y se participó en las acciones de entrenamiento programadas por la Dirección de Planeación Institucional para el mejoramiento del Sistema de Gestión de Calidad. En el análisis se señala que el proceso cumplió con las actividades programadas por la Dirección de Planeación Institucional y Calidad para el mantenimiento y sostenimiento del Sistema de Gestión de Calidad, y que la Oficina implementó las acciones necesarias para el mejoramiento del SGC.	100,00%
Realizar las Acciones para la Implementación de las Políticas de Gestión y	Implementación de las Políticas de Gestión y	Ejecutar las actividades para la Implementación de	Para la vigencia 2025, se realizó seguimiento a la implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS mediante la gestión de	100,00%

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
Desempeño de la SDS.	Desempeño de la SDS.	las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	acciones para el cumplimiento de la Política de Control Interno, incluyendo evaluaciones de gestión por dependencias, auditorías de gestión con énfasis en riesgos, auditorías de calidad e informes de ley, así como seguimiento a los planes de mejoramiento de la CGR y CB y a los planes de mejoramiento producto de auditorías internas. Se reportó ficha de indicadores correspondiente a la Política de Control Interno, se formuló y realizó seguimiento al mapa de riesgos de Seguridad de la Información del proceso, y se formuló el análisis de impacto de la operación institucional del proceso. En el análisis se establece que el proceso ejecutó el Plan Anual de Auditoría para la vigencia 2025 y se realizó seguimiento a los planes de mejoramiento producto de las auditorías internas, promoviendo de esta manera la mejora continua de los procesos.	
Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	Acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción realizadas	Monitorear Medición de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	Para la vigencia 2025, la Oficina de Control Interno realizó gestión y monitoreo al Programa de Transparencia y Ética Pública. Así mismo, se publicó y divulgó la información emitida por la Oficina de Control Interno durante el periodo, tales como informes de auditoría, informes de ley, seguimientos y planes de mejoramiento, de acuerdo al Plan de trabajo. En el análisis se indica que en la vigencia 2025 se cumplió con lo formulado en el Programa de Transparencia y Ética Pública y el Plan de Transparencia y Acceso a la Información Pública.	100,00%

CONCLUSIÓN(ES)

El proceso de Evaluación Independiente a la Gestión Institucional ejecutó Plan Anual de Auditoría de la vigencia 2025. Se implementaron las acciones necesarias para el mejoramiento y mantenimiento del SGC, de acuerdo a los lineamientos de la Dirección de Planeación Institucional y Calidad. Se realizó seguimiento a los planes de mejoramiento con el fin de promover el mejoramiento continuo de los procesos. Se presentó informe de POGD de la vigencia anterior y se realizó formulación de POGD para la vigencia, con seguimiento y monitoreo, con el fin de dar cumplimiento a los objetivos del proceso. Durante el periodo la Oficina contribuyó con la mejora de la política normativa remitiendo oportunamente la actualización normativa del proceso. Se realizó análisis de contexto interno y externo, así como seguimiento de la DOFA del proceso.

Se actualizó mapa de riesgos y se realizó seguimiento y monitoreo a los controles definidos para evitar la materialización del riesgo.
Se realizó la correspondiente autoevaluación.
Se remitió información pertinente para elaboración de informe de revisión por la Dirección.
Se realizó matriz de partes interesadas del proceso de Evaluación Independiente a la Gestión Institucional.
Se realizó informe de percepción del cliente correspondiente al proceso.
Se gestionaron los planes de mejoramiento de la Oficina de Control Interno.
Se formuló plan de mejoramiento producto de la auditoria de calidad realizada en el mes de noviembre 2025.
Se participo en las acciones de entrenamiento programadas por la Dirección de Planeación Institucional para el mejoramiento del Sistema de Gestión de Calidad.
En la vigencia 2025 se cumplió con lo formulado en el Programa de Transparencia y Etica Publica y el Plan de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

20. DEPENDENCIA: OFICINA DE ASUNTOS DISCIPLINARIOS

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
Evaluar y/o tramitar las quejas y/o informes radicadas por los diferentes canales en la vigencia 2025.	Requerimientos tramitados	Determinar el trámite de las quejas y /o informes de servidor público allegados a la Oficina de Control Disciplinario Interno	Durante el periodo se realizó la gestión integral de las quejas e informes recibidos por los diferentes canales institucionales, desarrollando el análisis inicial para determinar competencia y proceder conforme a la normatividad aplicable. Se efectuó la clasificación de los casos, realizando los traslados cuando correspondió por falta de competencia, y dando inicio a la función disciplinaria en los asuntos que lo ameritaban. Adicionalmente, se atendió la comunicación oportuna a la ciudadanía y/o informantes sobre el trámite dado a sus requerimientos, asegurando respuesta dentro de los términos establecidos y manteniendo continuidad en la atención de los casos.	100,00%
Dar impulso procesal a las actuaciones disciplinarias aperturadas por la oficina, en la vigencia 2025.	Eficacia del impulso procesal	Determinar el número de actuaciones disciplinarias gestionadas y/o tramitadas en la Oficina de Asuntos Disciplinarias.	En el periodo se adelantaron actuaciones disciplinarias en primera instancia, garantizando el avance procesal conforme a las etapas previstas y en observancia de las garantías procesales. Se continuó con el conocimiento de expedientes activos y se promovió la dinámica de impulso para los asuntos aperturados en el trimestre, asegurando que las actuaciones se tramitaran bajo los lineamientos normativos vigentes. La gestión reflejó continuidad operativa en el manejo de los procesos y consistencia en el desarrollo de las actuaciones dentro de los términos y procedimientos aplicables.	100,00%
Desarrollar estrategias pedagógicas dirigidas a los servidores públicos, contratistas y colaboradores de la entidad que promuevan y fortalezcan la disciplina preventiva para la vigencia 2025.	Sensibilización interna en disciplina preventiva	Medir el número de actividades pedagógicas realizadas para la prevención de faltas disciplinarias.	Durante la vigencia 2025 se ejecutaron acciones pedagógicas de disciplina preventiva dirigidas a servidores, contratistas y colaboradores, mediante herramientas de comunicación interna y espacios virtuales. Se realizaron actividades de sensibilización y socialización sobre temas de interés disciplinario, incluyendo orientaciones relacionadas con conflicto de intereses, responsabilidades asociadas a la supervisión contractual, manejo y custodia de información, y pautas de comportamiento institucional. También se promovieron ejercicios de apropiación a través de dinámicas lúdicas y mensajes preventivos,	100,00%

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
			fortaleciendo la cultura de autocontrol y la prevención de faltas disciplinarias. En general, la meta evidenció un comportamiento estable, con desarrollo continuo de las actividades planeadas durante el periodo.	
Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	Monitorear el avance del SG de la SDS	En el periodo se dio cumplimiento a las acciones asociadas al mantenimiento y sostenibilidad del sistema de gestión, a través del seguimiento y reporte de la planeación operativa y del monitoreo de indicadores del proceso. Se realizaron actualizaciones normativas aplicables, y se adelantaron actividades de gestión documental internas necesarias para la vigencia, incluyendo acciones de actualización y socialización de lineamientos y herramientas de operación del proceso. En gestión del riesgo, se elaboraron y actualizaron análisis estratégicos, se efectuó seguimiento a iniciativas institucionales, se formularon y monitorearon mapas de riesgos (incluyendo componentes de corrupción y de gestión), y se gestionaron actividades de planes de mejora asociadas a riesgos y oportunidades. Adicionalmente, se participó en espacios institucionales de acompañamiento técnico, revisión y fortalecimiento, relacionados con calidad, riesgos, seguridad de la información y seguimiento a componentes transversales. En conjunto, la meta presentó ejecución sostenida y articulada con los lineamientos institucionales del periodo.	100,00%
Realizar las Acciones para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	Ejecutar las actividades para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	Durante la vigencia 2025 se desarrollaron acciones alineadas con políticas institucionales, destacando la gestión asociada a seguridad digital y a integridad. En seguridad digital, se avanzó en la identificación y actualización de activos de información, la gestión del riesgo de seguridad y el seguimiento a los elementos requeridos para monitorear el desempeño. En política de integridad, se realizó articulación con la instancia responsable del talento humano para analizar información relacionada con presuntos hechos de corrupción y su vínculo con valores institucionales, y se ejecutaron espacios de fortalecimiento para la apropiación de la política dentro de la dependencia. En general, la meta evidenció continuidad en la gestión y	100,00%

Meta	NOMBRE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	Analisis del Indicador/Meta	Resultado del Indicador
			un comportamiento estable, con ejecución de las acciones definidas para el trimestre.	
Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	Acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción realizadas	Monitorear Medición de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	Durante el periodo se realizaron actividades de seguimiento y gestión relacionadas con transparencia y lucha contra la corrupción, incluyendo el monitoreo y reporte de avances del Programa de Transparencia y Ética Pública en lo que corresponde al proceso. Se mantuvo la actualización periódica de la normatividad aplicable y se desarrollaron acciones de fortalecimiento preventivo, mediante socializaciones internas y actividades de divulgación asociadas a conflicto de intereses y protección de la información del denunciante. Asimismo, se adelantaron acciones de publicación y divulgación de información institucional relacionada con el ejercicio de la función disciplinaria, en coherencia con los estándares de acceso a la información. En conjunto, la meta mantuvo un desarrollo constante y articulado con las actividades institucionales del periodo.	100,00%

CONCLUSIÓN(ES)

El proceso de Evaluación Independiente a la Gestión Institucional cumplió con las actividades programadas por la Dirección de Planeación Institucional y Calidad para el mantenimiento y sostenimiento del Sistema de Gestión de Calidad. La Oficina de Control Interno implementó las acciones necesarias para el mejoramiento del SGC, contribuyendo con la mejora de la Política normativa mediante la actualización normativa del proceso de Evaluación Independiente a la Gestión Institucional. Se presentó informe de POGD de la vigencia, se realizó formulación de POGD y se realizó seguimiento y monitoreo, con el fin de dar cumplimiento a los objetivos del proceso. Se realizó análisis de contexto interno y externo, seguimiento de la DOFA, se actualizó mapa de riesgos y se realizó seguimiento y monitoreo a los controles definidos para evitar la materialización del riesgo, así como la correspondiente autoevaluación. Se remitió información pertinente para elaboración de informe de revisión por la Dirección y se realizó matriz de partes interesadas y el informe de percepción del cliente correspondiente al proceso de EIG. Se gestionaron los planes de mejoramiento y se formuló plan de mejoramiento producto de la auditoria de calidad, participando en las acciones de entrenamiento programadas por la Dirección de Planeación Institucional para el mejoramiento del Sistema de Gestión de Calidad. El proceso ejecutó el Plan Anual de Auditoria y se realizó seguimiento a los planes de mejoramiento producto de las auditorias internas, promoviendo de esta manera la mejora continua de los procesos. En la vigencia se cumplió con lo formulado en el Programa de Transparencia y Etica Publica y el Plan de Transparencia y Acceso a la Información Pública, y se publicó y divulgó la información emitida por la Oficina de Control Interno de acuerdo al Plan de trabajo.

6. CAPITULO DE INVERSIÓN. EJECUCIÓN TÉCNICA Y FINANCIERA DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN DEL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD – VIGENCIA 2025

En este capítulo del presente informe de Gestión y Resultados del Fondo Financiero Distrital de Salud, contiene el objetivo general, objetivos específicos, avance de ejecución de las metas del Plan de Desarrollo, así como, los logros y presupuesto definitivo y compromisos ejecutados en el marco del Acuerdo 927 de 2024 “Por medio del cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas del Distrito Capital 2024-2027 “Bogotá Camina Segura”.

Proyecto 7790 – Fortalecimiento de la infraestructura y dotación del sector salud Bogotá

Objetivo general:

Fortalecer la infraestructura y dotación del Sector Salud en Bogotá D.C.

Objetivos específicos:

- Mejoramiento de la capacidad instalada de los servicios de salud y modernización en las infraestructuras y dotación del sector en el contexto del Modelo de salud para disminuir las brechas de desigualdad y Déficit de accesibilidad oportuna.
- Aumentar la capacidad instalada de prestación de servicios de salud complementarios y del contexto del modelo de salud

Meta Plan de Desarrollo:

Meta Plan de Desarrollo	Indicador de la meta	Programado 2025	Ejecutado 2025	Presupuesto Definitivo	Presupuesto Ejecutado
Culminar la construcción de 5 infraestructuras de Unidades de Servicios de Salud, 2 diseños de infraestructuras en salud y avanzar en la ejecución de 2 infraestructuras hospitalarias que cuentan con vigencia futura (APP Engativá, San Juan de Dios) y garantizar la APP de Bosa.	Número de infraestructuras mejoradas	3	2	196.846.003.826 *	125.962.834.750
Mejorar, dotar, reponer, construir y/o reforzar el 100% de las infraestructuras de Unidades de Servicios de Salud priorizadas y viabilizadas en el contexto del Modelo de salud + Bienestar. Indicador: 4183: Porcentaje de las infraestructuras de	Porcentaje de las infraestructuras de Unidades de Servicios de Salud mejoradas dotadas o repuestas	100%	100%	85.796.669.812	69.971.131.801

Meta Plan de Desarrollo	Indicador de la meta	Programado 2025	Ejecutado 2025	Presupuesto Definitivo	Presupuesto Ejecutado
Unidades de Servicios de Salud mejoradas dotadas o repuestas					

*Nota: por inconsistencia del reporte en el Aplicativo del SEGPLAN 2.0, se encuentra incluido el valor del proyecto 7914, lo que hace que la meta en el reporte del componente gestión aparezca con un valor de \$223.503 (valor redondeado) millones de pesos. Este valor no se puede ajustar en la plataforma, sin embargo, la SDP, realizará el cargue de información original y a su vez un reporte con los ajustes solicitados desde la Entidad.

Meta. “Culminar la construcción de 5 infraestructuras de Unidades de Servicios de Salud, 2 diseños de infraestructuras en salud y avanzar en la ejecución de 2 infraestructuras hospitalarias que cuentan con vigencia futura (APP Engativá, San Juan de Dios) y garantizar la APP de Bosa”

Análisis del indicador:

El proyecto del Centro de Salud 29 se consolida como uno de los principales logros al alcanzar el 100% de ejecución de obra, contar con conexión definitiva de energía y tener programada la apertura de los servicios, además de registrar un 95% de avance en el componente de dotación. De igual forma, en la vigencia 2025 se garantizó el pago del fondeo de la Subcuenta del Patrimonio Autónomo destinado a la retribución de la APP Bosa.

La construcción del nuevo Hospital de Usme se encuentra en etapa final, con un nivel de ejecución del 96,86% y un avance del 98% en el componente de dotación. Por su parte, el proyecto de Urgencias Tunal reporta un progreso del 49,73% en la ejecución de obra. Finalmente, los Centros de Salud Pablo VI y Trinidad Galán presentan un avance del 80% en la etapa de estudios y diseños.

Meta. “Mejorar, dotar, reponer, construir y/o reforzar el 100% de las infraestructuras de Unidades de Servicios de Salud priorizadas y viabilizadas en el contexto del Modelo de salud + Bienestar”

Análisis del indicador:

En materia de planeación técnica, se alcanzó un avance acumulado del 55% en los diagnósticos de las Unidades de Servicios de Salud, materializado en 21 informes alineados con el modelo de atención +MAS Bienestar, los cuales constituyen el principal insumo para definir inversiones, priorizar sedes y estructurar las intervenciones físicas futuras. Este logro habilita la transición gradual hacia los estudios y diseños, los cuales dependen directamente de la culminación de esta fase diagnóstica y representan el siguiente eslabón en la cadena de ejecución.

En el componente de obra, se destacan avances de alto impacto en proyectos estratégicos como el Hospital de Kennedy, que alcanzó un 98% de ejecución mediante intervenciones integrales en áreas clínicas, hospitalización, espacio público y fachadas, junto con la habilitación del servicio de hemodinamia. De manera complementaria, se inició la materialización de nuevas intervenciones en sedes como la Unidad de Servicios de Salud

Fray Bartolomé de las Casas, donde ya se registra avance en el criterio de obra adjudicada, lo que amplía la cobertura del portafolio de proyectos en ejecución.

En dotaciones hospitalarias, se registran proyectos que ya alcanzaron la fase final, como el Centro de Salud 29 con el 95% de dotación adjudicada y entregada, y el mamógrafo del CSC Suba con ejecución completa del componente tecnológico y de capacitación. A estos se suman procesos masivos de adquisición en las subredes Norte, Sur, Sur Occidente y Centro Oriente, donde se adjudicó el 95% de los ítems y se logró la entrega inicial de equipos, así como avances relevantes en la dotación complementaria del Tunal y Urgencias Tunal, que fortalecen la capacidad instalada de los servicios priorizados.

En el proyecto de estructuración del nuevo Hospital Simón Bolívar registra progresos determinantes, con un 65% de avance en los entregables iniciales y la consolidación del expediente de factibilidad por parte del estructurador, acompañado de revisiones técnicas, financieras y jurídicas por parte de la Secretaría Distrital de Salud y la Subred Norte. La entrega y ajuste del Entregable No. 5, junto con la gestión predial del lote Servita, permitieron consolidar la base arquitectónica, urbana y financiera del proyecto, reduciendo incertidumbres y acercando la iniciativa al cierre de la etapa de factibilidad.

Finalmente, el proyecto Tintal Mental Pediátrico, registra el 100% del diseño final de detalle, cerrando los contratos de consultoría e interventoría y superando los principales hitos normativos y técnicos, incluida la licencia de construcción y la aprobación del componente eléctrico. Estos avances dejan al proyecto listo para transitar a la fase de inversión y ejecución física.

En conjunto, los logros en diagnósticos, obras, dotaciones y estructuración hospitalaria confirman un avance coordinado y progresivo de las metas, con resultados tangibles en infraestructura, capacidad instalada y preparación de proyectos estratégicos para el fortalecimiento de la red pública de salud del Distrito.

Proyecto 8108 – Actualización e implementación de la arquitectura empresarial y modernización de la infraestructura tecnológica en la Secretaría Distrital de Salud.

Objetivo general:

Actualizar e implementar la arquitectura empresarial modernizando la infraestructura tecnológica, haciendo uso de las nuevas tecnologías y nuevos modelos de disponibilidad de la misma, que permitan generar continuidad de negocio ante contingencias y desastres y por ende garantizar la seguridad de la información.

Objetivos específicos:

- Renovar la infraestructura tecnológica de la Secretaría Distrital de Salud e implementar el marco metodológico de Arquitectura Empresarial.

Meta Plan de Desarrollo:

Meta Plan de Desarrollo	Indicador de la meta	Programado 2025	Ejecutado 2025	Presupuesto Definitivo	Presupuesto Ejecutado
Implementar la estrategia de arquitectura empresarial y seguridad digital para fortalecer y mejorar las capacidades institucionales y tecnológicas de información de la SDS	Estrategia de arquitectura empresarial y seguridad digital para fortalecer las capacidades de tecnología de información de la SDS	100%	93.68%	45.389.095.572	40.994.189.607

Meta. Implementar la estrategia de arquitectura empresarial y seguridad digital para fortalecer y mejorar las capacidades institucionales y tecnológicas de información de la SDS

Análisis del indicador:

En el Marco de Referencia de Arquitectura Empresarial establece la estructura conceptual, define lineamientos, incorpora mejores prácticas y traza una ruta de implementación para lograr una administración pública más eficiente, coordinada y transparente, a través del fortalecimiento de la gestión de las Tecnologías de la Información. El propósito final de este Marco es soportar el habilitador de Arquitectura de la Política de Gobierno Digital. (Definición MITIC)

Para lograr este propósito, se han identificado cinco grandes actividades claves que guiarán el cumplimiento de los objetivos de la Arquitectura Empresarial:

1. Actualización de lineamientos y directrices de acuerdo con el marco de referencia de Arquitectura Empresarial versión 3; dispuestos por Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones de Colombia - MINTIC.
2. Seguridad digital para la SDS
3. Actualización de la Infraestructura tecnológica - Componentes físicos
4. Adquirir y renovar recursos TIC para la normal operación de la Entidad – Software: Licencias
5. Operación de los diferentes dominios para mantenimiento y soporte de la Infraestructura de TI de la SDS

De acuerdo con lo anterior se tienen los siguientes resultados:

1. Actualización de lineamientos y directrices de acuerdo con el marco de referencia de Arquitectura Empresarial versión 3; dispuestos por Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones de Colombia – MINTIC; se presentan los principales resultados:

- Hoja de ruta de Arquitectura Empresarial, instrumento que orienta la planificación y priorización de iniciativas relacionadas con arquitectura empresarial, gestión de recursos tecnológicos y alineación con los planes estratégicos institucionales.

- Plan de Formación en Arquitectura Empresarial, en línea con lo establecido en la guía MAE.G.UA – Uso y Apropiación de la Práctica de AE. Este plan tiene como finalidad fortalecer las capacidades técnicas y estratégicas del personal vinculado al proceso de implementación de los lineamientos de arquitectura empresarial.
- Matriz objetivos estratégicos y motivadores
- Matriz de Sistemas de Información vs Elementos de la Infraestructura Tecnológica
- Matriz de integración de sistemas de información contra sistemas de información comparando interfaz-protocolo
- Matriz de Sistemas de información vs Procesos.
- Reportes trimestrales seguimiento trimestral a las iniciativas y/o proyectos definidos en la hoja de ruta del PETI 2025
- Catálogo de Información Institucional, Catálogo de Flujos de Información y Catálogo de Intercambio de Información.
- Catálogo de Sistemas de Información
- Catálogo de Elementos de Infraestructura Tecnológica
- Catálogo de Servicios de Tecnología
- Catálogo de Servicios de Seguridad
- 1.13 Actualización Hoja de Ruta PETI 2026
- 1.14 PETI 2026 (Actualización)

2. Seguridad digital para la SDS. En el desarrollo de la Estrategia de Seguridad Digital, para reforzar la protección de la información, mediante diversas medidas:

- Seguimiento y Gestión de Herramientas de Seguridad - Antivirus para Detección y Prevención de Amenazas:
 - ✓ Diagnóstico del servicio de antivirus actual (Kaspersky) con el objetivo de identificar los dispositivos a proteger y planificar la estrategia de implementación del nuevo antivirus (Bitdefender) en las estaciones de trabajo.
 - ✓ Elaboración de un informe de requisitos para la implementación de Bitdefender, garantizando una instalación exitosa y el cumplimiento de los requisitos mínimos del sistema.
 - ✓ Culminación del plan de trabajo para el despliegue de Bitdefender en las estaciones de trabajo de la entidad. con la Instalación total de Bitdefender en hosts a la fecha: 1649, discriminados en: (i) Instalación de forma desatendida (remota) y manual en sitio: 1628; y (ii) Instalación en servidores: 21.
 - ✓ Resultados de la gestión del antivirus institucional: se detectaron y neutralizaron un total de 51.838 virus, 314 aplicaciones potencialmente dañinas (PUA), 913 incidentes relacionados con malware web, Phishing 274 y ataques personalizados 12.097.
 - ✓ Todos estos eventos fueron atendidos oportunamente para prevenir su propagación y garantizar la integridad y continuidad de los servicios. Estos resultados reflejan el funcionamiento constante y efectivo de los sistemas de defensa, así como la respuesta activa frente a las amenazas digitales. En las

Acciones de reparación aplicadas, se tiene Bloqueo: 29.20%, Eliminación: 6.37% y Desinfección: 64.43%

- ✓ Informes técnicos y operativos mensuales como evidencia del trabajo proactivo en materia de seguridad: Informe de Actividad de Hiperdetección, Informe Antiphishing, Informe de Auditoría de Seguridad, Informe de Estado de Actualizaciones, Reporte Ejecutivo de Distribución de la Protección y Detección, Informe del Estado de malware e Informe de Incidente de Red. Estos documentos reflejan una mejora general en el nivel de riesgo, con reducción en varias categorías de amenazas. Asimismo, se evidencia una mayor eficacia en las acciones de remediación, de desinfecciones exitosas. La cobertura de protección también se fortaleció, con un incremento positivo en el número de estaciones y servidores asegurados.
 - ✓ Adquisición de una solución de seguridad perimetral que permita minimizar las amenazas de ciberataques a la red institucional” y se presentan los siguientes avances.
 - ✓ Renovación de licenciamiento (soporte y garantía) de firewall perimetral, hasta finales de 2027
 - ✓ Adquisición de licenciamiento Enterprise Protection para firewall perimetral, hasta finales de 2027
 - ✓ Renovación de licenciamiento (soporte) de equipo fortianalyzer, hasta julio de 2026
 - ✓ Renovación de licenciamiento de equipos FortiAP (soporte y garantía - 10 access point), hasta finales de 2027
 - ✓ FortiAnalyzer: equipo nuevo, entregado e instalado físicamente en el Datacenter con licenciamiento por dos años.
 - ✓ Web Application Firewall (WAF): 2 equipos entregados e instalados en Datacenter con licenciamiento por dos años.
 - ✓ Licenciamiento ZTNA y MFA: licencias entregadas y habilitadas (500 ZTNA - 500 MFA)
- Contratación del servicio de soporte del Centro de Operaciones de Seguridad (SOC) para la detección y prevención de ciberataques, así como la identificación y mitigación de vulnerabilidades”, se han alcanzado los siguientes avances:
 - ✓ Entrega y activación de licencias a partir del 3 de diciembre de 2025, para 750 activos, con vigencia de dos (2) años hasta el 3 de diciembre de 2027, que incluyen dos (2) Security Sensor-1G para IDS y sandbox de malware, con capacidad de 1 Gbps, y veintiséis (26) licencias NG-SIEM-MSSP-CL-1000-DP-CIB, correspondientes al monitoreo mensual de eventos y amenazas para 750 dispositivos (IPs), que contemplan despliegue del servicio, análisis, monitoreo de seguridad, generación de reportes y desarrollo de casos de uso (entre 5 y 10 por año).
 - ✓ Sesiones de seguimiento, actualmente en fase de levantamiento de información
 - ✓ Entrega del primer informe de ejecución, en el cual se reporta, Cero (0) incidentes tratados, el riesgo de la red es medio, considerando que solo con tener acceso en su mayor parte a eventos de red, aunque no se han alertado falsos positivos al cliente, en labor proactiva de búsqueda de falencias y mejoras se puede evidenciar

un gran riesgo en la exposición a Internet que gozan los atacantes al consumir servicios de servidores que comparten una segmentación principal a la que llegan todos los elementos de la red, considerando un ataque hay una alta probabilidad de propagación de una infección.

- ✓ Entrega del documentos definidos contractualmente y expuestos en el anexo técnico:
- ✓ Acuerdos de nivel de servicio – ANS
- ✓ Informes de instalación y parametrización de las herramientas, ilustra como la herramienta SaaS del SOC desplegada con las funciones SOAR, SIEM, UEBA, XDR, Vulnerability Scan, Threat Intelligence, Threat Hunting y Traffic Analyzer cuenta con una parametrización para la Secretaría Distrital de Salud.
- ✓ Instalación y parametrización de las herramientas, documentación técnica, casos de uso, orquestación y despliegue de las herramientas SOAR, SIEM, UEBA, XDR, SANDBOX, Analizador de vulnerabilidades, Herramienta de inteligencia y cacería de amenazas y analizador de tráfico. (iv) Reporte de Detección y Respuesta
- ✓ Mapeo de activos

3. Actualización de la Infraestructura tecnológica - Componentes físicos: En el marco del proceso de actualización de la infraestructura tecnológica, orientado a optimizar los servicios TI de la entidad conforme a los nuevos modelos de arquitectura para la Transformación Digital, se ha adelantado la adquisición de trece componentes

- Licenciamiento del sistema de información ERP
- Recursos tecnológicos, servicios y equipos para el FFDS,
- Una solución de hiperconvergencia, incluyendo servicios de migración, sistema de comunicación para servidores y repuestos destinados al Datacenter del Fondo Financiero Distrital de Salud.
- Soporte y la extensión de garantías para la solución de hiperconvergencia PIVOT3 del Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS)".
- Equipos y accesorios de producción audiovisual y fotografía profesional para la generación de contenidos de la Secretaría Distrital de Salud".
- Una solución de almacenamiento de alta capacidad para la Secretaría Distrital de Salud,
- Licenciamiento para respaldos de correo, licenciamiento y servicios de backup para almacenamiento en datastorage externo, así como la renovación del licenciamiento y soporte de Veeam Backup para la Secretaría Distrital de Salud".
- Pantallas interactivas para la Secretaría Distrital de Salud.
- Créditos de computación en la nube pública de Microsoft Azure y Google Cloud Plataforma (GCP), para garantizar la continuidad operativa, escalabilidad y seguridad de los sistemas de información de la SDS".
- Plataforma WIFI para la Secretaria Distrital de Salud.
- Construcción e implementación del sistema de información para la vigilancia en salud pública, desplegando el módulo de vigilancia ambiental de Bogotá.

4. Adquirir y renovar recursos TIC para la normal operación de la Entidad – Software:
Licencias: En el marco de la adquisición y renovación de recursos TIC asociados a tecnologías de la información para la normal operación de la Entidad, se presentan ocho

Proyectos en ejecución diferenciados entre servicios de soporte y mantenimiento y licencias adquiridas:

- Soporte para el Sistema de Gestión Documental Electrónico de Archivo (SGDEA) y el Expediente Electrónico, Actividades ejecutadas:
 - ✓ Emisión de dos certificados de activación de soporte para SDS e IDCBIS, que incluyen SGDEA, Expediente Electrónico, firmas electrónicas, encuestas y tutelas.
 - ✓ Informes mensuales de desempeño del soporte técnico relacionado con la solución de gestión documental de la Secretaría de Salud, con el registro de 33 incidentes, de los cuales 22 fueron cerrados y 9 permanecen en curso o en espera, alcanzando un nivel de cumplimiento del 65.09%; Principales causas: errores en documentos por firmar - radicar, duplicidad de expedientes, fallas en exportación a Excel, problemas en radicaciones/anexos, Novedades en creación de expedientes, Vinculación de radicados a expedientes y Documento en estado "por firmar.
 - ✓ En conclusión, con la ejecución del contrato se garantiza la operatividad, estabilidad y mejora continua del SGDEA, fortaleciendo la integridad y confiabilidad de la información archivística de la Secretaría Distrital de Salud.
- Renovación de suscripciones y licencias para los productos de software de Microsoft del FFDS, Se adquirieron las licencias y suscripciones por un término de 12 meses, que apoyan las funciones clave dentro de la entidad, alineándose con las necesidades estratégicas, como: Tecnología que da soporte, Herramientas que mejoran el trabajo diario, Capacidades analíticas y Seguridad de la información.
- Soporte y mantenimiento del sistema ISOLUCION; el contratista entregó el certificado de renovación del servicio, en el cual se establece que prestará el servicio de soporte técnico, mantenimiento y actualizaciones del software ISOLUCION durante 24 meses.
- Soporte y mantenimiento del sistema de información para la Subdirección de Laboratorio de Salud Pública LabVantage LIMS. Se definió y ejecutó un plan de trabajo dentro del plazo establecido, el cual fue validado y aprobado por la Subdirección del Laboratorio de Salud Pública, garantizando la alineación con las necesidades operativas del área.
- Se habilitó puntos de contacto exclusivos para la atención de los incidentes, solicitudes de mejora y requerimientos técnicos asociados al sistema LabVantage LIMS, asegurando una atención directa y especializada.
- Se presentaron los certificados de adquisición del plan de soporte y mantenimiento, emitidos por casa matriz LABVANTAGE SOLUTIONS INC y de LABVANTAGE LATINOAM SAS.
- Mantenimiento la operatividad y evolución funcional del sistema LabVantage LIMS, asegurando la respuesta oportuna a incidentes, la mejora continua de la plataforma y el fortalecimiento de los procesos misionales del Laboratorio de Salud Pública, en línea con los objetivos estratégicos de la Secretaría Distrital de Salud

Métricas presentadas: Incidentes totales: 12 - Incidentes resueltos: 12 (100%) - Incidentes resueltos de forma remota: 100% - Incidentes por prioridad: Alta: 11 (91.66%) - Emergencia: 1 (8.33%) - Media/Baja: 0

- Software antiplagio para la verificación de contenidos, citas, fuentes bibliográficas en la Secretaría Distrital de Salud (Licencia), se adquirió una licencia de software antiplagio orientada a la verificación de contenidos, citas y fuentes bibliográficas en la Secretaría Distrital de Salud.
- Licencias SPSS (Req. 92), Objeto: Adquirir la actualización del licenciamiento de SPSS para el FFDS, bajo el contrato 7925335-2025, Celebrado con INFORMESE SAS, con el propósito de fortalecer los procesos analíticos relacionados con el acceso, recolección, tratamiento, planificación y presentación de resultados de los datos gestionados por la Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial.

La herramienta permitirá continuar con el desarrollo de las diferentes etapas de análisis estadístico y epidemiológico, optimizando la gestión y aprovechamiento de la información institucional.

- Créditos ArcGIS Online (10 bloques de 1.000 créditos): Los créditos permiten ejecutar procesos dentro de ArcGIS Online. Realizar análisis espaciales que consumen créditos (geocodificación, enriquecimiento de datos, análisis de proximidad, etc.). Almacenar capas y alojar servicios en la nube.
Mantener continuidad operativa sin interrupción por consumo de recursos.
En conclusión, Beneficios estratégicos para la entidad, basados en el Fortalecimiento del ecosistema geoespacial institucional.

5. Operación de los diferentes dominios para mantenimiento y soporte de la Infraestructura de TI de la SDS:

- En el desarrollo de la gestión administrativa y técnica que contribuyen a la actualización e implementación de la arquitectura empresarial y la seguridad digital de la SDS, se tienen los siguientes resultados en el mantenimiento y soporte de los diferentes dominios de TIC:
- Dominio de Servidores: Desde la plataforma tecnológica encargada de la administración de servidores, se han obtenido los siguientes resultados: 1. Inventario y Diagnóstico de Infraestructura 2 Actualización y validación del inventario de servidores activos (físicos y virtuales), tanto on-premise como en la nube. 3. Diagnóstico de fallas en servidores críticos (Directorio Activo, bases de datos). 4 identificación de desincronización horaria y uso crítico de almacenamiento (ej. servidor SIDCRUE). 5. Integración y verificación del monitoreo con Zabbix. y 6. Análisis de uso de discos y proyección de necesidades de almacenamiento.
- Mantenimiento de servidores (plataforma HCEU VMWARE principalmente):
Servidores físicos intervenidos: 6.

- Implementación de Allot SSG 400: Objetivo: Control de ancho de banda y monitoreo de protocolos TCP/UDP en red 172.16.215.0/24. Como resultado: Implementación exitosa con evidencias de tráfico y funcionamiento correcto. Modo bypass: Activado manualmente y probado con éxito
- Seguridad y Gestión de Vulnerabilidades: Instalación de antivirus Bitdefender en 44 servidores (Windows y Linux), Se validó su correcta operación junto con el proveedor y el equipo de seguridad perimetral, Inicio del plan de remediación de vulnerabilidades reportadas en el informe de Ethical Hacking 2024; Mitigación de vulnerabilidades en sistemas estratégicos: PAI, Labvantage, SIDCRUE y Trámites en Línea; Actualización de 34 certificados digitales SSL, garantizando seguridad en aplicaciones web y solucionando incidentes (ej. en SaludData); Informe Instalación Agente SOC, Implementación del agente Splunk en servidores como parte del proyecto piloto para el SOC. Instalación exitosa en 8 servidores on-premise; Correo-Configuración DNS-Outlook, Ajustes técnicos en la configuración DNS para garantizar la correcta operación de Outlook. Configuración aplicada para mejorar la entrega y recepción de correos y Reducción de errores de resolución DNS.

Proyecto 8114 – Modernización y desarrollo administrativo de la Secretaria Distrital de Salud

Objetivo general:

Fortalecer la capacidad institucional a nivel administrativo garantizando el cumplimiento de las operaciones de la Secretaría Distrital de Salud - Fondo Financiero Distrital de Salud

Objetivos específicos:

- Desarrollar acciones orientadas a la mejora continua de la gestión institucional

Meta Plan de Desarrollo:

Meta Plan de Desarrollo	Indicador de la meta	Programado 2025	Ejecutado 2025	Presupuesto Definitivo	Presupuesto Ejecutado
Contribuir al 100% en el ejercicio de la transparencia e innovación para el fortalecimiento de las capacidades institucionales del sector	Porcentaje del ejercicio de la transparencia e innovación institucional contribuido	100%	91,97%	34.740.477.502	34.630.429.696

Meta. Contribuir al 100% en el ejercicio de la transparencia e innovación para el fortalecimiento de las capacidades institucionales del sector

Análisis del indicador:

Desde la meta se contemplan en cuatro acciones las cuales aportan al cumplimiento de esta:

- 1. Gestión administrativas y técnicas que contribuyen a la Modernización y desarrollo administrativo de secretaria Distrital de Salud.**

- Depuración de la página WEB y el micrositio de transparencia de conformidad a la información asociada de las Políticas Institucionales tales como: Política de Sistema de Gestión de la Seguridad- SGSI y Política de Sistema de Gestión de la Calidad - SGC. Así mismo efectuar la socialización de las políticas relacionadas con los líderes y gestores de los procesos.
- Avance del indicador de austeridad del gasto ante el Comité Sectorial de Gestión y Desempeño con corte al primer semestre del 2025, mostrando los resultados para cada uno de los artículos objeto de austeridad definidos el Decreto 062 de 2024.
- Presencia constante en medios de comunicación a través de acciones free press (acciones para divulgar información y lograr cobertura mediática sin pagar) como la elaboración y divulgación de 220 boletines de prensa de la SDS y 20 boletines en conjunto con la Alcaldía y otras entidades del Distrito como las Secretarías Distritales de Integración Social, Ambiente y Educación, y la atención y respuesta a 308 solicitudes de periodistas y medios de comunicación sobre diferentes temas, dentro de los que se destacan temas de salud pública como salud mental, virus sincitial respiratorio, vacunación general y VPH, vigilancia intensificada por fin de año, y otros estratégicos como el modelo MAS Bienestar, Gestores de Bienestar, situación de salud en Bogotá, Bogotá BIO, sistema sociosanitario, nuevo modelo de urgencias y emergencias, y temas o novedades en servicios o infraestructura de las Subredes Integradas de servicios de salud.
- Planeación y desarrollo de 117 acciones y 19 campañas de comunicación externa como Desvapea tu mente, Póngase Trucha, Sano y con Sazón, Vacúnate y sé un vacán, Pruébate (prevención VIH), Da Vida sin perder la tuya (salud materna), Negocios Saludables- Negocios rentables (autorregulación de negocios), Listos, Jornadas Distritales de Epidemiología, A tiempo es vida – prevención cáncer de mama, Halloween, Prevención Virus Sincital Respiratorio, Prevención uso de pólvora, Apaga el riesgo (prevención de accidentes domésticos), Prevengamos las IRA, MAS Bienestar, Servicio Sociosanitario, Vigilancia intensificada y Donación de órganos y donación de sangre (algunas de estas se crearon en años anteriores, pero se vienen actualizando en contenidos y replicando conforme a las necesidades actuales dada la importancia del tema), y participación en 4 lideradas por la Alcaldía Mayor (Sépti más, Bogotá no es un basurero, 487 razones para amar a Bogotá y Día Mundial de las Ciudades).
- Fortalecimiento de la relación con entidades del sector salud como las Entidad Administradora de Planes de Beneficios en Salud - EAPBS y Subredes, a través del envío de 23 campañas o material informativo de salud para replicar y la elaboración de 32 boletines de prensa; Refuerzo de la producción gráfica y audiovisual mediante la elaboración de 1.656 videos en diferentes formatos para divulgación externa en su mayoría o envío a medios de comunicación (fulles-declaraciones de voceros sobre temas específicos), producción de 40 audios (algunos cuñas para los planes de

medios), diseño gráfico de 2.969 piezas de comunicación, adaptación de 1.679 y ajuste de imagen institucional de 929, lo que contribuyó a que la comunicación fuera más visual y comprensible para la ciudadanía;

- Como resultado del trabajo desarrollado en la Oficina Asesora de Control Interno durante la vigencia 2025, se logró un cumplimiento del 100% del Programa Anual de Auditorías (PAA), lo cual incluye:

El 100% de las auditorías internas de gestión con énfasis en riesgos programadas.

El 100% de las auditorías internas de calidad previstas.

El 100% de los seguimientos estratégicos definidos en el PAA.

El 100% de los informes de ley, elaborados y presentados dentro de los plazos establecidos.

- En términos de mejora institucional, los resultados obtenidos se reflejan en la generación de acciones correctivas y preventivas orientadas al fortalecimiento del control interno y la gestión del riesgo, así: 18 planes de mejoramiento derivados de auditorías de gestión, que consolidaron un total de 162 no conformidades y acciones para abordar los riesgos identificados.

19 planes de mejoramiento, 62 no conformidades y acciones para abordar los riesgos derivadas de las auditorías internas de calidad. Un total global de 224 acciones orientadas a la corrección de debilidades, mitigación de riesgos y fortalecimiento de los procesos institucionales.

- Estos resultados evidencian el aporte significativo del Programa Anual de Auditorías (PAA) al mejoramiento continuo de la entidad, al fortalecimiento del Sistema de Control Interno y al cumplimiento de los objetivos estratégicos, consolidando a la Oficina de Control Interno como un actor clave en la generación de valor público y en la promoción de una gestión transparente, eficiente y orientada a resultados.
- Desde la Oficina Asesora de Control interno Disciplinarios se desarrollaron como actividades principales, la sustanciación de procesos disciplinarios (función disciplinaria), el desarrollo de actividades de disciplina preventiva y la actualización de las bases de datos de los procesos e intervención documental.
- En lo que respecta a función disciplinaria, esta oficina a través de autos dio inicio, adelantamiento y desarrollo a las etapas de apertura de indagación previa y el proceso de investigación disciplinarias adelantadas en contra de los servidores públicos que ejercen funciones públicas o manejen dineros del estado de conformidad con el Código General Disciplinario, lográndose así dar trámite a las denuncias objeto de competencia de este despacho.
- En cumplimiento a la función preventiva, este despacho a través de diferentes acciones como exposiciones, “pantallazos” e instructivos, entre otros, logró divulgar en la Secretaria Distrital de Salud información dirigida a evitar la ocurrencia de hechos, actos u omisiones contrarios a la Constitución o a la Ley, así como de vigilar y evitar la

realización de conductas que afecten el interés general y la violación de los derechos fundamentales y colectivos.

- En lo que atañe a la actualización de bases de datos de los procesos e intervenciones documentales, se logró mantener consolidada la información de los expedientes y documentos físicos y electrónicos que se encuentran bajo responsabilidad de esta oficina.
- Se realizó prevención del daño antijurídico de un 99%, con las actuaciones procesales ya que el periodo de diciembre se presentó (1) sentencia en contra de la SDS fallo de segunda instancia, dentro del proceso de nulidad y restablecimiento del derecho de los 255 procesos vigilados en el presente periodo por los profesionales de la Oficina Asesora Jurídica.

- 1357 resoluciones de recursos entre los que incluyen:

Recursos de apelación, recursos de quejas, revocatorias contribuyendo al beneficio administrativo de la entidad y cumpliendo con los términos dispuestos en la ley.

Defensa técnica en los estrados Judiciales de 11.929 tutelas ingresadas.

Revisión de 732 proyectos de respuesta a organismos de control.

Favoreciendo la obtención de resultados con beneficios en la gestión administrativa de la entidad.

- Para el 2025 como parte de los procesos de cobro coactivo se han emitido los siguientes actos administrativos: Resolución mandamiento de pago (Emitidos 3.464 - Notificación); Resolución 8); Resolución resuelve excepciones (Emitidos 131 - Notificación efectiva 131); Resolución resuelve recurso de reposición (Emitidos 221 - Notificación efectiva 219); Resolución de acuerdo de pago (Emitidos 203 - Notificación efectiva 203); Resolución de incumplimiento (Emitidos 159 - Notificación efectiva 148); Resolución continuar ejecución (Emitidos 2.319 - Notificación efectiva 2.074); Resolución de embargo (Emitidos 1.973); Resolución de terminación de proceso (Emitidos 2.674 - Notificación efectiva 2.207) para un total de 11.144 actos administrativos emitidos de los cuales 9.686 ya cuentan con notificación y/o comunicación efectiva.

2. Conservación del Complejo hospitalario San Juan de Dios - CHSJD en el marco del Plan Especial de Manejo y Protección – PEMP

Se realizaron actividades para la Conservación del Complejo hospitalario San Juan de Dios - CHSJD en el marco del Plan Especial de Manejo y Protección – PEMP, garantizando la gestión y pago de los servicios públicos, la prestación del servicio de aseo y la prestación de vigilancia privada, servicio canal alternativo de internet satelital teniendo en cuenta que para la prestación del servicio de vigilancia y seguridad privada se requiere el despliegue de medios tecnológicos requeridos para la conservación del Complejo hospitalario San Juan de Dios CHSJD.

En cuanto a la jardinería se realizó mantenimiento periódico de los jardines y el barrido y desyerbe de las zonas duras del Complejo hospitalario San Juan de Dios- CHSJD, Así como,

como también se avanzó con la poda en una parcial de las zonas verdes del predio, dado que, por tamaño de la zona verde del predio, se efectuó la fumigación en el Complejo Hospitalario San Juan de Dios, abarcando todas las áreas del complejo, incluidas aquellas que se encuentran dentro de las zonas de obras. La actividad tuvo como finalidad el control integrado de plagas mediante la aplicación de productos insecticidas de uso autorizado, formulados para el control de microorganismos y vectores como hongos, bacterias, ácaros y otros agentes biológicos. El procedimiento se ejecutó mediante el método de aspersión, utilizando equipos de fumigación calibrados que garantizan una cobertura uniforme y eficiente en las superficies tratadas.

Con el objetivo de dar continuidad a las actividades realizadas por el Ente Gestor Transitorio, se realiza adición No. 2 al convenio No. 6380087 suscrito con el Instituto Distrital de Patrimonio Cultural -IDPC para hacer seguimiento a la implementación del Plan Especial de Manejo y Protección- PEMP y a las acciones realizadas por los entes operadores que realizan intervenciones en el CHSJD." se analiza el estado de avance de diecinueve (19) contratos de obra e interventoría, verificando su cumplimiento en relación con los cronogramas establecidos y los lineamientos jurídicos y técnicos aplicables.

En el componente técnico, se llevó a cabo el seguimiento técnico de los contratos de obra e interventoría, mediante la evaluación del porcentaje de avance con relación al tiempo transcurrido y el tiempo restante de ejecución para cada uno de los diecinueve (19) contratos de obra e interventoría suscritos por el Ente Operador (Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes), Dicho seguimiento permite realizar la verificación al cumplimiento de los cronogramas establecidos, así como la adecuada ejecución contractual conforme a los lineamientos jurídicos y técnicos aplicables

En el marco del Contrato No. 8060819 de 2025, cuyo objeto es "Realizar el inventario y diagnóstico arbóreo del Complejo Hospitalario San Juan de Dios", durante el mes de octubre el contratista Biota S.A.S. Se consolidó el inventario forestal, la marcación de arbolado y el plan de podas para 1034 individuos arbóreos, en el momento se encuentran en ajustes los documentos para posterior radicación ante la Secretaría Distrital de Ambiente.

Se realizaron mesas técnicas para analizar la propuesta de Adición y modificación No. 1 al convenio No. 7110143 suscrito con la Empresa de Renovación y Desarrollo Urbano de Bogotá D.C- RENOBO. El contratista GRUPO EMPRESARIAL SOLUCIONES CUATRO EN UNO mediante contrato No. 8146800 de 2025, ejecuto labores de mantenimiento correctivo y preventivo en diferentes frentes del Complejo Hospitalario San Juan de Dios, cumpliendo con los lineamientos técnicos y normativos establecidos por la Secretaría Distrital de Salud.

En el edificio Unidad de Valoración y Observación - UVO se realizó el suministro e instalación de angeo metálico en un área total de 55 m², utilizando andamios certificados para garantizar la seguridad en altura. Esta actividad incluyó la preparación del soporte, fijación mecánica del material y verificación de la tensión y estabilidad del angeo, asegurando protección contra ingreso de aves, y optimización de ventilación controlada en las áreas actualmente ocupadas con material de archivo y elementos de patrimonio histórico y arqueológico de los edificios actualmente en intervención por parte de los contratos celebrados con el Ministerio de Cultura y RENOBO

En el edificio Unidad de Valoración y Observación - UVO (se ejecutó la instalación de teja plástica traslúcida No. 6 en una superficie de 71,28 m², incorporando todos los accesorios necesarios para su correcta fijación y hermeticidad. El procedimiento contempló el desmontaje de elementos deteriorados, limpieza de la estructura, instalación de las nuevas piezas con sellado perimetral y pruebas de resistencia a filtraciones, garantizando iluminación

natural y protección contra agentes externos.

Finalmente, en el edificio de mantenimiento se desarrolló el mantenimiento integral de canales en una longitud de 253,60 ml, que incluyó lavado con hidro lavadora para remover sedimentos, limpieza de canales, bajantes y cajas de paso recolectoras de aguas lluvias. Esta intervención asegura la correcta evacuación de aguas lluvias, previene filtraciones y prolonga la vida útil de la estructura, cumpliendo con estándares de limpieza y control de humedad.

3. Realizar la modernización y mantenimiento de la infraestructura física.

- De acuerdo con los resultados de la consultoría para los diseños de modernización de la infraestructura física del Centro Distrital de Salud se recibieron en noviembre.
- En el marco del contrato que tiene por objeto Realizar la modernización tecnológica de los ascensores del Centro Distrital de Salud, se adelantó la liberación de fabricación de componentes de ascensores para su modernización, según las especificaciones técnicas descritas en el contrato.

4. Realizar acciones de comunicaciones y Divulgación en el marco de la Modernización y Desarrollo administrativo de la SDS

- Solicitud e inicio de 6 planes de medios que corresponden a las campañas sobre prevención uso de pólvora, nuevo modelo de urgencias y emergencias, acontecimientos de ciudad, vacunación y temas priorizados solo en redes sociales (Always on - para impulsar varios temas priorizados este mes, con contenidos relevantes que se adapten a las búsquedas e intereses de las audiencias de redes).
- Fortalecer las capacidades institucionales que contribuyan en el mantenimiento y mejora continua del Modelo Integrado de Planeación y Gestión. La Estrategia de Armonía se desarrolló con el propósito de fortalecer el clima organizacional y promover un cambio cultural positivo dentro de la entidad, logrando la participación de más de 2.217 personas, entre funcionarios y contratistas. Este amplio alcance permitió, en una primera etapa, captar la atención de los colaboradores, sensibilizándolos sobre la importancia de construir ambientes de trabajo basados en el respeto, la colaboración y el bienestar. Posteriormente, la estrategia logró comprometer activamente a los participantes, invitándolos a ser parte del cambio cultural y organizacional orientado a la mejora del clima laboral. A través de las actividades desarrolladas, como los (7) Mental Picnic y las intervenciones de coaching que generaron espacios de interacción significativos que facilitaron el diálogo y la reflexión en torno a temas clave como la comunicación efectiva, la empatía y el liderazgo, fortaleciendo las relaciones interpersonales y el trabajo en equipo. De manera complementaria, cada una de las actividades fue acompañada por afiches con mensajes disruptivos (47), diseñados para invitar a la reflexión sobre cómo se vive y se construye la cultura de la armonía en la organización. Estos mensajes contribuyeron a generar una alta expectativa y apropiación de la estrategia, motivando la continuidad de las acciones y el compromiso con un proceso de mejoramiento continuo en el entorno laboral.

- Así mismo, como mecanismo de sostenibilidad de la estrategia, se conformó el equipo de Embajadores de la Armonía, integrado por (35) delegados de cada una de las áreas. Estas personas fueron reconocidas por su desempeño y por el ejemplo que brindan en su día a día, convirtiéndose en referentes que promueven comportamientos positivos y contribuyen a la creación de espacios de trabajo más armónicos, respetuosos y colaborativos. Se llevó a cabo un evento simbólico que permitió fomentar, de manera corresponsable, la construcción de entornos laborales más equitativos, respetuosos y colaborativos. En el marco de esta actividad, se dispusieron letras en acrílico con la palabra “ARMONÍA”, en las cuales directivos, funcionarios y contratistas consignaron sus compromisos para la vigencia 2026, evidenciando una participación y articulada de los diferentes niveles de la entidad.

Proyecto 8119 – Implementación de Salud Digital para Bogotá.

Objetivo general:

Desarrollar una solución tecnológica interoperable sectorial e intersectorial para la operación, monitoreo y divulgación de resultados de la Atención Primaria Social en pro del bienestar de la población de Bogotá D.C.

Objetivos específicos:

- Concertar la integración de los actores sectoriales e intersectoriales para la puesta en marcha de una solución tecnológica interoperable, que permita identificar factores de riesgos en salud y orientar la oferta de servicios del sector
- Disponer información relacionada con la situación de salud de la población de Bogotá D.C. y monitoreo de la estrategia Atención Primaria Social.

Meta Plan de Desarrollo:

Meta Plan de Desarrollo	Indicador de la meta	Programado 2025	Ejecutado 2025	Presupuesto Definitivo	Presupuesto Ejecutado
Implementar en 100% el Plan de Acción de transformación digital del sector salud que permitan desarrollar la puesta en marcha de un sistema de información interoperable sectorial e intersectorial para la operación, monitoreo y divulgación de resultados de la Atención Primaria Social en pro del bienestar de la población de Bogotá D.C.	Porcentaje de avance del Plan de Transformación Digital del Sector Salud para la puesta en marcha de un sistema de información	100%	80,93%	13.818.417.485	13.731.809.997

Meta. Implementar en 100% el Plan de Acción de transformación digital del sector salud que permitan desarrollar la puesta en marcha de un sistema de información interoperable sectorial e intersectorial para la operación, monitoreo y divulgación de resultados de la Atención Primaria Social en pro del bienestar de la población de Bogotá D.C.

Análisis del indicador:

En el marco de la Implementación de un Plan de Trabajo que apunte a una solución tecnológica interoperable en el sector salud e intersectorial liderado por la SDS con alcance de Ciudad se cuenta con:

- Implementación de infraestructura tecnológica para los entornos de QA y producción de la plataforma Bogotá Digital (BD): Se llevó a cabo la implementación y configuración de la infraestructura tecnológica bajo el modelo de Infraestructura como Servicio (IaaS) para los entornos de Quality Assurance (QA) y Producción de la plataforma Bogotá Digital. Además, se realizaron pruebas exhaustivas en cada uno de los componentes tecnológicos implementados, garantizando su correcto funcionamiento y configuración.
- Actualización integral de la plataforma Bogotá Digital: Se desplegó la versión v4 del producto Onesait Healthcare Data (OHD) en un entorno de pruebas (QA) utilizando tecnología basada en contenedores a través de la plataforma OpenShift, en infraestructura IaaS en Microsoft Azure. Se avanzó en la configuración de varios módulos clave, como el Motor de Integración, el Gestor de Salud Poblacional y el Gestor de Campañas, además de herramientas como el Generador de Formularios, los Tableros de Control y el Almacén de Datos. También se configuraron las bases de datos y servidores web para ser autogestionados. Finalmente, se activó la funcionalidad de autoescalado en OpenShift para optimizar el uso de recursos según la demanda del sistema.
- Análisis, diseño y despliegue de procesos y casos de uso sectorial e intersectorial: En el marco del proyecto, se desarrollaron acciones clave orientadas a la estructuración y documentación de procesos sectoriales e intersectoriales, con un enfoque estratégico en la gestión del riesgo y la interoperabilidad de los sistemas de salud.

Entre los principales avances se destacan:

- Modelo operativo y gestión de requerimientos: Se estructuró un marco de trabajo para la recolección y gestión de requerimientos funcionales, que incluyó la implementación de reuniones de seguimiento (dailies) los lunes, miércoles y viernes, con una duración de 30 minutos y la participación de representantes de áreas como Servicios de Salud, Urgencias y Emergencias, Salud Pública, Observatorio de Salud y Dirección TIC. El control de actividades se realizó mediante la herramienta Azure DevOps, lo que permitió consolidar un Product Backlog priorizado y mejorar la trazabilidad de los entregables.
- Planificación y gestión del proyecto: Se elaboró un plan de trabajo detallado con hitos y entregables definidos, facilitando la supervisión del progreso y la adopción de acciones correctivas. Asimismo, se diseñó e implementó un modelo de gestión de riesgos, permitiendo identificar, evaluar y mitigar factores que podrían afectar la ejecución

del proyecto. Se estructuró un Product Backlog con funcionalidades priorizadas. Se gestionaron las historias de usuario mediante Azure DevOps, con trazabilidad completa desde los requerimientos hasta su implementación técnica y validación funcional

- Gestión del riesgo por Eventos: estrategia de gestión del riesgo, que integra los tres frentes de trabajo: individual, familiar y comunitario, y con el cambio en la metodología de cálculo —basada ahora en un modelo lineal compuesto por la sumatoria de los pesos ponderados de dichos frentes, se priorizaron los siguientes eventos para su implementación: población vulnerable, depresión, hipertensión, cáncer de mama, morbilidad extrema y desnutrición. Avance en la construcción de funcionalidades para la gestión del riesgo clínico por eventos. Diseño y desarrollo de tableros para monitoreo y seguimiento de indicadores asociados a eventos críticos en salud. Creación de flujos de trabajo para la identificación, análisis y priorización de pacientes con factores de riesgo. Integración de fuentes de información como GTAPS, RIPS y la Base Maestra, para enriquecer el análisis del riesgo
- Segunda versión diseño técnico funcional para los eventos de vulnerabilidad, el cual incluye la nueva definición del modelo operacional para la gestión de las fuentes de información. Igualmente, se adelantaron validaciones de los tableros de vulnerabilidad y depresión en cuanto completitud de datos, validación de filtros y navegación.
- Desarrollo y ajuste de los tableros de control para Depresión, Hipertensión y Diabetes, alcanzando nuevas versiones técnicas con ajustes funcionales, mejoras metodológicas y carga de datos dummy actualizados. Para Depresión, se produjeron las versiones 4 y 5 del tablero, incluyendo correcciones en cálculos familiares y nuevas métricas de "sin datos". Asimismo, se entregó la versión 3 del diseño técnico-funcional y se trabajó en el programa del plan de manejo del trastorno depresivo, desplegado en QA para su continuación por parte del equipo SDS. En Hipertensión y Diabetes, se avanzó con la versión 3 del tablero y se actualizaron documentos metodológicos clave por parte de la SDS. Paralelamente, se presentó la primera versión del tablero de Riesgo de Femicidio, integrando información intersectorial para el monitoreo de casos y factores asociados.
- Se habilitó el tablero de Vulnerabilidad en los ambientes de QA y Producción, lo que permite la identificación de población, familias y territorios con alta vulnerabilidad en la ciudad de Bogotá

• Integración de fuentes al Visor de Historia Clínica

Se avanzó en el diseño técnico y funcional para integrar RIPS, Base Maestra y GTAPS al Visor de Historia Clínica. Se actualizó el diagrama de datos, se ajustó la capa de integración

para el consumo inicial por parte de Indra y se elaboraron diagramas de escenarios. La solución se encuentra actualmente en pruebas QA con una muestra de datos reales para su validación funcional. También se actualizaron y almacenaron en la ruta definida los documentos técnicos correspondientes (especificaciones, catálogos y data dummy).

Se integró un widget de estimación de riesgo de vulnerabilidad en el Visor de Historia Clínica (V4), facilitando el análisis a nivel individual, familiar y territorial, así como el seguimiento temporal del riesgo mediante visualizaciones gráficas y filtros dinámicos.

APP Movil (Promotor Virtual): Se diseñó en manual de instalación de Open VPN para que los usuarios de la SDS realicen las configuraciones en los dispositivos móviles de la APP en ambiente QA.

Compilación y pruebas de la aplicación móvil en iOS, entregando una guía de instalación que permitirá a la Secretaría Distrital de Salud (SDS) continuar con los procesos de despliegue y mantenimiento.

Se entregó la segunda versión, que incluye nuevas funcionalidades como la sección de Avisos administrada desde el (Sistema de Gestión de Contenidos o Content Management System)CMS, actualizaciones de imagen corporativa y la activación del módulo de programas de salud, donde los ciudadanos pueden responder cuestionarios e interactuar con la SDS para reportar información sobre su estado de salud.

Se avanzó con la entrega de la versión final de la aplicación, incorporando funcionalidades como consulta clínica, programas de salud, cuestionarios y avisos. La aplicación quedó operativa para su presentación institucional. De manera complementaria, se realizaron gestiones para la habilitación de cuentas de desarrollador en Google y Apple; queda pendiente la publicación oficial de la aplicación y la definición del modelo de gestión de usuarios ciudadanos para su puesta en producción

Diseño técnico del tablero de gestión:

Se avanzó en el diseño técnico y funcional del tablero de gestión de riesgo, así como en la construcción de los modelos de extracción de datos requeridos desde las bases de datos de la plataforma BSD.

Análisis y documentación de procesos:

Se documentaron y analizaron procesos estratégicos relacionados con servicios de salud, urgencias y emergencias, gestión del riesgo individual y familiar, equipos básicos extramurales y atención en salud pública frente a casos de violencia, fortaleciendo la comprensión de los flujos operativos y las interacciones entre los distintos módulos del sistema.

Integración de las fuentes RIPS, Base Maestra y GTAPS al Visor de Historia Clínica, mediante el análisis documental, la actualización de diagramas de datos y la definición de flujos de información complementaria, con apoyo temporal de Indra en esta primera fase

Espacios de articulación interinstitucional: Se llevaron a cabo reuniones generales y

específicas por línea de negocio (Servicios de Salud, CRUE, EBEH, Salud Pública, Gestión del Riesgo), orientadas a consolidar requerimientos, validar avances, resolver observaciones funcionales y establecer prioridades para el desarrollo.

Diseño de ficha técnica y tablero de riesgo familiar: Se diseñó una ficha técnica y un tablero de control orientado al monitoreo de alertas relacionadas con condiciones que afectan el entorno familiar, con el propósito de fortalecer la toma de decisiones clínicas y comunitarias.

Modelo operativo para el tablero de riesgo individual: Se elaboró un modelo que describe el proceso de extracción y visualización de datos en el tablero, incluyendo definiciones técnicas, diagramas operativos y la participación de actores institucionales, como las EAPB, en la retroalimentación y coordinación de acciones para la gestión del riesgo.

Análisis y documentación de procesos funcionales: Se desarrollaron y modelaron flujos funcionales correspondientes a diversas líneas de negocio, tales como gestión del riesgo, servicios de salud, urgencias y emergencias, salud pública y equipos extramurales. Esto permitió identificar cuellos de botella y establecer una base estandarizada para el desarrollo y la mejora continua.

Realización de reuniones generales y específicas por la línea de negocio (Historia Clínica, Salud Pública, Gestión del Riesgo) para validar desarrollos y definir ajustes funcionales.

Evento: Población Vulnerable: Aprobación de la documentación funcional, incluyendo la ficha técnica y su anexo correspondiente. Modelado de casos y criterios de vulnerabilidad basados en condiciones socioeconómicas, clínicas y demográficas. Diseño de visores y reportes que facilitan la identificación oportuna e intervención de población en condición de vulnerabilidad. Configuración de alertas para seguimiento diferenciado según perfil de riesgo

Evento: Depresión (Frentes individual y familiar): Se avanzó en el diligenciamiento y análisis documental de la ficha técnica correspondiente. Para los eventos de Depresión, Hipertensión y Diabetes, se consolidaron tableros en ambiente QA (versiones 5 y 3, respectivamente), utilizando datos ficticios que permitieron validar el diseño funcional y los cálculos de riesgo, generando insumos clave para la toma de decisiones tácticas y estratégicas.

Evento: Violencia: Desarrollo de las guías de implementación para el escenario de violencias. Asimismo, se elaboró el diseño de historias de usuario para la construcción del tablero de control que consolida los casos notificados por Medicina Legal, junto con el diseño técnico y funcional de la solución planteada en esta línea de trabajo. Entrega de guías técnicas y funcionales interoperables para el registro, intercambio y análisis de información sobre violencia intrafamiliar, de género y otras formas de violencia. Modelado de procesos para la atención y seguimiento de víctimas desde el enfoque de salud pública. Documentación de rutas funcionales, campos clínicos requeridos y mecanismos de interoperabilidad con sistemas institucionales y territoriales. se entregaron cinco (5) guías de interoperabilidad orientadas al intercambio estandarizado de información entre las entidades participantes. Estas guías fueron publicadas y socializadas con los equipos técnicos. Asimismo, se realizaron pruebas de transmisión en ambientes de prueba, lo que derivó en ajustes a las guías y en la entrega de la versión 3 del tablero de Riesgo de Femicidio en

Kibana, actualmente en proceso de validación con datos ficticios.

En la Línea Urgencias y Emergencias – CRUE, se implementó de manera embebida el Visor de Historia Clínica para los equipos responsables de la gestión y referencia de pacientes, facilitando la consulta ágil de información clínica relevante en contextos de emergencia. Este visor se encuentra actualmente en uso operativo, evidenciando un proceso de apropiación por parte de los equipos asistenciales y contribuyendo al fortalecimiento de la continuidad y oportunidad en la atención.

Estos avances contribuyen significativamente al fortalecimiento de la plataforma Bogotá Digital, asegurando mayor alineación funcional, eficiencia operativa e integración sectorial en los servicios de salud digitales del Distrito

Entrega de licenciamiento de uso a perpetuidad para usuarios ilimitados a la plataforma tecnológica actualizada: El contratista INDRA Colombia entregó a la Secretaría Distrital de Salud (SDS) la actualización del licenciamiento para el uso a perpetuidad y usuarios ilimitados del producto tecnológico Onesait Healthcare Data (OHD) v4.

Los análisis permitieron identificar avances, brechas y problemas de calidad en los datos intercambiados, y formularon recomendaciones técnicas orientadas a mejorar la eficiencia, estructura y calidad de la información transmitida.

Estos informes constituyen un insumo clave para fortalecer la interoperabilidad y optimizar la operación de los servicios de salud digital en el Distrito, asegurando que los datos clínicos sean precisos, oportunos y correctamente estructurados para una atención en salud más eficiente y segura.

Proyecto 8120 – Servicio Integral y Buen Gobierno para ciudadanías dignificadas Bogotá D.C.

Objetivo general:

Fortalecer la implementación de las estrategias de relacionamiento con la ciudadanía, para gestionar la atención de manera integral y eficiente en el Sistema Distrital de Salud.

Objetivos específicos:

Articular institucionalmente el relacionamiento Ciudadanía-Estado, en los diferentes escenarios del Sistema Distrital de Salud, con enfoque de humanización, diferencial, poblacional y de género.

Meta Plan de Desarrollo:

Meta Plan de Desarrollo	Indicador de la meta	Programado 2025	Ejecutado 2025	Presupuesto Definitivo	Presupuesto Ejecutado
Implementar el 100% el plan de acción del Modelo de relacionamiento integral con la ciudadanía para	Porcentaje del Modelo de relacionamiento integral con la	100%	99,97%	7.825.947.000	7.545.668.252

promover los accesos a los servicios de salud.	ciudadanía para promover los accesos a los servicios de salud implementado				
--	--	--	--	--	--

Meta. Implementar el 100% el plan de acción del Modelo de relacionamiento integral con la ciudadanía para promover los accesos a los servicios de salud.

Análisis del indicador:

Se logró el 99.97% para la vigencia 2025 con el desarrollo de las siguientes acciones:

1. Para la atención de los diferentes canales de atención (presencial, virtual, telefónico) dispuestos para la promoción y el acceso de los servicios de salud de la ciudadanía, se dispuso de 72 profesionales y de apoyo a la gestión.

2. Se realizaron (319) visitas de seguimiento a la gestión, actualización e implementación del Plan de Acción de la Política Pública Distrital de Servicio a la Ciudadanía -PPDSC- con Enfoque Diferencial.

3. Se realizaron 92 socializaciones de los informes semestrales de balance a la gestión, actualización e implementación del Plan de Acción de la PPDSC de las EAPB /IPS/entidades

4. Seguimientos Preventivos a Peticiones Tramitadas en Bogotá Te Escucha

- 12.752 seguimiento a peticiones

- Seguimiento preventivo semanal a todas las dependencias de la Secretaría Distrital de Salud.

- Seguimiento a Capital Salud: 12.114 seguimientos preventivos específicos.

5. Caracterización poblacional masiva para decisiones basadas en datos: se registraron 575.847 atenciones individuales con enfoque diferencial a través de los canales de atención (Canal Telefónico, Presencial) y los sistemas SI Cuéntanos Bogotá, Enfoque de género: 140.993

Orientación sexual: 140.995

Etnia: 2.815

Población especial: 19.173

Población prioritaria: 37.779

Motivos de orientación e información: 211.563

Problemáticas de acceso: 22.529

6. Se ejecutó el 100% de las acciones del plan de acción de la Política de Servicio a la Ciudadanía, garantizando atención integral a Pueblos Indígenas, Pueblo Rrom, Comunidad Raizal, Comunidades Negras / Afrocolombianas, Enfoque de género y orientación sexual, garantizando un modelo de atención incluyente, respetuoso de la diversidad y alineado con las políticas públicas distritales.

7. Implementación del 100% de las acciones en el marco de la Estrategia Territorial, con el desarrollo de actividades grupales continuas en todas las localidades del Distrito, eliminando

barreras de acceso, reduciendo tiempos y costos para la ciudadanía, resolviendo trámites en sitio y fortaleciendo la confianza, cercanía institucional y capacidades ciudadanas:

- *Registro y acompañamiento para certificado de discapacidad
- *Actividades grupales con organizaciones comunitarias
- *Articulación con ICBF, Juntas de Acción Comunal, Subredes y academia
- *Socialización de canales y trámites (SISBEN, Agilínea, PQRS, aseguramiento)
- * Orientación sobre trámites, servicios y canales de atención.

8. Se realizó la firma del acta de inicio del contrato No. 8726770 del 2025, cuyo objeto corresponde a: “Medir la satisfacción, confianza y calidad de la experiencia del servicio por parte de los y las usuarias que demandan trámites y servicios de las entidades del sistema de salud en el Distrito Capital: Subredes Integradas de Servicio Norte, Sur, Centro Oriente, Sur Occidente y Capital Salud, a través de la aplicación de encuestas, en el marco del proyecto de inversión No. 8120, de conformidad con el inciso final del numeral 12 del artículo 30 de la Ley 80 de 1993”; encuesta que se realizará en la vigencia 2026.

Proyecto 8113 – Implementación del Modelo de salud centrado en atención primaria social para el bienestar de la población de Bogotá D.C.

Objetivo general

Diseñar, implementar y evaluar el Modelo de Salud para la población de Bogotá D.C., que contribuya al mejoramiento de la calidad en salud con énfasis en la resolutivez, oportunidad y accesibilidad.

Objetivos específicos

- Diseñar e implementar el Modelo MAS Bienestar para la población de Bogotá D.C, a través de la integración de la prestación de los servicios en las capas del pilar de Gestión del Riesgo.
- Fortalecer la gestión integral del riesgo en salud a través del diseño e implementación de una estrategia de identificación individual, familiar y territorial para minimizar la materialización del riesgo en salud.

Meta Plan de Desarrollo:

Meta Plan de Desarrollo	Indicador de la meta	Programado 2025	Ejecutado 2025	Presupuesto Definitivo	Presupuesto Ejecutado
Diseñar, implementar y evaluar el Modelo de Salud para la población de Bogotá D.C.	"Modelo de Salud implementado en los sectores catastrales así: Tipología alta y rural 100% Tipología media 50%	35%	34,08%	347.029.709.110	345.556.106.283

Meta. Diseñar, implementar y evaluar el Modelo de Salud para la población de Bogotá D.C.

Análisis del indicador:

Para el reporte de cumplimiento de la meta, la medición de la implementación del Modelo de Salud en los *sectores catastrales*, se definió con base en el pilar de Gestión Integral del Riesgo del Modelo MAS Bienestar, el cual se concibe como un proceso progresivo, territorial y multinivel, orientado a anticipar, mitigar y gestionar riesgos en salud a lo largo del curso de vida.

El cálculo del indicador se realizó tomando como denominador el total de 933 sectores catastrales correspondientes a las tipologías definidas en la meta del proyecto: Tipología alta y rural (100%) y Tipología media (50%). Este universo territorial constituye la base de referencia para la medición de la implementación del modelo en el Distrito Capital.

En la vigencia 2025 se programó intervenir 326 sectores catastrales (35%), pero se logró la implementación de las diferentes capas del modelo en 318 sectores catastrales, lo que representa el 34,08% de los 933 sectores catastrales priorizados; el cumplimiento es del 97.38%, frente a lo proyectado para este año, la diferencia efectivamente será reprogramada (0,92%), buscando que en los 8 sectores catastrales se pueda completar la implementación progresiva de las capas de prestación de servicios domiciliarios y de mediana y alta complejidad.

En atención a la definición metodológica adoptada, se distribuyó de manera equitativa entre las cuatro capas, una participación del 8.75% sobre la meta general. A continuación, se evidencia el avance y representación porcentual de cada capa

Componentes estratégicos- Capas del Modelo

Capa de gestión extramural (nivel de desempeño, alcanzando 100%). El resultado de este proceso confirma que la gestión extramural continúa siendo el eje estructurante del modelo MAS Bienestar, en tanto constituye el principal mecanismo de apropiación territorial, identificación de riesgos familiares e individuales y activación de rutas de atención, especialmente en los territorios de mayor vulnerabilidad. El cumplimiento pleno de esta capa evidencia una capacidad instalada sólida en términos de despliegue de Gestores de Bienestar y continuidad operativa en el territorio.

La estrategia de identificación individual, familiar y territorial ha fortalecido la presencia extramural de los Equipos Más Bienestar en tu Hogar, consolidando la apropiación de los sectores catastrales y el acompañamiento directo a las familias en sus entornos.

Con corte a noviembre, el Distrito contó con 758 gestores de bienestar de manera permanente en las cuatro subredes así: Subred Norte (256), Subred Sur (229), Subred Centro Oriente (74), Subred Sur Occidente (199), conformados por auxiliares de enfermería, técnicos en salud pública y gestores comunitarios con pertenencia étnica en el caso de equipos diferenciales. En términos de apropiación territorial, para noviembre de 2025 se

alcanzaron 1.068 sectores apropiados de 1.170 existentes, lo que representa una cobertura del 91,28%. Este avance refleja la consolidación del trabajo extramural permanente en los sectores catastrales de la ciudad.

A partir de la presencia territorial, se desarrolló el proceso de gestión familiar, logrando entre enero y noviembre la caracterización en el Distrito de: 365.895 familias y 440.799 individuos. Estas caracterizaciones han permitido identificar riesgos en salud y concertar con las familias 37.455 planes de cuidado, de los cuales: 2.961 corresponden a enero, 3.881 a febrero, 3.294 a marzo, 2.995 a abril, 2.817 a mayo, 2.514 a junio, 2.647 a julio, 3.645 a agosto, 3.475 a septiembre, 3.289 a octubre, y 5.337 para noviembre respectivamente, logrando la ejecución de planes de cuidado en salud materno-infantil, enfermedades crónicas, salud mental y bucal, entre otros, en los cuales se establecen compromisos compartidos entre los hogares y los equipos de salud.

Adicionalmente, se logró la definición de una estrategia clave para la prevención del abandono de personas mayores vulnerables, través de la definición de los Centros Sociosanitarios, mediante la coordinación intersectorial entre la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS) y la Secretaría Distrital de Salud (SDS) y las Subredes Integradas de Servicios de Salud para mejorar la atención a personas mayores vulnerables

Para el abordaje del enfoque diferencial se adelantaron (8) sesiones de articulación así: (3) con el grupo Rrom gitano, (1) de Medicina Ancestral Indígena MAI, (1) Kilombo, (1) Embera y (2) Kilumba (Palenqueros), fortaleciendo las acciones con esta población.

En el marco de la articulación con las EAPB, (Medisalud, Sanidad Militar y el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio), se socializaron los avances en la implementación de los Equipos MAS- Bienestar en tu Hogar y las estrategias de intervención de salud mental, espacio de intercambio que busca fortalecer la colaboración y coordinación sectorial, en el marco del Modelo de Atención en Salud.

Capa de prestación de servicios de mediana y alta complejidad (avance del equivalente al 88%). Se definió un radio de cobertura de 1,5 kilómetros alrededor de cada prestador de servicios de salud, si bien el análisis de accesibilidad geográfica efectiva, bajo un umbral metodológico de 1,5 km, permitió capturar la cobertura de la red hospitalaria pública distrital, la cobertura observada refleja las limitaciones estructurales asociadas a la localización histórica de la infraestructura hospitalaria y a las condiciones reales de movilidad de la población priorizada. Esta fase se encuentra en un período de fortalecimiento mediante la articulación con la red privada de prestadores, orientada a ampliar la cobertura territorial, mejorar la oportunidad en el acceso y avanzar hacia una integración funcional de la red público-privada.

Este proceso busca optimizar la capacidad resolutoria del sistema, incidir en la reducción de las brechas territoriales y garantizar una atención más oportuna y continua para la población capitalina, en coherencia con los principios del Modelo de Atención en Salud MAS Bienestar.

En el marco de la Estrategia de diseño e implementación del Pilar de Gestión Integral del Riesgo (GIRS) del Modelo de Atención en Salud MAS Bienestar, se logró el ajuste del

documento operativo de la Capa de Prestador Primario Resolutivo y la finalización y publicación de 17 documentos orientadores de los 19 servicios priorizados para las EAPB y su red de prestadores de servicios de salud (Dolor y Cuidado Paliativo en Bogotá D.C., Dermatología, Manejo de la Hipertermia Maligna, Nutrición, Salud Oral, Cardio Cerebro Metabólica, Infarto Agudo de Miocardio, Ginecobstetricia, Salud Infantil, Salud Mental, Medicina General, Salud Visual, Ataque Cerebro Vascular, Gastroenterología, Cirugía, Neurología y Ortopedia).

Con relación a la propuesta de Pago Fijo Global Prospectivo se logró definir la estructura del modelo de PFGP para primer nivel en versión preliminar, incluyendo cuadro resumen con la tipología de las sedes ambulatorias de las 4 subredes de acuerdo con la definición del modelo de atención y se avanzó en la construcción de la propuesta de PFGP para las especialidades básicas por parte del Prestador Primario Resolutivo en los servicios de (Medicina General con énfasis en familia, psicología, Nutrición, Odontología, Cardio Cerebro Metabólica, Ginecología y Obstetricia) y para las especialidades complementarias de: Dolor y Cuidado Paliativo, Dermatología, Ortopedia, Gastroenterología, Urología, Neumología, Neurología, considerando costos, frecuencias de uso, personal requerido y valor por usuario. A su vez se inició el levantamiento del plan de trabajo de los modelos predictivos para los eventos de cáncer priorizados.

De manera complementaria con el fin de gestionar el riesgo de la población, se logró avanzar en el diseño de la APP móvil, avanzando en el levantamiento de la historia de usuario para la app móvil, orientando la visualización del cálculo de riesgo para el usuario y plan de cuidado, como parte del gestor de programas y se avanza en la inclusión de información orientada a las tres campañas definidas (donación – Línea de Urgencias – Prevención de la Mortalidad), para su lanzamiento.

Capa de prestación de servicios domiciliarios (avance del 96%). Se tomó como base la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) habilitadas que reportaron atenciones domiciliarias durante la vigencia 2025. La cobertura se construyó bajo un enfoque de accesibilidad operativa, entendido como la capacidad real de las IPS para desplegar equipos de atención hasta los domicilios de la población. Para ello, se definió un radio de cobertura de 1,5 kilómetros alrededor de cada IPS, en coherencia metodológica con las demás capas territoriales del modelo. De manera complementaria, se incorporó la georreferenciación de los usuarios atendidos en las Casas MAS Bienestar, identificando los sectores catastrales de residencia a partir de la localización del domicilio de los usuarios, y asignando cobertura a aquellos sectores desde los cuales se evidenció demanda efectiva del servicio, fortaleciendo así la validez territorial del análisis.

Se adelantó el seguimiento, al reporte de las IPS en el Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia SIRC, lo cual permite identificar un avance en el reporte de IPS y por ende el número de usuarios que en la ciudad diariamente reciben el servicio, se adelantó la coordinación de la referenciación competitiva para las 4 SISS, con el Instituto Roosevelt, en el proceso de atención extramural domiciliaria, para el desarrollo o fortalecimiento del servicio en cada Subred.

Con relación a la prestación de servicio de hospitalización en la modalidad extramural

domiciliaria, se inició el reporte y seguimiento diario a los usuarios haciendo uso del servicio con los siguientes datos en promedio mes : febrero (233 promedio es usuarios con 8 IPS promedio reporte día), marzo (913 promedio es usuarios con 22 IPS promedio reporte día), abril (1.208 promedio de usuarios con 29 IPS promedio reporte día), en mayo (1.383 promedio de usuarios con 30 IPS promedio reporte día), junio (1.394 promedio de usuarios con 26 IPS promedio reporte día), julio (1.236 promedio de usuarios con 29 IPS promedio reporte día), agosto (1.027 promedio de usuarios con 27 IPS promedio reporte día), septiembre 1.012 promedio de usuarios con 29 IPS promedio reporte día), noviembre (1.185 promedio de usuarios con 30 IPS promedio reporte día).

De manera complementaria, se implementó la estrategia de atención en Casas MAS Bienestar , la cual acoge pacientes que por condiciones sociales no cumplen el criterio por las condiciones de la vivienda para acceder al Plan de Hospitalización Domiciliaria, para el desarrollo de esta estrategia se contrató a las 4 SISS, definiendo las sedes para la implementación y la prestación de la oferta de servicios y se construyeron documentos de lineamientos, esta estrategia inició su implementación a partir de mediados de noviembre de esta vigencia y ha acogido un promedio de 5 pacientes en las cuatro subredes, adicionalmente se realizaron (5) seguimientos a la puesta en operación de la estrategia en las SISS Sur, SISS Norte y Sur Occidente con la participación de 5 personas.

Con relación a la reorganización de la oferta y fortalecimiento de la infraestructura y dotación de las Subredes, se cuenta con un primer ejercicio de asignación por sedes hospitalarias de la modalidad o estructura propuesta, con un preliminar de equipos y tecnología requerida en cada caso. Esta propuesta fue socializada a las Subredes para el respectivo análisis y propuestas de ajuste. Se definieron por cada una de la 7 estructuras hospitalarias propuestas (centros de urgencia altamente resolutivos, centros de atención programada, centros de atención materno perinatal, centros de atención pediátrica, centros de atención a patologías cardio cerebro vasculares, centros de atención en salud mental y centros con servicios especializados para unidad renal y atención de cáncer – quimioterapia), la dotación requerida para responder al modelo de atención. Específicamente, respecto a la dotación de equipos de alta tecnología se cuenta con análisis de oferta y demanda para servicios de resonancia magnética y angiografía para la ciudad, evidenciando una mayor necesidad de esta tecnología en las localidades del sur y sur occidente de la ciudad

Capa de aseguramiento (cobertura distrital del 98%). Este resultado confirma que el aseguramiento opera como una condición habilitante transversal para la implementación del modelo, con un comportamiento estable y homogéneo a nivel territorial, aunque con una contribución ligeramente inferior al valor teórico establecido en la distribución de la meta.

Proyecto 8124 – Implementación Aseguramiento y Prestación integral de servicios de salud Bogotá D.C.

Objetivo general

Generar acciones que mitiguen el riesgo para el acceso a los servicios de salud de la población de Bogotá D.C.

Objetivos específicos:

- Adoptar y adaptar los cambios normativos generados por el gobierno nacional, implementando estrategias interinstitucionales para la socialización y divulgación de los requisitos establecidos por la normatividad vigente para mantener el aseguramiento al SGSSS de la población de Bogotá D.C.
- Generar acciones interinstitucionales, que permitan a la población no afiliada, incluyendo la población migrante, apropiar el conocimiento de las condiciones para ingresar al SGSSS en Bogotá D.C.
- Fortalecer la articulación entre los diferentes regímenes en el marco de un único Modelo de Atención en Salud para la población de Bogotá D.C.

Meta Plan de Desarrollo:

Meta Plan de Desarrollo	Indicador de la meta	Programado 2025	Ejecutado 2025	Presupuesto Definitivo	Presupuesto Ejecutado
Mantener la cobertura del 100% del aseguramiento de la población al SGSSS en el Distrito Capital.	Porcentaje de Cobertura en el aseguramiento de la población de Bogotá D.C. en el SGSSS	100%	101,1%*	3.185.021.705.696	3.098.485.158.723
Diseñar, implementar y evaluar al 100% un mecanismo para articular el modelo de salud de Bogotá en los regímenes de excepción como el de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y las demás poblaciones que hacen parte	"Porcentaje de seguimiento a la gestión del riesgo que pertenecen a los regímenes de excepción"	100%	100%	103.000.000	92.261.408

*Nota: Por error de digitación en el aplicativo de seguimiento SEGPLAN 2.0 se reportó el 100.33% pero el valor real de ejecución de la meta es 101.1%

Meta. Mantener la cobertura del 100% del aseguramiento de la población al SGSSS en el Distrito Capital.

Análisis del indicador:

La medición de la meta permite conocer el estado de afiliación al sistema de salud de los habitantes de la capital y permite efectivamente realizar las acciones necesarias desde la Secretaría Distrital de Salud para propender al aseguramiento de aquellos ciudadanos que por su estancia no cuentan con este derecho.

Las cifras del aseguramiento en salud en Bogotá mes a mes la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud- ADRES, las actualiza en sus plataformas, seguimiento continuo que se realiza sobre el estado en salud, por ello, al finalizar la vigencia 2025, tenemos.

Afiliación por régimen en salud

AFILIADOS POR RÉGIMEN	Cantidad	% de Población Proyección DANE
Régimen Contributivo	6.026.881	75,9%
Régimen Subsidiado	1.744.899	22,0%
Regímenes de Excepción (estimado)	249.800	3,1%
Total, afiliados	8.021.580	101,1%

Fuente: ADRES-BDUA 31 diciembre 2025

El resultado del indicador llega al 101,1%, porcentaje que resulta del total de afiliados 8.021.580 dividido entre la proyección de la población total del DANE para Bogotá en la vigencia 2025, que es de 7.937.898

Bajo esta dinámica la gestión que se realiza en los distintos frentes de la ciudad lleva a resaltar:

- Procesos de aseguramiento al SGSSS de la población de Bogotá D.C., de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente y la gestión de acciones estratégicas y operativas frente a:
 - Procesamiento de afiliaciones de oficio al SGSSS.
 - Gestión de novedades de los afiliados al SGSSS.
 - Se tuvo presencia en los centros de encuentro de Suba, Patio Bonito, Chapinero y Rafael Uribe, con los promotores de Aseguramiento, donde se entrega información sobre traslados de EPS de Bogotá y fuera de la ciudad, portabilidad, movilidad e información del estado de afiliación a una EPS.
- Se participa en eventos en las localidades de Rafael Uribe, Kennedy, San Cristóbal, Ciudad Bolívar, Bosa, Chapinero, Santa Fe, Los mártires, Teusaquillo, Engativá, Usme, Barrios Unidos y Suba, brindando atención en los puntos como respuesta a las necesidades de información frente a los temas del SGSSS.
- Se atendieron catorce mil doscientos noventa y tres (14.293) usuarios, de los cuales se remitieron para promoción de aseguramiento (afiliación oficiosa), seis mil seiscientos treinta y cuatro (6.634) usuarios.

Gestión de novedades de los grupos poblacionales en el SGSSS, requeridos por las entidades responsables de la afiliación al régimen subsidiado a través de listados censales, dentro de las que se encuentran:

1. Niños, niñas, adolescentes y jóvenes en proceso administrativo para el restablecimiento de sus derechos .
2. Menores de edad desvinculados del conflicto armado bajo la protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF.
3. Adolescentes y jóvenes a cargo del ICBF en el Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes - SRPA.
4. Personas que dejen de ser madres comunitarias o madres sustitutas y sean beneficiarias del subsidio de la Subcuenta de Subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional, en los términos de los artículos 164 de la Ley 1450 de 2011 111 de la Ley 1769 de 2015.

5. Población infantil vulnerable bajo protección en Instituciones diferentes al ICBF.
6. Adultos mayores de escasos recursos y en estado de abandono en centros de protección.
7. Migrantes colombianos repatriados, que han retornado voluntariamente al país, o han sido deportados o expulsados de la República Bolivariana de Venezuela y su núcleo familiar.
8. Población habitante de calle.
9. Población privada de la libertad a cargo de las entidades territoriales del orden departamental, distrital o municipal e inimputables por trastorno mental en cumplimiento de medida de seguridad.
10. Adultos con discapacidad entre 18 y 60 años, de escasos recursos y en estado de abandono, que se encuentren en centros de protección.
11. Población desmovilizada y/o miembros que celebren acuerdos de paz con el gobierno nacional, su núcleo familiar, cuando el cabeza de familia fallezca, se mantendrá la afiliación de su núcleo familiar.
12. Comunidades indígenas incluida la población recluida en centros de armonización.
13. Víctimas del conflicto armado incluidas en el registro único de víctimas de conformidad con la Ley 1448 de 2011.
14. Población Rom.
15. Personas incluidas en el programa de protección a testigos
16. Población Privada de la Libertad a cargo del INPEC en prisión domiciliaria, que no pertenecen al Régimen Contributivo o a un Régimen Especial o de Excepción.
17. Voluntarios acreditados y activos de la Defensa Civil Colombiana, Cruz Roja Colombiana y cuerpo de bomberos, así como su núcleo familiar, salvo que sean cotizantes o beneficiarios del Régimen Contributivo.
18. Veteranos de la fuerza pública de que trata el parágrafo 2 del artículo 2.3.1.8.3.4.1. del Decreto 1070 de 2015, siempre y cuando no se encuentren cubiertos por el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional u otro régimen Exceptuado o Especial y no reúnan las condiciones para pertenecer al Régimen Contributivo.

Al cierre del periodo se registra en la BDU - Base de Datos Única de Afiliados (31/12/2025) la afiliación de 491.388 personas afiliadas al SGSSS (Régimen Subsidiado y Contributivo)

El 56% (275.076) de las poblaciones especiales y/o prioritaria se encuentra afiliada al régimen contributivo.

El 44% (216.312) de las poblaciones especiales y/o prioritaria se encuentra afiliada al régimen subsidiado

Población afiliada por localidad y régimen salud

LOCALIDAD	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO (estimado)	%	RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN (estimado)	%	RÉGIMEN SUBSIDIADO (estimado)	%	PROYECCIÓN DANE 2025 (recalculada)
01. USAQUEN	524.936	88,9%	22.482	3,8%	50.850	8,6%	590.253
02. CHAPINERO	162.553	89,8%	5.929	3,3%	12.563	6,9%	181.028

LOCALIDAD	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO (estimado)	%	RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN (estimado)	%	RÉGIMEN SUBSIDIADO (estimado)	%	PROYECCIÓN DANE 2025 (recalculada)
03. SANTA FE	62.300	59,0%	3.478	3,3%	41.678	39,4%	105.674
04. SAN CRISTOBAL	275.652	68,4%	10.151	2,5%	139.560	34,6%	403.263
05. USME	227.038	54,8%	6.170	1,5%	160.522	38,8%	413.962
06. TUNJUELITO	117.792	64,6%	7.987	4,4%	53.429	29,3%	182.370
07. BOSA	489.500	67,7%	11.827	1,6%	228.482	31,6%	722.759
08. KENNEDY	770.122	75,5%	45.645	4,5%	220.792	21,6%	1.020.269
09. FONTIBON	353.762	87,7%	13.075	3,2%	42.297	10,5%	403.330
10. ENGATIVA	685.154	85,0%	28.782	3,6%	128.871	16,0%	805.771
11. SUBA	1.099.173	84,2%	43.572	3,3%	160.199	12,3%	1.306.055
12. BARRIOS UNIDOS	128.133	82,2%	4.903	3,1%	17.152	11,0%	155.951
13. TEUSAQUILLO	160.640	99,7%	10.616	6,6%	5.156	3,2%	161.066
14. LOS MARTIRES	49.570	61,1%	2.262	2,8%	23.442	28,9%	81.155
15. ANTONIO NARIÑO	64.250	76,1%	3.492	4,1%	15.602	18,5%	84.381
16. PUENTE ARANDA	213.934	84,2%	9.747	3,8%	33.615	13,2%	254.080
17. LA CANDELARIA	11.994	64,6%	370	2,0%	7.091	38,2%	18.559
18. RAFAEL URIBE URIBE	245.709	63,7%	9.753	2,5%	133.313	34,5%	385.919
19. CIUDAD BOLIVAR	383.373	58,3%	9.515	1,4%	268.357	40,8%	658.113
20. SUMAPAZ	1.296	32,9%	44	1,1%	1.928	48,9%	3.940
Total, general	6.026.881	75,9%	249.800	3,1%	1.744.899	22,0%	7.937.898

Fuente: ADRES-BDUA 31 diciembre 2025

Desde la Secretaría Distrital de Salud- SDS, se hace el seguimiento continuo a la afiliación al sistema en salud a de población migrante proveniente de diversos países, concentrando los esfuerzos para brindar la atención en salud y los procesos de aseguramiento debidos.

Extranjeros afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS

RANGO DE EDAD	R. CONTRIBUTIVO		Total R. CONTRIBUTIVO	R. SUBSIDIADO		Total R. SUBSIDIADO	Total, general
	Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres		
b. Extranjeros (CE, PA, SC)	20.255	15.908	36.163	2.201	2.595	4.796	40.959
a. Primera infancia (00 a 05 años)	599	522	1.121	153	96	249	1.370
b. Infancia	659	561	1.220	300	257	557	1.777

RANGO DE EDAD	R. CONTRIBUTIVO		Total R. CONTRIBUTIVO	R. SUBSIDIADO		Total R. SUBSIDIADO	Total, general
	Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres		
(06 a 11 años)							
c. Adolescencia (12 a 17 años)	620	572	1.192	188	157	345	1.537
d. Juventud (18 a 28 años)	1.319	1.492	2.811	203	356	559	3.370
e. Adultez (29 a 59 años)	13.119	9.847	22.966	968	1.301	2.269	25.235
f. Vejez (60 años y más)	3.939	2.914	6.853	389	428	817	7.670
c. Venezolanos (PPT)	41.446	44.944	86.390	57.114	76.350	133.464	219.854
a. Primera infancia (00 a 05 años)	211	200	411	2.079	1.991	4.070	4.481
b. Infancia (06 a 11 años)	3.724	3.562	7.286	14.656	14.052	28.708	35.994
c. Adolescencia (12 a 17 años)	3.847	4.042	7.889	11.178	11.299	22.477	30.366
d. Juventud (18 a 28 años)	9.260	10.115	19.375	8.285	13.565	21.850	41.225
e. Adultez (29 a 59 años)	23.345	25.079	48.424	18.558	30.644	49.202	97.626
f. Vejez (60 años y más)	1.059	1.946	3.005	2.358	4.799	7.157	10.162
Total, general	61.701	60.852	122.553	59.315	78.945	138.260	260.813

Fuente: ADRES-BDUA 31 diciembre 2025

NOTA: “Extranjeros” incluye tanto a venezolanos como a los procedentes de otros países, identificados en la BDUA con los siguientes tipos de documentos:

CE = Cédula extranjera

PA = Pasaporte

SC = Salvoconducto

PPT = Permiso por protección temporal

Gestión de peticiones ciudadanas - Aseguramiento en Salud

Se dio respuesta a los diferentes requerimientos y solicitudes realizadas por los ciudadanos frente a los procesos de atención y aseguramiento al SGSSS, los cuales ingresan por las diferentes puertas de entrada establecidas por la SDS.

Durante el periodo (enero-diciembre de 2025) se ha dado respuesta a 17.661 peticiones, que ingresaron por las diferentes puertas de entrada establecidas por la SDS y que fueron gestionadas desde la Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud.

El comportamiento de las problemáticas en el acceso a los servicios de salud intervenidas en el periodo por categoría se relacionan frente a:

- Número de oportunidad de acceso a los servicios de salud
- Número de suministro medicamentos

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co



CO-SC-CER155793



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

- Dificultad accesibilidad administrativa
- Inconsistencias en los sistemas de información aseguramiento
- Negación servicios
- Problemas recursos económicos
- Dificultad en las tutelas
- Alto costo
- Políticas programas y lineamientos para prevenir atención deshumanizada

Igualmente se realizan procesos de IVS (Inspección Vigilancia y Seguimiento a las Empresas Administradoras de Planes y Beneficios EAPB) y mesas de trabajo con las EPS para realizar seguimiento a los casos reportados por los usuarios.

Proceso de actualización del SISBEN metodología IV por parte de la población afiliada en Bogotá D.C. al SGSSS, frente al cumplimiento de la normatividad vigente.

Se realizan los procesos de seguimiento con las EPS para evaluar el avance de la actualización del SISBEN metodología IV con la población afiliada al SGSSS. Durante el periodo se da inicio al seguimiento en los procesos de auditoría de IVS a las EAPB y el registro de llamadas a los usuarios, de acuerdo a la base pendiente de Metodología IV del SIBEN.

Meta. Diseñar, implementar y evaluar al 100% un mecanismo para articular el modelo de salud de Bogotá en los regímenes de excepción como el de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y las demás poblaciones que hacen parte

Análisis del indicador:

Para la vigencia 2025, el cumplimiento de la meta corresponde al 100%, se fundamente en actividades de medición constante y en la gestión que se ha realizado desde la Secretaría Distrital de Salud de convocar, presentar y proponer ante las Entidades Prestadoras de Salud de estos regímenes, la articulación con el Modelo de Salud más Bienestar.

El plan de actividades para la vigencia 2025 se centró en:

- Planeación para la articulación Modelo MAS Bienestar, Modelo de Atención Regímenes Exceptuados.
- Socialización del Modelo MAS Bienestar.
- Mesas técnicas de trabajo con Entidades Administradoras de Plan de Beneficios-EAPB Exceptuadas.
- Analizar e integrar las estrategias de los modelos de atención de los regímenes de excepción con el Modelo de Atención MAS Bienestar.
- Seguimiento a compromisos adquiridos en las mesas técnicas de trabajo.
- Sistematización de la experiencia y resultados

Estas actividades descritas anteriormente demuestran el resultado de la gestión ante las diversas entidades Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio-FOMAG, Ecopetrol, Ferrocarriles Nacionales

1. Plan de acción para la ejecución y seguimiento de la meta
2. Análisis con enfoque de oportunidades de articulación de los modelos de salud de las entidades que hacen parte de la meta.
3. Avance en el documento de consolidación de la gestión: Se desarrolla la descripción de la metodología para el desarrollo de las mesas técnicas como mecanismo de articulación para la implementación del MAS Bienestar con las entidades que hacen parte del Régimen Exceptuado.
4. Avance en la construcción de una propuesta de metodología para el seguimiento a la implementación del Pilar de gestión de riesgo del MAS Bienestar.

Igualmente se desarrolla:

5. Doce (12) mesas técnicas de articulación con participación de las cuatro (4) entidades de régimen exceptuado, adicional se convocan las dos (2) entidades de régimen adaptado y especial y los prestadores de FOMAG y Ferrocarriles.
6. Participación en trece (13) mesas de articulación para potencializar el ejercicio de implementación de las estrategias de la capa de urgencias.

Proyecto 8140 – Fortalecimiento para el acceso a los servicios de salud con calidad en la población Bogotá D.C.

Objetivo general

Fortalecer los mecanismos que promuevan el acceso efectivo a los servicios de salud con calidad de la población de Bogotá en el marco del modelo de salud "Mas Bien-estar"

Objetivos específicos

- Contribuir en el fortalecimiento de la calidad de los servicios de salud sin barreras, en el marco modelo de salud Bogotá "Mas Bienestar" a través de acciones para su implementación, seguimiento y control.

Meta Plan de Desarrollo:

Meta Plan de Desarrollo	Indicador de la meta	Programado 2025	Ejecutado 2025	Presupuesto Definitivo	Presupuesto Ejecutado
Implementar 3 mecanismos para disminuir las barreras de acceso para la prestación de los servicios de salud, entre otros, en el marco de la inspección, vigilancia y control de prestadores de servicios de salud.	Número de mecanismos implementados en Bogotá D.C. para disminuir las barreras de acceso para la prestación de los servicios de salud.	1	1	13.945.182.000	13.533.284.522

Meta. Implementar 3 mecanismos para disminuir las barreras de acceso para la prestación de los servicios de salud, entre otros, en el marco de la inspección, vigilancia y control de prestadores de servicios de salud.

Análisis del indicador:

El primer mecanismo implementado para disminuir las barreras de acceso para la prestación de los servicios de salud en Bogotá, corresponde con las visitas realizadas en campo por el talento humano de la Subdirección de Inspección Vigilancia y Control de la Secretaría Distrital de Salud a los diferentes tipos de prestadores de servicios de salud, entre ellos, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Profesionales Independientes, Empresas de Transporte Especial de Pacientes y Entidades con Objeto Social Diferente.

De esta manera, el cumplimiento del indicador se soporta en las visitas programadas y realizadas en la vigencia 2025 por las comisiones:

Se programaron cumplir en el año 4.538 visitas IVC a prestadores, sin embargo, al finalizar la vigencia, se observa un cumplimiento del 129,55% sobre esa meta, una sobre ejecución que obedece a la incorporación de un perfil de talento humano, lo que permitió la programación de una comisión adicional en este tipo de visitas.

Tabla programación y ejecución de las visitas IVC

Detalle	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago.	sep.	oct	nov	dic	Total
Programación visitas IVC	378	378	378	378	378	378	378	378	378	378	378	380	4.538
Visitas IVC realizadas	370	575	609	520	579	565	550	393	449	413	420	436	5.879

Fuente: matriz de seguimiento proyecto inversión 8140 diciembre 2025

Por otro lado, para dar cumplimiento a la meta se realizan también las siguientes actividades:

Acciones de Asistencia Técnica

Se han realizado 19.539 acciones de asistencias técnicas, discriminadas así: 152 Capacitaciones, 2 Asesorías, 419 Acompañamientos y 18.966 Orientaciones, dirigidas a los Prestadores de Servicios de Salud.

Las asistencias técnicas se centraron en temas relevantes como:

- Cumplimiento del *Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS)*, que busca la calidad en la prestación de servicios de salud por parte de instituciones y de independientes a toda la población de la Capital.
- Manejo y reporte en el Sistema de información de residuos hospitalarios – SIRHO
- Acompañamiento para el cumplimiento de la *Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia que define los procedimientos y condiciones para la inscripción y habilitación de prestadores de servicios de salud-Sistema Único de Habilitación (SUH)*.
- Estándares del *Sistema Único de Habilitación SUH*, en cuanto a infraestructura, historia clínica, medicamentos y dispositivos médicos, entre otros.

- Bioseguridad, humanización, visitas previas, seguridad del paciente, tecnovigilancia, farmacovigilancia, medicamentos de control especial, enfocadas al fortalecimiento del conocimiento de los prestadores de servicios de salud

Diseño de la Estrategia de Monitoreo

Para el segundo mecanismo (que busca disminuir las barreras de acceso para la prestación de servicios de salud), esta estrategia de monitoreo es la base y las siguientes acciones muestran la gestión que se realizó en la vigencia 2025, *desde la experiencia de los usuarios* sobre la prestación de servicios de salud que fueron objeto.

Actividades segundo semestre 2025 que soportan el mecanismo bajo dos componentes ciclos de atención y líneas de cuidado:

Ciclos de atención

- Se realizaron visitas técnicas y acompañamiento a prestadores de servicios de salud: Oncolife, Instituto Roosevelt, Clínica Los Nogales, Medicarte, Hospital Universitario Nacional, Hospital Universitario San Ignacio, IPS Infecto clínicos, Fundación SIAM, IPS SURA, Virrey Solís, Hospital Militar Central, Servicios de Salud Fray Bartolomé de las Casas, Redes Médicas IPS, Health & Life IPS Sede Montevideo, para la evaluación de ciclos de atención a pacientes con VIH, enfermedades Salud Mental, Enfermedades Huérfanas.

Línea de Gestión del Cuidado

- Aplicación de encuestas a legado de urgencias, el porcentaje de la ciudadanía que reconoce haber sido contactado por parte del sector salud a través del Modelo de Atención en Salud +MAS Bienestar es el 42%, equivalente a 153 personas encuestadas.
- Aplicación de encuestas a legado de Atención Domiciliaria, frente a la línea de cuidado de los servicios de atención Domiciliaria, se realizó la aplicación 400 encuestas efectivas, logrando obtener la información consolidada en bases de datos abordando 3 líneas de intervención:
 - Hospitalización Domiciliaria con 1.386 registros
 - CRUE línea 123 - Salud Mental con 7.474 registros
 - Equipos territoriales 5.768 registros
- La percepción de la ciudadanía frente a la información brindada durante la atención domiciliaria, manifestada por los usuarios encuestados es en mayor proporción favorable, evidenciado con el 97% de usuarios que estuvieron de acuerdo con que la información recibida durante la atención domiciliaria fue clara sobre su estado de salud, tratamiento y condiciones del servicio
- La percepción de la ciudadanía frente a la Calidad Sentida es en mayor proporción favorable, evidenciado con el 99% que manifestó que, si se respetó su privacidad e

intimidad durante la atención, así como el 96% que manifestó recibir la atención y tratamiento de acuerdo con su necesidad en salud.

- La percepción de la ciudadanía frente a la resolutiveidad en la prestación de los servicios domiciliarios es en mayor proporción favorable, lo que está representada en el 94% de los encuestados que consideran que la atención recibida en el servicio domiciliario resolvió la necesidad en salud de ese momento, así como el 98% que están de acuerdo con la atención domiciliaria como una alternativa de atención y el 97% que respondieron afirmativamente que recomendarían el servicio de atención domiciliario a familiares o amigos
- Línea estratégica materno perinatal, se logra consolidar información de 21.786 usuarias.
- Se dio inicio al segundo ciclo de aplicación de encuestas (378) en la población de usuarias en estado de gestación y puerperio.
- Informe de encuestas aplicadas línea priorizada de VIH, se realizaron un total de 148 encuestas
- Proyección de Estrategia EVA para 2026, se realiza la proyección de la línea de cuidado para 2026, de acuerdo con las prioridades identificadas, iniciando con una segunda cohorte del legado hospitalario y ambulatorio.

Barreras de Salud Gestionadas

Para el tercer mecanismo (programado en la vigencia 2027), desde la estrategia Mas Ágil Mas Bienestar en la actividad Adelantar la gestión perentoria de los trámites ante las EAPBS e IPS de aquellos usuarios que manifiesten barreras de acceso captados en los puntos dispuestos para tal fin, (cuyo fin principal es reducir la instauración de Acciones de Tutela y de igual manera mejorar ostensiblemente la prestación de los servicios de salud), se ha realizado la siguiente gestión de 1.094 casos.

Las barreras de acceso a los servicios de salud que se han gestionado son:

Medicamentos, Cirugía de Mama y Tejidos Blandos- Mastología, Ortopedia y Traumatología, Neurología, Insumos, Cirugía General, Exámenes (Laboratorios, especializados y prequirúrgicos, Oftalmología, Ginecología y Obstetricia, Optometría, Neurología Pediátrica, Medicina General, Pediatría, Urología, Cirugía Vascular, Dermatología, Neumología, Otorrinolaringología, Gastroenterología, Endocrinología, Neurología, Oncología, Junta Médica, Cirugía General, Cardiología, Cirugía de Pie, Terapia Física y Ocupacional, Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva , Cirugía de Mano- Ortopedia o Cirugía Plástica, Medicina Interna, Psiquiatría, Nutrición y dietética, Anestesiología, Dermatología, Neurología Pediátrica, Fonoaudiología, Hepatología, Nefrología, Fisiatría, Cirugía Vascular, Dolores Cuidados Paliativos, Ortopedia de Hombro, Odontología y Anestesiología.

Transporte

Hasta la fecha se continua con el servicio de transporte para las comisiones verificadores de las condiciones del SOGCS

Proyecto 8149 – Mejoramiento del Sistema de Emergencias Médicas de Bogotá D.C en

el nuevo Modelo de atención en salud más Bien-estar.

Objetivo general

Mejorar las condiciones del Sistema de Emergencias Médicas, para el acceso efectivo a la atención en salud ante alertas sanitarias, urgencias, emergencias, desastres, enfermedades emergentes, reemergentes y pandemias.

Objetivos específicos

- Diseñar e implementar un modelo de atención para la urgencia que sea único y resolutivo para el Distrito Capital
- Fortalecer la gestión del riesgo del sector salud frente a las emergencias y desastres que se presenten en el Distrito Capital en articulación con el Sistema Distrital y Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres.
- Fortalecer acciones de intersectorialidad que favorezcan el control de factores de riesgo individuales y colectivos que mitiguen la presentación de brotes de enfermedades transmisibles nuevas, emergentes y reemergentes en la población del distrito.

Meta Plan de Desarrollo:

Meta Plan de Desarrollo	Indicador de la meta	Programado 2025	Ejecutado 2025	Presupuesto Definitivo	Presupuesto Ejecutado
Mantener la respuesta en el 100% del Centro Regulador de Urgencias ante la gestión a los incidentes relacionados con las urgencias emergencias y desastres en salud en Bogotá D.C.	Porcentaje de respuesta ante incidentes de salud transferidos desde los canales de recepción (Línea 123 y demás) gestionadas por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE)	100%	100,00%	52.730.669.095	51.440.653.974
Mantener la respuesta al 100% en la gestión del riesgo frente a emergencias y desastres y enfermedades emergentes y reemergentes a través del fortalecimiento de capacidades en lo relacionado con el conocimiento, reducción y respuesta en el Distrito Capital en articulación con el Sistema Distrital y Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres	Porcentaje de respuesta ante emergencias y desastres y enfermedades emergentes y reemergentes gestionadas a través del Sistema de Emergencias Médicas (SEM)	100%	100,00%	1.266.660.434	1.198.506.284

Meta Plan de Desarrollo	Indicador de la meta	Programado 2025	Ejecutado 2025	Presupuesto Definitivo	Presupuesto Ejecutado
Dar respuesta oportuna como mínimo al 90% de las alertas, emergencias, enfermedades emergentes y reemergentes notificadas, dentro de las primeras 24 horas.	Porcentaje de respuesta oportuna (dentro de las primeras 24 horas) de atención de alertas, emergencias, y enfermedades emergentes y reemergentes y Emergencia en Salud pública de importancia internacional.- ESPII notificados al sistema de salud.	90%	99,85%	3.622.204.000	3.615.263.792

Meta. Mantener la respuesta en el 100% del Centro Regulador de Urgencias ante la gestión a los incidentes relacionados con las urgencias emergencias y desastres en salud en Bogotá D.C.

Análisis del indicador:

Porcentaje de respuesta ante incidentes de salud transferidos desde los canales de recepción (Línea 123 y demás) gestionadas por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE).

Atenciones en salud a través de la línea 123

La medición de la meta corresponde con una constante, ya que los incidentes que ingresan a través de la línea 123 se gestionan.

Durante la vigencia 2025 se registraron un total de 637.130 incidentes en salud, a partir de las solicitudes de la ciudadanía que ingresaron por la línea de emergencias 123, la mediana mensual fue de 59.623 incidentes y 1.913 incidentes al día.

Estas atenciones generaron al interno un total de 653.817, gestiones por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias -SDS CRUE (un incidente puede tener una o varias gestiones para atender al o los usuarios y paciente(s) involucrados en un incidente). La gestión de los incidentes corresponde a la atención telefónica o el despacho de un vehículo de emergencia o un vehículo de salud mental o de médico de Atención Prehospitalaria-APH para atención domiciliaria de acuerdo con los criterios de la regulación médica.

Otros datos:

De 542.477 del total de incidentes, correspondieron a prioridad crítica y alta. En relación con el total de incidentes gestionados y cerrados por parte del CRUE 530.802 de los incidentes requirió asesoría telefónica, 113.285 de los incidentes requirió la asignación de despacho de ambulancia, 7.143 la asignación de un vehículo con un equipo interdisciplinario de atención prehospitalaria de salud mental, y 2.587 con la asignación de un vehículo de atención prehospitalaria para atención domiciliaria de urgencias por parte de médico.

Se contó con la participación promedio mes de 295 vehículos de emergencias en la atención de incidentes. La participación de la red pública en la asignación de traslados fue del 85%. El acumulado de tiempo de retención de camillas de los vehículos de emergencias (ambulancias), sumó un total de 5.001 días entre enero y noviembre de 2025, el total de días de retención representó un promedio de 15 vehículos de emergencia retenidos diariamente cada mes, en IPS públicas y privadas de la ciudad .

Vehículos habilitados en el Registro Especial de Prestadores (REPS).

Publicas: 161

Privadas: 754

Grupo GAMA

El Grupo de Apoyo a la Atención Médica (GAMA) de la Secretaría Distrital de Salud está conformado por profesionales pertenecientes a la Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud, Dirección de Provisión de Servicios de Salud, Dirección de Calidad de Servicios de Salud y Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud, con el propósito de garantizar un acompañamiento sistemático a las IPS con servicios de Urgencias, enfocado en la mejora continua de la calidad de los servicios de salud y en la gestión eficiente de la ocupación hospitalaria.

El componente de la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud para el Grupo de Apoyo a la Atención Médica (GAMA), realizó visitas a servicios de urgencias de IPS privadas y públicas.

Hospital Santa Clara
Clínica de Occidente S.A
Clínica Country
Hospital Occidente De Kennedy
Hospital Pediátrico Tintal
Hospital La Victoria
Hospital San Blas
Clínica La Colina
San José Centro
Hospital de La Misericordia
Abood Shaio
Clínica Santa María del Lago
Clínica Cardíaco infantil

Durante las visitas a las IPS se hizo énfasis en el seguimiento y cumplimiento de la meta de

pacientes con autorización de PHD y oxígeno, además se apoyó en el trámite de referencia de los pacientes que registraban estancia prolongada (mayor a 24 horas) en el servicio de urgencias mediante comunicación directa con la Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB) correspondiente, con el propósito de agilizar la respuesta por parte de estas.

Capa de Urgencias-Modelo de Salud Más Bienestar

Avances en la Ruta de Salud Mental

Resolución para la atención de Salud Mental, que incluye un apartado específico sobre los vehículos de atención en Salud Mental, los cuales hacen parte de los convenios con las Subredes y son despachados desde la Subdirección del CRUE.

Planeación y ejecución del Simposio de Urgencias

El Simposio de Urgencias se realizó los días 3 y 4 de diciembre de 2025, contando con la participación de las entidades invitadas. Adicionalmente, mediante la transmisión por YouTube, se logró una audiencia de más de 300 personas conectadas diariamente.

Durante las jornadas de la mañana se presentó el Modelo de la Capa de Urgencias, las Rutas de los eventos priorizados y las EAPB expusieron su red prestadora.

Posteriormente, se desarrolló un circuito experiencial con diferentes estaciones que ilustraron el modelo operativo:

- Estación Empresa de Teléfonos de Bogotá ETB: socialización de las plataformas del centro de contacto y el triaje validado.
- Estación Subdirección de Gestión del Riesgo: atención prehospitalaria desde ambulancias con electrocardiograma de 12 derivaciones.
- Estaciones de Sistema de Emergencias Médicas SISEM y NETUX (tecnología médica).
- Estación de pruebas POCT- "Point Of Care Testing" pruebas en el punto de atención al paciente.
- Estaciones de las Entidades Administradoras de Planes y Beneficios-EAPB.
- Presentación del grupo de teatro de las Subredes, con representaciones de escenarios de urgencias y su atención conforme al nuevo modelo.

Avances del Plan de Medios

Se definieron y consolidaron los mensajes clave a socializar durante el Simposio. Asimismo, se diseñaron las camisetas y gorras utilizadas en las actividades de lanzamiento y se elaboraron los pendones informativos empleados y previstos para los eventos de socialización del Modelo, incluyendo el pendón del Código QR, mediante el cual se accede a la información de las 14 variables que identificarán las ambulancias en Bogotá.

Acciones de Mantenimiento Radiocomunicaciones

- Acompañamiento de apoyo a las antenas ubicadas en el Cerro Alpes, instalación tablero remoto y mantenimiento, antena en el Cerro Manjui instalación tablero remoto mantenimiento sitio.
- Instalaciones de radio Base (19), móvil o portátil en ambulancias del sistema Atención Pre-Hospitalaria APH, salud mental vehículo de visita médica domiciliaria y secundarios.
- Desinstalaciones de radios Bases (12), móviles o portátiles en ambulancias del sistema APH, salud mental vehículo de visita médica domiciliaria y secundarios.
- Mantenimientos correctivos (17), de radios móviles o portátiles en ambulancias del sistema APH, salud mental, vehículos de visita médica domiciliaria y secundarios
- Mantenimientos preventivos (54), de radios móviles o portátiles en ambulancias del sistema APH, salud mental, vehículos de visita médica domiciliaria y secundarios

Meta. Mantener la respuesta al 100% en la gestión del riesgo frente a emergencias y desastres y enfermedades emergentes y reemergentes a través del fortalecimiento de capacidades en lo relacionado con el conocimiento, reducción y respuesta en el Distrito Capital en articulación con el Sistema Distrital y Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres

Análisis del indicador:

Porcentaje de respuesta ante emergencias y desastres y enfermedades emergentes y reemergentes gestionadas a través del Sistema de Emergencias Médicas (SEM)

Para la vigencia 2025 el cumplimiento cerró en 100%, al ser un indicador de tipo constante; las actividades se realizan a demanda.

Cursos realizados por Gestión del Riesgo-SDS a la comunidad

“El curso Primer Respondiente que ofrece la Secretaría Distrital de Salud gratuitamente, presenta los conocimientos básicos que se deben tener en cuenta para responder adecuadamente como primer contacto ante una urgencia o emergencia, mientras los servicios de salud arriban al lugar de los hechos”.

Objetivos del Curso del Primer Respondiente

- Fomentar estilos de vida saludables para prevenir enfermedades y evitar accidentes.
- Aprender como activar y usar racionalmente el Sistema Médico de Emergencias marcando la línea 123, Número Único de Seguridad y de Emergencias.
- Aprender qué hacer y qué no hacer en caso de urgencias mientras llega el equipo especializado de salud.
- Aprender y practicar la reanimación cardiocerebropulmonar en adultos y menores de edad.
- Como manejar la obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño.
- Identificar tempranamente el ataque cerebral.

- Identificar tempranamente el infarto agudo de miocardio.

Fuente: https://www.saludcapital.gov.co/DCRUE/Paginas/primer_respondiente.aspx-Página Web SDS-
Primer respondiente el curso que salva vidas

Durante la vigencia 2025

Curso Primer Respondiente: incluye los cursos realizados y seguimiento 11.732

Cursos realizados: 8.112

Primer Respondiente Básico comunidad (Presencial): 5.724

Primer Respondiente Virtual componente Teórico: 812

Primer Respondiente Virtual componente Práctico: 214

Primer Respondiente en Emergencias y Desastres: 421

Primer Respondiente en Salud Mental Comunidad: 941

Seguimiento Formación y educación integrantes SEM: 3.620

Curso Misión Médica presencial: 255

Curso Misión Médica virtual: 1.310

Curso Soporte Vital Básico y manejo de DEA: 254

Jornada Primeros Auxilios Psicológicos: 848

Otros: 953

Gestión curso de primer respondiente: 2.344

Mesas técnicas de articulación capacitaciones: 119

Gestión de correos Primer Respondiente y otros: 1.938

Gestión de correos Misión Médica: 233

Respuesta a SDQS Capacitaciones: 40

Jornada de actualización limpieza y desinfección de maniqués de entrenamiento de RCP: 14

Planes de Gestión del Riesgo

Es el documento que se elabora dando la orientación en el proceso de planeación y respuesta ante una situación de emergencia, para la vigencia 2025 se participó en 42:

- Plan de preparación y Respuesta de Incendio Forestales: 4
- Plan de Preparación y Respuesta Día sin Carro y sin Moto 2025 :2
- Plan de preparación y respuesta en salud – Estéreo Picnic 2025: 3
- Plan de preparación y respuesta de Semana Mayor (semana santa):2
- Plan de Preparación y Respuesta Frente a los Posibles Efectos en Salud Ante el Fenómeno de la Niña 2025: 2
- Plan de gestión y respuesta desde el sector salud por racionamiento de agua en el distrito capital.: 14
- Plan de Gestión y Respuesta por Fenómeno de La Niña (Oleada Invernal): 5
- Plan de Gestión y Respuesta Copa Mundial Femenina SUB-20 – 2025: 1

- Plan de Gestión y Respuesta para la Conmemoración Desfile del 20 de Julio:1
- Plan de manejo de atentado terrorista:2
- Plan Distrital de Preparación y Respuesta En Salud para la Temporada de Fin E Inicio De Año 2025-2026 en Bogotá D.C. 2
- Plan distrital de preparación y respuesta frente al virus de sarampión en la ciudad de Bogotá: 2
- Plan distrital de preparación y respuesta frente a la Tosferina en la ciudad de Bogotá:1
- Plan Distrital de Celebración del día Niño y Noche de disfraces: 1

Participación en Comités Operativos de Emergencias (COE) y en los Puestos de Mando Unificado PMU

Participación por situaciones excepcionales: 1.050

- Establecimiento en el Centro Operaciones de Emergencias (COE):13
- Asistencias en urgencias en los Centros Operaciones de Emergencias (COE): 594
- Participación en Puestos de Mando Unificado (PMU):52
- Número de activaciones y seguimiento a incidentes en salud: 182
- Número de activaciones y seguimiento a incidentes en Salud Mental: 74

La Subdirección de Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastres en el marco de la ejecución de la respuesta frente a situaciones de emergencia y desastres en el contexto del Sistema de Emergencias Médicas y el Sistema Distrital de Gestión de Riesgo y Cambio Climático despliega una serie de acciones de coordinación y articulación entre los distintos actores distritales, así como recursos desde el sector salud teniendo presente la ruta de acción dispuesta en los instrumentos de preparación como lo son el Marco de Actuación - Estrategia Distrital de Respuesta a Emergencias, Estrategia Institucional de Respuesta y los diferentes planes de preparación y respuesta para el manejo y resolución de mencionadas situaciones caracterizadas como escenarios de riesgo para el distrito capital, entre otras que por sus características afecten negativamente las dimensiones del desarrollo sostenible y por lo tanto la gobernabilidad del territorio.

Se incluye también la respuesta a incidentes de salud mental, mediante intervenciones individuales y grupales.

Del mismo modo, desde el Sistema Distrital de Gestión de Riesgo y Cambio Climático se dispone de mecanismos e instrumentos para la resolución de la emergencia como lo son las unidades e instancias de coordinación, en donde de acuerdo con el nivel de la emergencia se establece la articulación interinstitucional por medio de Puestos de Mando Unificado (PMU), Centros de Operaciones de Emergencias (COE) o Sala de Crisis, esto ligado a la complejidad y nivel de la emergencia en curso. Dentro de éstos se incluyen los PMU por decreto 053, por el cual se garantiza y se protege el derecho a la manifestación pública

La Subdirección de Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastres en el marco de la ejecución de la respuesta frente a situaciones de emergencia y desastres en el contexto del Sistema de Emergencias Médicas y el Sistema Distrital de Gestión de Riesgo y Cambio Climático despliega una serie de acciones de coordinación y articulación entre los distintos

actores distritales, así como recursos desde el sector salud teniendo presente la ruta de acción dispuesta en los instrumentos de preparación como lo son el Marco de Actuación - Estrategia Distrital de Respuesta a Emergencias, Estrategia Institucional de Respuesta y los diferentes planes de preparación y respuesta para el manejo y resolución de mencionadas situaciones caracterizadas como escenarios de riesgo para el distrito capital, entre otras que por sus características afecten negativamente las dimensiones del desarrollo sostenible y por lo tanto la gobernabilidad del territorio. Se incluye también la respuesta a incidentes de salud mental, mediante intervenciones individuales y grupales.

Del mismo modo, desde el Sistema Distrital de Gestión de Riesgo y Cambio Climático se dispone de mecanismos e instrumentos para la resolución de la emergencia como lo son las unidades e instancias de coordinación, en donde de acuerdo con el nivel de la emergencia se establece la articulación interinstitucional por medio de Puestos de Mando Unificado (PMU), Centros de Operaciones de Emergencias (COE) o Sala de Crisis, esto ligado a la complejidad y nivel de la emergencia en curso. Dentro de éstos se incluyen los PMU por decreto 053, por el cual se garantiza y se protege el derecho a la manifestación pública.

Acompañamiento Planes de Gestión del Riesgo de Desastres en el Contexto Hospitalario

Igualmente, se realizó 177 acompañamientos a las diferentes instituciones en salud en cuanto a: asesoría, preparación, acompañamiento y evaluación de la elaboración e implementación de los Planes de Gestión del Riesgo de Desastres en el Contexto Hospitalario (GRDCH).

Uso Emblema Misión Médica

Desde la SDS, se realiza el control al buen uso del emblema de misión médica, tanto a las instituciones como a los diferentes vehículos que por su actividad lo portan.

En 2025 se realizó:

- Gestión administrativa y seguimiento al uso del emblema la misión médica de acuerdo con la normativa vigente a las diferentes instituciones que así lo demandaron: 594
- Se emitió administrativos y otros documentos relacionados con el buen uso del emblema de la misión médica:110
- Se realizaron asistencias técnicas sobre el uso del emblema de la misión médica:37
- Se realizaron infracciones e incidentes en el no cumplimiento del uso del emblema de la misión médica:52
- Seguimiento a otros actores sobre el uso del emblema de misión médica:89
- Se realizó sensibilización del uso del emblema de Misión Médica- MM y protección al personal sanitario:306

Acciones de evaluación y seguimiento a los eventos de aglomeración masiva de público desde las competencias de salud y lo dispuesto en la normatividad vigente: realizados 871

- PMU en Eventos:382
- PMU Previos:221
- Comisiones de Futbol: 61
- Verificación de Condiciones:144
- Comités SUGA: 35
- Asistencias técnicas Aglomeraciones de público:28

Acciones de evaluación y seguimiento a los eventos de aglomeración masiva de público

La Secretaría Distrital de Salud, desde La Subdirección de Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastres en el marco de sus competencias y dando cumplimiento al Decreto 599 de 2013 y demás normatividad vigente, emite los conceptos técnicos dentro de la línea de tiempo establecida y conforme a la fecha del cargue documental, de las actividades de aglomeración de público radicadas en la plataforma SUGA- Sistema Único de Gestión para el Registro, Evaluación y Autorización de Actividades de Aglomeración de Publico en el Distrito Capital

Para la vigencia 2025, se emitieron 1.298 conceptos:

- Conceptos Favorables: 793
- Conceptos NO Favorables: 297
- Concepto Favorable con Ajustes: 170
- Alcance al concepto favorable: 38

Meta. Dar respuesta oportuna como mínimo al 90% de las alertas, emergencias, enfermedades emergentes y reemergentes notificadas, dentro de las primeras 24 horas.

Análisis del indicador

Porcentaje de respuesta oportuna (dentro de las primeras 24 horas) de atención de alertas, emergencias, y enfermedades emergentes y reemergentes y *Emergencia en Salud pública de Importancia Internacional*.- ESPII notificados al sistema de salud.

El cumplimiento de la meta se encuentra medido en porcentaje, pero el fundamento de la fórmula se estableció como una relación entre el número de eventos atendidos las primeras 24 horas/número de eventos notificados, teniendo en cuenta que no todos los eventos notificados pueden ser atendidos.

Con esta medición la meta cerró en 99,85% en la 2025, como un promedio del cumplimiento de todos los meses. A continuación, se presenta el comportamiento mes a mes de las acciones realizadas:

Enero

Todos los eventos notificados fueron atendidos con oportunidad del 100% es decir durante las primeras 24 horas (49 eventos atendidos las primeras 24 horas/ 49 eventos notificados)

Febrero

A febrero 2025, el Distrito contó con (11) Equipos de Respuesta Inmediata-ERI distribuidos así: Subred norte, Subred sur occidente y Subred Centro Oriente (3) cada uno, mientras que la Subred Sur contó con (2) ERI, logrando intervenir un total de 158 eventos entre ellos: brotes de infección respiratoria aguda IRA (n=73), brotes de enfermedad diarreica aguda (n=28), brotes de varicela (n=13), investigación de rumores (n=12), los demás eventos (n=32) se presentaron en menor proporción.

Las localidades con mayor número de brotes fueron Bosa (n= 22), San Cristóbal (n=17) Ciudad Bolívar (n=15) . Todos los eventos notificados fueron atendidos con oportunidad del 100% es decir durante las primeras 24 horas (158 eventos atendidos las primeras 24 horas/ 158 eventos notificados)

A través de la Subred integrada de servicios de Salud Suroccidente, se realizaron las siguientes actividades en el mes de febrero 2025 dando cumplimiento al programa de vigilancia portuaria en los puntos de entrada: Aeropuerto Internacional El Dorado y terminal Terrestre el salitre:

1. Búsqueda activa de viajeros sintomáticos
Vuelos Nacionales 9.270 y 1.075.846 pasajeros
Vuelos Internacionales 3.888 y 584.816 viajeros
Rutas terrestres: 102.866 y 515.400 viajeros
2. Identificación de eventos ESPII en Aeropuerto El Dorado : (1) ESPII
3. Identificación de eventos ESPII en Terminal salitre: (0) ESPII
4. Comunicación de riesgo: 1.075.846 viajeros en temas de Enfermedades transmitidas por vectores, IRA y vacunación.

Nota: Todas las actividades son a demanda y hacen parte del programa de vigilancia epidemiológica portuarias en Terminal Terrestre el Salitre y Aeropuerto El Dorado, dando cumplimiento al 100% del programa de sanidad portuaria

Marzo

Los Equipos de Respuesta Inmediata-ERI lograron intervenir un total de 200 eventos entre ellos: brotes de infección respiratoria aguda IRA (n=103), brotes de tos ferina (23), brotes de enfermedad diarreica aguda y brotes de varicela (n=13) de cada uno, brotes de intoxicaciones (n=11), probables brotes de sarampión-rubeola (10), brotes de boca, pie, mano (9), investigación de rumores (n=8) , los demás eventos (n=10) se presentaron en menor proporción; las localidades con mayor número de brotes fueron Usme (n=33), le siguen Kennedy y Ciudad Bolívar con (n= 25) brotes cada una y Bosa (n=22), de los eventos notificados el 99% (n=198) se atendieron durante las primeras 24 horas (198 eventos atendidos las primeras 24 horas/ 200 eventos notificados).

En sanidad portuaria se realizó búsqueda activa en 614.819 viajeros internacionales identificando (0) caso de Emergencia en Salud Pública de Importancia Internacional ESPII.

Abril

En el mes de abril 2025, los ERI logrando intervenir un total de 126 eventos entre ellos: brotes de infección respiratoria aguda IRA (n=46), brotes de Varicela (n=14), brotes de

intoxicaciones (n=13), brotes de tos ferina (n=12), investigación de rumores (n=12), probables brotes de sarampión (n=7) y los demás eventos (n=11) se presentaron en menor proporción. Las localidades con mayor número de brotes fueron Ciudad Bolívar y Bosa (n=14) cada una, le sigue Kennedy con (n= 13) brotes; de los eventos notificados el 99.2% (n=125) se atendieron durante las primeras 24 horas (125 eventos atendidos las primeras 24 horas/ 126 eventos notificados).

En sanidad portuaria se realizó búsqueda activa en 653.296 viajeros internacionales identificando (0) caso de Emergencia en Salud Pública de Importancia Internacional ESPII

Mayo

En el mes de mayo 2025, los ERI logrando intervenir un total de 253 eventos entre ellos: brotes de Infección Respiratoria Aguda IRA (n=109), brotes de manos, pie, boca (n=50) brotes de varicela (n=23), probables brotes de sarampión (n=21)), investigación de rumores (n=18), brotes de intoxicaciones (n=12), brotes de tos ferina (n=7) y los demás eventos (n=13) se presentaron en menor proporción. Las localidades con mayor número de brotes fueron Kennedy con (n= 34) brotes, le sigue Ciudad Bolívar (n=27) brotes y Bosa (n=24) brotes.

De los eventos notificados el 99.6% (n=252) se atendieron durante las primeras 24 horas (252eventos atendidos las primeras 24 horas/ 253 eventos notificados).

En sanidad portuaria se realizó búsqueda activa en 675.257 viajeros internacionales identificando (0) caso de Emergencia en Salud Pública de Importancia Internacional ESPII

Junio

En el mes de junio 2025, los ERI logrando intervenir un total de 134 eventos entre ellos: brotes de infección respiratoria aguda IRA (n=39), brotes de manos, pie, boca (n=37), brotes de varicela (n=12), probables brotes de sarampión/rubeola (n=12), investigación de rumores (n=11), brotes de intoxicaciones (n=9), otros brotes entre los que están pediculosis y molusco contagioso(n= 4) y demás brotes en menor proporción (n=10) entre los que se cuentan Brotes de Tos ferina, ETA,EDA y rebosamientos de agua. Las localidades con mayor número de brotes fueron Kennedy con (n=20) brotes, le sigue Bosa (n=16) y Mártires con (n=14) brotes; de los eventos notificados el 100% (n=134), se atendieron durante las primeras 24 horas (134 eventos atendidos las primeras 24 horas/ 134 eventos notificados).

En sanidad portuaria se realizó búsqueda activa en 691.639 viajeros internacionales identificando (0) caso de Emergencia en Salud Pública de Importancia Internacional ESPII

Julio

En el mes de julio 2025, los ERI logrando intervenir un total de 113 eventos entre ellos: Brotes de manos, pie, boca (n=41), Brotes de Varicela (n=16), brotes de infección respiratoria aguda IRA (n=15), investigación de rumores (n=10), brotes de intoxicaciones (n=8), probables brotes de sarampión/rubeola(n=8), brotes de ETA (n=6), brotes de EDA (n=4) y otros eventos (n=2). Las localidades con mayor número de brotes fueron Kennedy con (n=15) brotes, le sigue Bosa con (n=12) y en tercer lugar Rafael Uribe Uribe y Engativá con (n=8) brotes cada una; de los eventos notificados el 100% (n=113) se atendieron durante las primeras 24 horas (113 eventos atendidos las primeras 24 horas/ 113 eventos notificados).

En sanidad portuaria se realizó búsqueda activa en 789.302 Pasajeros internacionales identificando (0) caso de Emergencia en Salud Pública de Importancia Internacional ESPII

Agosto

En el mes de agosto 2025, los ERI logrando intervenir un total de 112 eventos entre ellos: Brotes de manos, pie, boca (n=36), brotes de infección respiratoria aguda IRA (n=18), probables brotes de sarampión/rubeola (n=13), brotes de varicela (n=12), brotes de tos ferina (n=9), brotes de intoxicaciones (n=8), brotes de EDA (n=5) y otros eventos en menor proporción (n=11); las localidades con mayor número de brotes fueron Kennedy y Bosa con (n=17) brotes cada una le sigue Ciudad Bolívar (n=12) y en tercer lugar Rafael Uribe Uribe (n=11) brotes.

De los eventos notificados el 100% (n=112) se atendieron durante las primeras 24 horas (112 eventos atendidos las primeras 24 horas/ 112 eventos notificados).

En sanidad portuaria se realizó búsqueda activa en 739.136 Pasajeros internacionales identificando (0) caso de Emergencia en Salud Pública de Importancia Internacional ESPII

Septiembre

En el mes de septiembre 2025, los ERI logrando intervenir un total de 172 eventos entre ellos: brotes de manos, pie, boca (n=55), probables brotes de sarampión/rubeola (n=32), brotes de infección respiratoria aguda IRA (n=27), brotes de varicela (n=17), brotes de intoxicaciones (n=13), Brotes de EDA (n=10), otros eventos (n=7). brotes de ETA (n=6), brotes de hepatitis (n=3) y brotes de pediculosis y meningitis (n=1) cada uno; las localidades con mayor número de brotes fueron Kennedy y Ciudad Bolívar con (n=22) brotes cada una le sigue Bosa con (n=17) y en tercer lugar Usme con (n=14) brotes.

De los eventos notificados el 100% (n=172) se atendieron durante las primeras 24 horas (172 eventos atendidos las primeras 24 horas/ 172 eventos notificados).

En sanidad portuaria se realizó búsqueda activa en 669.205 Pasajeros internacionales identificando (0) caso de Emergencia en Salud Pública de Importancia Internacional ESPII

Octubre

En el mes de octubre 2025, el Distrito contó con (12) Equipos de Respuesta Inmediata-ERI distribuidos en las cuatro Subredes Integradas de servicios de Salud, logrando intervenir un total de 95 eventos entre ellos: brotes de manos, pie, boca (n=20), probables brotes de sarampión/rubeola (n=18), brotes de varicela y brotes de tos ferina (n=14), cada uno, le siguen los brotes de infección respiratoria aguda IRA (n=10), brotes de ETA (n=6), brotes de intoxicaciones (n=5), brotes de EDA (n=3), y otros eventos sin clasificar (n=2), brotes de hepatitis (n=2) y brotes de pediculosis (n=1); las localidades con mayor número de brotes fueron Kennedy con (n=15) brotes, le sigue San Cristobal con (n=13) y en tercer lugar Suba (n=10) brotes.

De los eventos notificados el 100% (n=95) se atendieron durante las primeras 24 horas (95 eventos atendidos las primeras 24 horas/ 95 eventos notificados).

En sanidad portuaria se realizó búsqueda activa en 737,555 Pasajeros internacionales identificando (0) caso de Emergencia en Salud Pública de Importancia Internacional ESPII.

Noviembre

En el mes de noviembre 2025, el Distrito contó con (12) Equipos de Respuesta Inmediata-ERI distribuidos en las Cuatro Subredes Integradas de servicios de Salud, logrando intervenir un total de 81 eventos entre ellos: brotes de tos ferina (n=23), probables brotes de sarampión/rubeola(n=20), brotes de infección respiratoria aguda IRA (n=12) , brotes de manos, pie, boca y brotes de varicela (n=8) cada uno, le siguen los brotes de intoxicaciones (n=5) y otros brotes en menor proporción (n=5); las localidades con mayor número de brotes fueron Ciudad Bolívar (n=15) , Kennedy con (n=8) brotes y en tercer lugar Suba (n=7) brotes.

De los eventos notificados el 100% (n=81) se atendieron durante las primeras 24 horas (81eventos atendidos las primeras 24 horas/ 81 eventos notificados).

En sanidad portuaria se realizó búsqueda activa en 717,286 Pasajeros internacionales identificando (0) caso de Emergencia en Salud Pública de Importancia Internacional ESPII

Diciembre

En el mes de diciembre 2025, el Distrito contó con (12) Equipos de Respuesta Inmediata-ERI distribuidos en las cuatro Subredes Integradas de servicios de Salud, logrando intervenir un total de 46 eventos distribuidos así: brotes de intoxicaciones (n=14), brotes de varicela (n=12), brotes de tos ferina (n=8), brotes de enfermedad transmitida por alimentos ETA (n=3), le siguieron los probables brotes de sarampión/rubeola(n=2), Probables brotes de cólera (n=2), brotes de infección respiratoria aguda IRA (n=2) y brotes de manos, pie, boca, brotes de enfermedad diarreica aguda EDA y brotes de parotiditis (n=1). Las localidades con mayor número de brotes fueron Suba (n=6) , en segundo lugar, las localidades de Rafael Uribe y Usaquén (n=4) cada una y en tercer lugar con (n=3), brotes respectivamente están las localidades de San Cristobal, Engativá, Chapinero, Mártires, Fontibón y Puente Aranda.

De los eventos notificados el 97,8% (n=45) se atendieron durante las primeras 24 horas (45eventos atendidos las primeras 24 horas/ 46 eventos notificados).

En sanidad portuaria se realizó búsqueda activa en 789.918 Pasajeros internacionales identificando (0) caso de Emergencia en Salud Pública de Importancia Internacional ESPII

Proyecto 7919 – Generación de capacidades para la creación del centro de desarrollo tecnológico de producción de biológicos. Bogotá

Objetivo general:

Crear el centro de desarrollo tecnológico para la producción de biológicos de uso humano.

Objetivos específicos:

- Gestionar los recursos e insumos necesarios de tecnología sanitaria y equipamiento para la producción de biológicos en Bogotá.
- Establecer relaciones de carácter transaccional con actores involucrados que permitan la producción de Biológicos.
- Agilizar los procesos técnicos y/o administrativos de la puesta en marcha de la producción de biológicos en Bogotá.

Meta Plan de Desarrollo:

Meta Plan de Desarrollo	Indicador de la meta	Programado 2025	Ejecutado 2025	Presupuesto Definitivo	Presupuesto Ejecutado
Avanzar en el 100% del cronograma establecido para la producción y generación de biológicos (envasado y llenado) en Bogotá D.C para contribuir a la soberanía sanitaria.	Porcentaje de avance en la capacidad de envasado y terminado de vacunas	30%	30%	130.238.136.871	130.238.136.871

Meta. Avanzar en el 100% del cronograma establecido para la producción y generación de biológicos (envasado y llenado) en Bogotá D.C para contribuir a la soberanía sanitaria.

Análisis del indicador:

A diciembre se logró:

- Selección del Gerente General de BogotáBio.
- Informe final de la Debida Diligencia de los predios preseleccionados para la construcción del centro de desarrollo tecnológico de producción de vacunas.
- Adquisición del terreno del Predio Moraima, Tocancipá, Cundinamarca y la transferencia del costo, predio para la construcción del Centro de Desarrollo Tecnológico de Producción de Vacunas realizada por BogotáBio.
- Ejecución de los contratos de la conexión de energía (ENEL) y pozo profundo en el predio adquirido.
- Viabilidad de Servicios de Agua Potable de aguas de Tocancipá y servicios Eléctricos Enel-Codensa.
- Ejecución del Contrato para desarrollar el proyecto de Diseño Conceptual y Básico del Centro de Desarrollo Tecnológico de Producción de Vacunas realizada por BogotáBio
- Evento de Lanzamiento de BogotáBio S.A.S. como la empresa de producción de productos biológicos en Bogotá.
- Términos de referencia e invitación a empresas de la Licitación EPC e Interventoría para la construcción del Centro de Producción de Productos Biológicos que inicia en la vigencia 2026.
- Se realizó las transferencias de las vigencias futuras y las indexaciones de las vigencias 2024 y 2025 como aporte de la capitalización de la SDS-FFDS en BogotáBio
- Se emitieron las acciones clase A a nombre de la SDS-FFDS para los años 2024 y 2025, siendo el mayor accionista de BogotáBio S.A.S.

Proyecto 8069 – Fortalecimiento del ecosistema de CTEI para la salud pública de

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co



CO-SC-CER155793



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Bogotá D.C.

Objetivo general:

Fortalecer el ecosistema de CTI para contribuir a la generación de nuevo conocimiento para la toma de decisiones y acciones con enfoque territorial frente a problemáticas relevantes que afectan la salud pública en Bogotá D.C.

Objetivos específicos:

- Mejorar la gobernanza para la generación de sinergias entre los diferentes actores, procesos e instancias del ecosistema de CTel.
- Fortalecer las capacidades del talento humano para responder desde la CTel a los retos de salud pública.
- Optimizar el uso de los recursos para impulsar y mantener la investigación científica, el desarrollo tecnológico e innovación.

Meta Plan de Desarrollo:

Meta Plan de Desarrollo	Indicador de la meta	Programado 2025	Ejecutado 2025	Presupuesto Definitivo	Presupuesto Ejecutado
Implementar el 100% del plan de fortalecimiento del ecosistema de CTel para la salud a fin de contribuir a la generación y la apropiación social de nuevo conocimiento para la toma de decisiones relacionadas con las problemáticas relevantes en salud pública de Bogotá.	Porcentaje de avance en la implementación del plan de fortalecimiento del ecosistema de CTI para la salud pública del Distrito Capital	100%	100,0%	17.591.629.903	17.575.395.655

Meta. Implementar el 100% del plan de fortalecimiento del ecosistema de CTel para la salud a fin de contribuir a la generación y la apropiación social de nuevo conocimiento para la toma de decisiones relacionadas con las problemáticas relevantes en salud pública de Bogotá.

Análisis del indicador:

Se registran avances relevantes en la fase estratégica de preparación e institucionalización del modelo de innovación en la Secretaría Distrital de Salud. Durante el periodo se consolidó la fase diagnóstica del sistema de gestión de innovación, mediante la recopilación de información y la revisión integral de la documentación existente en la plataforma ISOLUCION, con el fin de establecer el grado de cumplimiento del Sistema de Gestión de la Calidad frente a la norma NTC 5801:2018.

El diagnóstico técnico, desarrollado a través de una matriz de mapeo cruzado de los numerales del estándar, evidenció un 48% de cumplimiento, lo que refleja un nivel de madurez intermedio del ecosistema institucional de innovación. Entre los principales logros se identificaron capacidades instaladas en talento humano e infraestructura, control sobre procesos externos y la existencia de estrategias para impulsar iniciativas innovadoras.

Como resultado estratégico del ejercicio, se formularon recomendaciones de alto impacto, orientadas a la implementación del Sistema de Gestión de Innovación (SGI), el fortalecimiento de la gobernanza institucional, la articulación con el Sistema de Gestión de la Calidad en los ciclos de evaluación y mejora, el fomento de una cultura innovadora y la gestión sistemática de riesgos.

Adicionalmente, se presentó y validó el cronograma de actualización e implementación del SGI bajo la NTC 5801, dejando definida la hoja de ruta para iniciar su despliegue institucional en 2026. Estos resultados posicionan al proyecto en una fase decisiva de transición entre el diagnóstico y la implementación, sentando las bases técnicas y organizacionales para el fortalecimiento sostenible del ecosistema de CTel en salud pública en Bogotá.

Proyecto 8143 – Implementación de intervenciones colectivas que promuevan conductas de cuidado priorizando la movilidad segura y saludable. Bogotá D.C.

Objetivo general:

Promover acciones de educación en salud pública dirigidas a los actores viales que favorezcan el desarrollo de capacidades para la cultura del cuidado de la vida, la movilidad activa, sostenible y el desarrollo de acciones sectoriales e intersectoriales para la reducción del riesgo de siniestralidad vial.

Objetivos específicos:

- Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigido a los actores viales, que favorezcan el desarrollo de capacidades para el cuidado y el aumento de la percepción del riesgo con relación a los comportamientos inseguros que se enmarcan desde la cotidianidad.

Meta Plan de Desarrollo:

Meta Plan de Desarrollo	Indicador de la meta	Programado 2025	Ejecutado 2025	Presupuesto Definitivo	Presupuesto Ejecutado
Implementar 100% de acciones del plan distrital de seguridad vial a cargo del sector salud, para la promoción de comportamientos de cuidado, reducción del riesgo de perder vidas y sufrir lesiones graves en las vías, incluyendo lo relacionado con la movilidad activa y sostenible.	Porcentaje de implementación de acciones del plan distrital de seguridad vial a cargo del sector salud para la promoción de comportamientos de cuidado para reducir el riesgo de perder vidas y sufrir lesiones graves en las vías	100%	91,63%	1.481.127.483	1.478.007.111

Meta. Implementar 100% de acciones del plan distrital de seguridad vial a cargo del sector salud, para la promoción de comportamientos de cuidado, reducción del riesgo

de perder vidas y sufrir lesiones graves en las vías, incluyendo lo relacionado con la movilidad activa y sostenible.

Análisis del indicador:

A noviembre, se intervinieron 282.343 personas mediante acciones pedagógicas de educación en salud, desarrolladas de manera sectorial e intersectorial.

Las Jornadas Comunidades Activas: vive la noche con bienestar y seguridad vial (antes Rumba con bienestar) impactaron a 159.143 personas en las zonas de rumba priorizadas del Distrito, a través de acciones de educación en salud pública orientadas a la prevención del consumo nocivo de alcohol y otras SPA, la promoción de la seguridad vial, el bienestar emocional, la cultura del cuidado y la prevención de conductas violentas asociadas.

Los equipos de Cuidado Colectivo para el Bienestar intervinieron a 283 personas mediante acciones de promoción de la seguridad vial en el entorno cuidador comunitario.

Por su parte, Comunidades Activas desarrolló acciones pedagógicas con 1.193 líderes y lideresas, abordando temas de seguridad vial y salud mental.

Los equipos de gestores territoriales de la salud realizaron intervenciones con 94.139 personas, a través de acciones de educación para la salud orientadas a la prevención del consumo de alcohol, la promoción de conductas de cuidado y la seguridad vial, en zonas priorizadas del Distrito.

Adicionalmente, se llevaron a cabo 180 sesiones de Comunidades Activas construyendo bienestar y seguridad vial, con la participación de 3.505 personas.

En el ámbito educativo, se fortalecieron capacidades en 8.116 personas de la comunidad educativa, mediante procesos transversales relacionados con movilidad segura y alternativa, salud mental y bienestar integral.

Desde la estrategia Conexión nocturna: bienestar, trabajo y cuidado (antes Tu bar, tu responsabilidad), se sensibilizaron 943 personas; asimismo, se caracterizaron 487 establecimientos y se realizaron asesorías a 1.148 personas, orientadas a la promoción de la salud en ambientes laborales de las zonas de rumba y a la venta y expendio responsable de alcohol. De igual forma, se desarrollaron sesiones colectivas con 475 personas para la promoción de la salud y la reducción de riesgos asociados a la actividad económica.

Finalmente, en instituciones de protección, se realizaron acciones pedagógicas para la promoción de la seguridad vial dirigidas a 38 personas.

Proyecto 8145 – Implementación de procesos de atención psicosocial en las diferentes modalidades para la población víctima de conflicto armado. Bogotá D.C.

Objetivo general:

Garantizar el acceso a 17.280 personas víctimas del conflicto armado a la medida de rehabilitación establecida en la Ley 1448 de 2011, a través del desarrollo del componente de atención psicosocial del PAPSIVI y de sus estrategias diferenciales.

Objetivos específicos:

- Desarrollar procesos de atención psicosocial individual, familiar y comunitarios que potencialicen recursos y estrategias de afrontamiento para resignificar el sufrimiento emocional de la población víctima del conflicto armado.
- Fortalecer organizaciones o procesos comunitarios a través de la atención psicosocial que permita la reconstrucción de los vínculos, el tejido social y la cohesión sociocultural de la población víctima del conflicto armado.
- Implementar estrategias diferenciales de atención psicosocial que incorporen el reconocimiento de las múltiples interseccionalidades de la población víctima del conflicto armado, como una contribución a la reconciliación y la construcción de la paz.

Meta Plan de Desarrollo:

Meta Plan de Desarrollo	Indicador de la meta	Programado 2025	Ejecutado 2025	Presupuesto Definitivo	Presupuesto Ejecutado
Garantizar el acceso a 17.280 personas víctimas del conflicto armado, a las medidas de rehabilitación establecida en la Ley 1448 de 2011, a través del desarrollo del componente de atención psicosocial del PAPSIVI y de sus estrategias diferenciales.	Población víctima del conflicto armado con procesos de atención psicosocial finalizados por cumplimiento de objetivos	5.040	3.953	9.938.980.855	9.938.980.855

Meta. Garantizar el acceso a 17.280 personas víctimas del conflicto armado, a las medidas de rehabilitación establecida en la Ley 1448 de 2011, a través del desarrollo del componente de atención psicosocial del PAPSIVI y de sus estrategias diferenciales.

Análisis del indicador:

La Secretaría Distrital de Salud (SDS) implementa una estrategia de atención psicosocial en respuesta a la medida de rehabilitación, a través del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI). En este marco, se avanzó en el desarrollo de procesos orientados a la atención de los daños psicosociales ocasionados por hechos de violencia en el contexto del conflicto armado.

Durante el periodo comprendido entre enero y noviembre, ingresaron a los procesos de atención psicosocial un total de 4.645 personas (3.155 mujeres y 1.490 hombres), de las cuales 19 personas se autoreconocen como LGBTI.

En la modalidad individual, ingresaron 1.455 personas (1.083 mujeres y 372 hombres), de las cuales 28 se autoreconocen como LGBTI.

En la modalidad familiar, ingresaron 750 familias, conformadas por 1.928 personas (1.263 mujeres y 665 hombres), de las cuales 8 personas se autoreconocen como LGBTI.

En la modalidad comunitaria, ingresaron 92 organizaciones, integradas por 1.262 personas (809 mujeres y 453 hombres), de las cuales 11 personas se autoreconocen como LGBTI.

Durante el mismo periodo (enero – noviembre), finalizaron por cumplimiento de objetivos un total de 3.953 procesos de atención psicosocial, cada uno con un mínimo de seis sesiones

por proceso.

En la modalidad individual, culminaron 1.185 personas (889 mujeres y 296 hombres), de las cuales 23 se autoreconocen como LGBTI.

En la modalidad familiar, culminaron 658 familias, conformadas por 1.692 personas (1.119 mujeres y 573 hombres), de las cuales 9 personas se autoreconocen como LGBTI.

En la modalidad comunitaria, finalizaron procesos 76 organizaciones, integradas por 1.076 personas (687 mujeres y 389 hombres), de las cuales 10 personas se autoreconocen como LGBTI.

Con corte a noviembre, se realizaron 6.186 actividades por parte de profesionales de enfermería, desde el componente de promoción y prevención en salud dirigidas a víctimas del conflicto armado, beneficiando a 3.424 personas (2.201 mujeres y 1.223 hombres).

Proyecto 8147 – Implementación de acciones del sector salud para la prevención y atención de diferentes formas de violencia intrafamiliar y de género a través de un plan de acción Bogotá D.C.

Objetivo general:

Fortalecer las acciones del sector salud para la prevención y atención de diferentes formas de violencia intrafamiliar y de género a través de un plan de acción orientado a fortalecer un enfoque integral y accesible en esta temática.

Objetivos específicos:

- Aumentar respuesta del sector salud para la atención de la violencia intrafamiliar y de género.
- Fortalecer patrones de comportamiento para la prevención de la violencia intrafamiliar y de género.

Meta Plan de Desarrollo:

Meta Plan de Desarrollo	Indicador de la meta	Programado 2025	Ejecutado 2025	Presupuesto Definitivo	Presupuesto Ejecutado
Lograr el 100% de implementación de las acciones para la prevención y atención de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual.	Porcentaje de implementación de acciones a cargo del sector del Plan Intersectorial para la prevención y atención de la violencia intrafamiliar el maltrato infantil y la violencia sexual.	100%	91,63%	1.503.447.106	1.476.681.784

Meta. Lograr el 100% de implementación de las acciones para la prevención y atención de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual.

Análisis del indicador:

El presente año se programó implementar acciones de prevención de las diferentes formas de violencia, asistencia técnica al talento humano en salud, gestión de la atención integral en salud a las víctimas de violencia intrafamiliar y de género y se brindó atención de incidentes relacionados con violencias. Al mes de NOVIEMBRE de 2025 un total de 48.067 personas han participado en actividades de educación en salud, se han realizado 430 asistencias técnicas y seguimientos a 14.410 personas. También realizaron ingreso a la Plataforma Aprender Salud para cursos relacionados con violencia 1.634 personas y se han realizado 24.642 investigaciones epidemiológicas de campo a casos reportados por violencia intrafamiliar y de género. Se han atendido 23.108 incidentes relacionados con violencias a través de la Línea 123, y 11.450 personas víctimas de violencia intrafamiliar y de género canalizadas han tenido acceso efectivo a la Ruta Integral de Atención en Salud para Accidentes, Agresiones y Traumas y Violencias.

Adicionalmente, a través de la Línea 106 “El poder de ser escuchado” se han realizado en lo corrido del año 3.485 intervenciones a situaciones relacionadas con violencias. Así mismo, se participó en diversas reuniones de articulación intersectorial en la temática de violencias.

El acumulado total de personas intervenidas durante lo corrido del año son 107.137 personas y respecto al avance en la implementación del plan se lleva acumulado un 33,33% para el Plan de Desarrollo y un 91,6% de lo proyectado para el año.

Proyecto 8141 – Fortalecimiento para el acceso a los servicios de salud con calidad en la población Bogotá D.C.

Objetivo general:

Fortalecer la Gobernanza y Gobernabilidad de la Salud Pública en el marco de la atención primaria social mediante estrategias sectoriales, intersectoriales y transectoriales que transformen modos, condiciones y estilos de vida y salud de las personas, familias y comunidades en las localidades y territorios que son diferenciales según población, curso de vida, género, condición y situación en Bogotá D.C.

Objetivos específicos:

- Definir e implementar acciones sectoriales e intersectoriales, integradas e integrales de gobernanza y gobernabilidad en salud pública en el marco de la Atención Primaria Social que intervengan los determinantes sociales de las desigualdades en salud.
- Fortalecer la rectoría en salud pública, en el marco de la normatividad vigente, para dirigir, coordinar y regular las políticas, planes, programas y proyectos de competencia, en función del mejoramiento de los resultados en salud de la población del distrito capital.
- Desarrollar y fortalecer capacidades individuales y colectivas en personas, familias y comunidades para propiciar el cuidado de sí mismo, de otros (as) y del ambiente, en los diferentes entornos de vida cotidiana y momentos del curso de vida según diferenciales poblacionales y territoriales.

Meta Plan de Desarrollo:

Meta Plan de Desarrollo	Indicador de la meta	Programado 2025	Ejecutado 2025	Presupuesto Definitivo	Presupuesto Ejecutado
Definir y poner en funcionamiento una instancia de gobernanza y gobernabilidad en salud pública y Atención Primaria Social que intervenga los determinantes sociales de inequidades en salud en el territorio.	Porcentaje de avance en la implementación de la instancia de gobernanza y gobernabilidad en salud pública	100%	100,00%	0	0
Implementar y evaluar 4 líneas de acción de gobernanza y gobernabilidad para el fortalecimiento de la intersectorialidad, la gestión de las políticas, planes y/o programas y la participación social, que afecten positivamente los determinantes en salud en clave de Atención Primaria Social.	"Número de procesos de gestión de la salud pública y participación social implementados y evaluados	4	4	81.239.361.654	80.374.506.512
Implementar el 100% de las acciones del plan de acción de la estrategia intersectorial para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y desde un enfoque de reducción de riesgos y daños en la población usuaria, garantizando la participación integral de organizaciones sociales, dispositivos de base comunitaria, asociaciones científicas, universidades y	Porcentaje de implementación de una estrategia intersectorial para la prevención del consumo y la reducción de riesgos y daños en población usuaria de sustancias psicoactivas garantizando la participación integral de organizaciones sociales, dispositivos de base comunitaria, asociaciones científicas, universidades y	100%	91,80%	9.128.195.412	9.128.195.412

Meta Plan de Desarrollo	Indicador de la meta	Programado 2025	Ejecutado 2025	Presupuesto Definitivo	Presupuesto Ejecutado
base comunitaria, asociaciones científicas, universidades y demás actores.	demás sectores.				
Vincular el 100% de las personas identificadas por el sector salud, con enfoque poblacional, diferencial, de curso de vida, de acuerdo a los distintos grupos: etnia, género, orientaciones e identidades diversas y por condiciones o situaciones, a las acciones individuales, colectivas y poblacionales de la oferta de salud.	Porcentaje de personas identificadas con enfoque diferencial y por momentos de curso de vida, género, orientaciones e identidades diversas y por condiciones o situaciones, en fuentes de información disponibles, vinculadas a las acciones individuales y colectivas del sector salud.	100%	100,00%	24.227.422.954	24.227.422.954
Gestionar e implementar el plan integral de respuesta para la desvinculación del trabajo infantil, del 100% de los niños y niñas y adolescentes (NNA) identificados desde el sector salud.	Porcentaje de niños, niñas y adolescentes identificados desde el sector salud, que cuenten con un plan integral de respuesta para la desvinculación del trabajo infantil.	22,22%	20,85%	4.924.535.992	4.924.535.992
Desarrollar el 100% de las intervenciones en las líneas estratégicas del plan de acción para reducir la morbilidad y mortalidad materno- perinatal, incluyendo el cumplimiento del Acuerdo 860 de 2022.	Porcentaje de avance en el plan de acción de las intervenciones correspondientes a las líneas estratégicas para reducir la morbilidad y mortalidad materno- perinatal	100%	91,65%	9.432.094.317	9.432.094.317
Desarrollar el 100% de las intervenciones en las líneas estratégicas del plan de acción de la primera	Porcentaje de cumplimiento del Plan de Acción de la primera infancia	100%	91,66%	3.034.577.400	3.034.577.400

Meta Plan de Desarrollo	Indicador de la meta	Programado 2025	Ejecutado 2025	Presupuesto Definitivo	Presupuesto Ejecutado
infancia, para el fortalecimiento de la atención integral e integrada desde el nacimiento y durante la primera infancia.					
Reducir al 11% la proporción de riesgo por desnutrición aguda en menores de 5 años en el marco de la ruta integral atenciones a la Primera Infancia.	Proporción del riesgo de desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años según indicador Peso/Talla	12,0%	11,43%	6.783.301.159	6.783.301.159
Reducir al 35,4% la proporción de malnutrición en la población de 5 a 17 años.	Proporción de malnutrición en la población de 5 a 17 años	36,4%	38,78%	2.778.210.128	2.778.210.128
Implementar y evaluar el 100% el plan de prevención y atención a la conducta suicida en Bogotá D.C.	Porcentaje de implementación del plan de prevención y atención a la conducta suicida	100%	94,20%	22.629.913.152	22.629.913.152
Implementar el 100% de las acciones priorizadas a cargo del sector en el Plan estratégico y operativo distrital para el abordaje integral de la población expuesta y/o afectada por condiciones crónicas no transmisibles en los 7 nodos sectoriales e intersectoriales para la promoción mantenimiento de la salud y gestión integral de riesgo relacionado con las condiciones crónicas no transmisibles por el momento de curso vida.	Porcentaje de implementación del Plan estratégico y Operativo para el abordaje integral de la población expuesta y afectada por condiciones crónicas en Bogotá D.C. en el marco de los nodos sectoriales e intersectoriales en salud.	25,0%	22,88%	12.435.002.704	12.435.002.704
Implementar el	Porcentaje de	60%	58,00%	834.999.646	834.999.646

Meta Plan de Desarrollo	Indicador de la meta	Programado 2025	Ejecutado 2025	Presupuesto Definitivo	Presupuesto Ejecutado
100% del plan de acción del comité de Fast Track Cities, que permita cumplir los compromisos de la declaración de Sevilla suscrita por Bogotá D.C.	implementación de plan de acción del comité de Fast Track Cities				
Reducir a menos de 130 la tasa por 100.000 habitantes, la tasa de incidencia de morbilidad por eventos inmunoprevenibles	Reducir a menos de 130 x 100.000 habitantes la tasa de incidencia de morbilidad por eventos inmunoprevenibles	140 x 100.000 hab	Al mes de noviembre de 2025 se han notificado 6.899 casos confirmados de eventos objeto de la meta con residencia Bogotá (SE 1 a 48), comparado con a noviembre del 2024 5.985 casos con un aumento del 13,3% (SE 1-48). Incidencia preliminar de 86,91 por 100.000 habitantes (SE 1-48). Datos preliminares.	37.244.779.916	37.235.434.117
Implementar una red intersectorial y comunitaria de salud ambiental por localidad.	Red intersectorial y comunitaria de salud ambiental implementada por localidad	20	20	77.695.873.272	76.984.587.933
Mantener el 100% de la operación de la red de vigilancia y la gestión del riesgo en salud pública en Bogotá D.C.	Porcentaje de operación de la red de vigilancia en salud pública operando en Bogotá D.C	100%	100,00%	42.447.243.814	41.985.931.859
Mantener el 100% de la acreditación del Laboratorio de Salud Pública como referente técnico a nivel distrital y nacional junto con la operación del laboratorio de alta contención biológica BSL3.	Porcentaje de mantenimiento de la acreditación del LSP	100%	104,26%	16.288.018.510	12.988.548.093

Meta. Definir implementar y poner en funcionamiento una instancia de gobernanza y gobernabilidad en salud pública y Atención Primaria Social que intervenga los

determinantes sociales de inequidades en salud en el territorio.

Análisis del indicador:

Con la expedición del Decreto 397 de 2025 *"Por medio del cual se crea la Comisión Intersectorial Distrital de Determinantes Sociales de la Salud y el Bienestar y se dictan otras disposiciones"*, se alcanzó el 100% de cumplimiento de la meta: "Definir e implementar una instancia de gobernanza y gobernabilidad en salud pública y Atención Primaria Social que intervenga los determinantes sociales de las inequidades en salud en el territorio". El decreto crea la Comisión Intersectorial Distrital de los Determinantes Sociales de la Salud y el Bienestar, como instancia de gobernanza para la salud pública y la Atención Primaria Social en Bogotá. Su finalidad es articular y coordinar acciones intersectoriales entre las entidades distritales para intervenir los determinantes sociales que afectan la salud y el bienestar, reducir desigualdades y mejorar la calidad de vida de la población, en concordancia con el Plan Decenal de Salud Pública y el Plan de Desarrollo Distrital 2024–2027.

Meta. Implementar y evaluar 4 líneas de acción de gobernanza y gobernabilidad para el fortalecimiento de la intersectorialidad, la gestión de las políticas, planes y/o programas y la participación social, que afecten positivamente los determinantes en salud en clave de Atención Primaria Social.

Análisis del indicador:

Al mes de noviembre de 2025 se da continuidad al desarrollo de acciones de coordinación al interior de la Subsecretaría de Salud Pública (SSSP) y con la Subsecretaría de Gestión Territorial y Participación Social entre otras para el desarrollo y seguimiento de acuerdos técnicos y operativos en el marco del modelo de atención en Salud + Bienestar, lo anterior mediante la participación en los diferentes escenarios de trabajo convocados. Resaltando los siguientes desarrollos: estructuración del lineamiento operativo del proceso de Gestión territorial, aportando a lo correspondiente a la identificación de las instancias sectoriales denominadas grupos o equipos funcionales de la SDS. Además, se ha contribuido en la estructuración de lo correspondiente a la gestión que se realizará a nivel macro, meso y micro con los diferentes actores del modelo, acotando roles y complementariedades, al respecto se destaca la organización y desarrollo de taller con representantes de los diferentes niveles de gestión en abril 2025. La participación en las mesas locales más bienestar para la conformación o instalación de dichos espacios y avanzar en la construcción de los planes locales más Bienestar. Se continúan incluyendo y analizando elementos técnicos que precisan detalles del lineamiento de la gestión territorial. Se revisan de manera descriptiva las acciones de cogestión, planes locales de bienestar y acciones de participación social y comunitaria para establecer mejoras que se deben incluir en el lineamiento del proceso de gestión territorial. Se definen elementos claves para realizar la gestión territorial relacionado con la territorialización y la participación en las instancias intersectoriales y mixtas en los territorios. Igualmente se avanza en la definición de la participación del sector en la agenda comunal actividad liderada por el IDEPAC y se proyecta la influencia que deberá tener las decisiones de la comisión intersectorial de determinantes sociales para la salud y el bienestar en las localidades. Se establecen acuerdos técnicos respecto de la preparación para el desarrollo del encuentro "taller de gestión territorial APS social" a efectuarse en el mes de diciembre en el cual se pretende precisar aspectos tales como los

roles de cada uno de los miembros del Equipo APS social, actividades estratégicas que desempeña cada rol y aportes a las actividades de coestión.

Meta. Implementar el 100% de las acciones del plan de acción de la estrategia intersectorial para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y desde un enfoque de reducción de riesgos y daños en la población usuaria, garantizando la participación integral de organizaciones sociales, dispositivos de base comunitaria, asociaciones científicas, universidades y demás actores.

Análisis del indicador:

En lo corrido del año 2025 se realizaron las siguientes intervenciones en el Entorno Cuidador Comunitario y el Entorno Cuidador Educativo a partir de la acción de bienestar 2, que dan respuesta a la estrategia intersectorial para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la reducción de riesgos y daños asociados:

1. Se realizaron 776 Jornadas masivas en el entorno cuidador comunitario para la prevención universal del consumo de sustancias psicoactivas en 7.451 personas donde se realizaron intervenciones para la educación en salud pública relacionada con la prevención del consumo de tabaco y derivados, alcohol y vapeadores.
2. Se llevaron a cabo 8 espacios de bienestar en población de 14-26 años con consumo inicial de SPA: desde la intervención se realizaron acciones individuales, colectivas y en familias orientadas a la cesación del consumo experimental de sustancias psicoactivas en 3.529 adolescentes y jóvenes.
3. Prevención universal y selectiva del consumo de SPA en 94 niños, niñas y adolescentes a través de 20 Zonas de Orientación Escolares en el entorno cuidador educativo y 145 jóvenes de 20 Zonas de Orientación Universitaria en el entorno cuidado educativo.
4. Desde los espacios de bienestar se formularon 2.353 planes de acción para el establecimiento de metas a corto plazo relacionadas con la reducción del impacto por consumo nocivo de SPA.
5. la implementación de 1 equipo para el abordaje integral a 1.811 personas que se inyectan SPA a través de un abordaje diferencial orientado en la gestión del riesgo asociado al consumo de SPA inyectadas (prevención de sobredosis, intoxicaciones, reducción del riesgo en la práctica de inyección y otras conductas de riesgo, acceso a material higiénico de inyección).

Meta. Vincular el 100% de las personas identificadas por el sector salud, con enfoque poblacional, diferencial, de curso de vida, de acuerdo a los distintos grupos: etnia, género, orientaciones e identidades diversas y por condiciones o situaciones, a las acciones individuales, colectivas y poblacionales de la oferta de salud.

Análisis del indicador:

Para el mes de noviembre se mantiene el 100% de población diferencial vinculada a las acciones individuales, colectivas y poblacionales del PSPIC, participando en las acciones integradas e integrales con procesos de caracterización, implementación de planes de cuidado en hogar, instituciones y grupos comunitarios, desarrollados en los entornos

cuidadores del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas _ PSPIC. Se suman las actividades de promoción y educación en salud. Se precisa que una persona de cualquier grupo poblacional con el cual se identifique puede mantenerse o vincularse a una o más acciones individuales o colectivas durante el mes. Se mantiene la canalización sectorial e intersectorial como medida para la afectación de los determinantes sociales y el derecho a la salud con enfoque diferencial. Se enfatiza en orientación en temas de migración y salud para fortalecer la identificación de esta población, la caracterización social y ambiental de los hogares, la implementación de planes de cuidado y el manejo adecuado de instrumentos para captar información cuantitativa y cualitativa de los resultados. Para población con discapacidad se afianzaron elementos técnicos para RBC en entorno educativo. Para población indígena y pueblo Rrom se orienta en la entrega de productos relacionados con medicina ancestral y las estrategias diferenciales en salud. Para población Rural y campesina se orienta en el Plan Nacional de salud rural lo que permite favorecer la gestión sectorial e intersectorial.

Meta. Gestionar e implementar el plan integral de respuesta para la desvinculación del trabajo infantil, del 100% de los niños niñas y adolescentes (NNA) identificados desde el sector salud.

Para el periodo acumulado enero- noviembre se desarrollan las acciones contenidas en la estrategia de atención integral dirigida a la prevención y desvinculación del trabajo infantil, para lo cual se identificaron y caracterizaron 7.849 niños, niñas y adolescentes trabajadores con concertación e implementación del plan integral de respuesta para la desvinculación del trabajo infantil, 1.533 NNA participantes en sesiones educativas para la prevención y erradicación del trabajo infantil, se avanza en un 20,84% (n=9.382) de lo asignado para la vigencia (22,22%). De los casos intervenidos que vienen en proceso 5.622 niños, niñas y adolescentes fueron desvinculados del trabajo en el periodo de reporte, 2.825 niños, niñas y adolescentes con seguimiento a la desvinculación. Del total caracterizado 102 identificados en oficios del hogar, 482 fueron identificados desescolarizados, 831 sin afiliación al SGSSS, 2.741 niños, niñas y adolescentes fueron canalizados a servicios de salud y 986 a servicios intersectoriales.

Meta. Desarrollar el 100% de las intervenciones en las líneas estratégicas del plan de acción para reducir la morbilidad y mortalidad materno- perinatal, incluyendo el cumplimiento del Acuerdo 860 de 2022.

Análisis del indicador:

Entre enero y noviembre se avanzó en la implementación del plan de acción en salud materna y perinatal mediante el desarrollo de acciones de articulación interinstitucional, seguimiento, asistencia técnica y fortalecimiento de capacidades. Se participó de manera permanente en mesas técnicas, directivas y de seguimiento relacionadas con la mortalidad materna y perinatal, incluyendo espacios con EAPB, entes de control, Subredes Integradas de Servicios de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social, orientados a la revisión de casos, análisis de hallazgos, formulación de planes de mejora y seguimiento a metas distritales.

Se realizaron múltiples orientaciones y asistencias técnicas en el marco de la Ruta Integral de Atención en Salud Materna y Perinatal, el plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna, el parto humanizado, el enfoque intercultural y diferencial, y la atención integral a gestantes, dirigidas a equipos institucionales, comunitarios, educativos, laborales y étnicos, así como a EAPB y talento humano en salud.

Adicionalmente, se fortalecieron las acciones de participación comunitaria y enfoque poblacional, mediante el trabajo con población migrante, comunidades étnicas, parteras, organizaciones comunitarias y proyectos de cooperación internacional como PAISS, abordando temas como aseguramiento, sífilis gestacional, embarazo en adolescentes, lactancia materna y salud sexual y reproductiva.

Finalmente, se avanzó en procesos de gestión de información, monitoreo y seguimiento, a través del reporte de indicadores, seguimiento a cohortes de gestantes, salas situacionales, aportes técnicos a documentos normativos y de divulgación, construcción de contenidos pedagógicos y participación en espacios académicos y de investigación, contribuyendo al fortalecimiento integral de la salud materna y perinatal en el Distrito.

Meta. Desarrollar el 100% de las intervenciones en las líneas estratégicas del plan de acción de la primera infancia, para el fortalecimiento de la atención integral e integrada desde el nacimiento y durante la primera infancia.

Análisis del indicador:

Con corte a noviembre de 2025, se avanzó de manera significativa en la implementación de acciones orientadas a la salud materno-infantil, primera infancia e infancia, en el marco del Modelo de Atención en Salud Bogotá +MAS Bienestar y del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas.

En el componente de lactancia materna e IAMII, se realizaron 286 asistencias técnicas a IPS certificadas o en proceso, fortaleciendo la implementación de la estrategia con énfasis en lactancia materna, mediante procesos de capacitación, entrega de materiales educativos, revisión de autoevaluaciones y formulación de planes de mejora, impactando a 883 profesionales de salud. Se realizó seguimiento a indicadores de inicio temprano y lactancia materna exclusiva en 46 IPS. En formación, se cerró la cohorte #16 del curso IAMII avanzado con 146 personas certificadas, y se mantuvo la oferta del curso de inducción con 28 inscritos. La ciudad cerró noviembre con 77 IPS con certificación IAMII vigente, además del monitoreo de 3 nuevas IPS de atención de parto.

Desde GEPISP se desarrollaron 357 acompañamientos técnicos a IPS con sala ERA y 394 seguimientos a IPS priorizadas para el abordaje integral de IRA, EDA y DNT en urgencias pediátricas. Asimismo, se ejecutaron acciones de promoción de la salud infantil en los cinco entornos cuidadores, atendiendo a 52.854 niños y niñas menores de seis años.

En vigilancia en salud pública, se realizaron procesos permanentes de depuración, análisis y ajuste de bases SIVIGILA para defectos congénitos y mortalidad perinatal y neonatal tardía, y se efectuaron 46 asistencias técnicas para fortalecer la vigilancia y respuesta a la mortalidad

infantil. Durante noviembre se notificaron 215 casos de defectos congénitos, con una efectividad de seguimiento del 90% (193 casos).

En relación con la Enfermedad Respiratoria Aguda (ERA), se realizó la primera sesión ordinaria 2025 del Comité Distrital, se efectuó seguimiento mensual al plan de acción intersectorial y se actualizó el informe nacional de medidas contra la IRA. Se desarrollaron 313 sesiones de acompañamiento técnico a 90 IPS que prestan servicios de ecografía obstétrica para fortalecer la detección antenatal de defectos congénitos.

En el componente de educación para la salud, durante 2025 se avanzó en la formulación de la estrategia Creciendo con más bienestar, culminando la fase diagnóstica en Ciudad Bolívar y avanzando en la co-construcción de ocho sesiones socioeducativas dirigidas a madres, padres y cuidadores. A noviembre se preparó la fase de implementación, incluyendo asistencia técnica al talento humano del entorno educativo para su ejecución a partir de 2026.

Desde la gestión de política pública, se fortaleció la atención integral a la primera infancia mediante la priorización territorial basada en mortalidad infantil, la articulación intersectorial y la asistencia técnica a los referentes de las 20 localidades. Se participó en espacios distritales y nacionales, incluyendo mesas intersectoriales, el CODIA, audiencias públicas y el Congreso de la República, posicionando la prevención de la IRA y la reducción de la mortalidad infantil como prioridades distritales.

A nivel territorial, se desarrollaron acciones intersectoriales en localidades como Barrios Unidos, Engativá y Antonio Nariño, enfocadas en la promoción de la salud materno-infantil, prevención de IRA, fortalecimiento de la lactancia materna, cuidado emocional y alimentación saludable, beneficiando a gestantes, lactantes, cuidadores y niños y niñas menores de cinco años.

Finalmente, se elaboró el documento de sistematización de las acciones de prevención de la mortalidad infantil, consolidando resultados, aprendizajes y desafíos, como insumo clave para la toma de decisiones y el cierre del proceso correspondiente a la vigencia evaluada.

Meta. Reducir al 11% la proporción de riesgo por desnutrición aguda en menores de 5 años en el marco de la ruta integral atenciones a la Primera Infancia.

Análisis del indicador:

A noviembre de 2025 se avanzó en el fortalecimiento de capacidades técnicas del talento humano de los entornos educativo, institucional y comunitario para la identificación, clasificación y manejo del riesgo de desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años, incluyendo asistencia técnica a IPS, EAPB y equipos del PSPIC, así como procesos de entrenamiento y seguimiento a la adherencia en la atención.

Se consolidó la gestión integral de casos, con énfasis en población indígena Emberá, mediante el acompañamiento a familias, la verificación de la atención en salud, la articulación con el aseguramiento y la vinculación a programas de apoyo alimentario del sector social, a partir de la depuración y uso de información del SISVAN.

Se fortaleció la articulación intersectorial con entidades distritales y departamentales (SDIS, ICBF, SED, SDDE, Secretaría de Salud de Cundinamarca y Secretaría Distrital de la Mujer) para la implementación de la ruta intersectorial de atención al riesgo de desnutrición aguda, incluyendo acciones de canalización hacia rutas de empleabilidad y emprendimiento para las familias.

Adicionalmente, se avanzó en la consolidación de instrumentos de seguimiento, ajustes a documentos operativos del PSPIC, el análisis de Bogotá Sin Hambre 2.0, y el fortalecimiento de acciones de promoción de la seguridad alimentaria y nutricional, con énfasis en la identificación oportuna de riesgos, la lactancia materna y la optimización de los procesos de notificación y atención materno-perinatal.

Meta. Reducir al 35,4% la proporción de malnutrición en la población de 5 a 17 años.

Análisis del indicador:

Con corte a noviembre, se han adelantado acciones orientadas a promover la alimentación saludable y fortalecer el bienestar nutricional de la población escolar de 5 a 17 años. En el componente de promoción, niños, niñas y adolescentes participaron en actividades de huertas escolares, fortaleciendo aprendizajes sobre alimentación saludable y sostenibilidad; además, se realizaron abordajes en tiendas escolares, evidenciando avances en la adecuación y consolidación de entornos alimentarios más saludables. En el componente educativo, se desarrollaron sesiones pedagógicas dirigidas a reforzar conocimientos y prácticas de alimentación saludable y, de manera complementaria, se realizaron encuentros con familias orientados a fomentar hábitos saludables en el hogar y apoyar su sostenibilidad en el tiempo.

Meta. Implementar y evaluar el 100% el plan de prevención y atención a la conducta suicida en Bogotá D.C.

Análisis del indicador:

A noviembre de 2025 se registra un avance del 94,2% en la implementación del Plan de Prevención y Atención de la Conducta Suicida, mediante acciones sectoriales, colectivas e individuales de salud pública. Desde el PSPIC se fortalecieron capacidades en entornos educativos, con formación a 1.047 docentes y directivos, atención individual en 344 casos y acciones colectivas con 4.912 estudiantes. En el entorno hogar, los equipos MAS Bienestar culminaron intervención en 4.897 familias, logrando disminución del riesgo en el 95,2% de las priorizadas.

Desde la vigilancia en salud pública se realizaron 13.800 investigaciones epidemiológicas, mientras que la línea 106 brindó 14.627 orientaciones y gestionó 8.206 remisiones a SISVECOS. En atención prehospitalaria se gestionaron 8.447 casos de ideación suicida y 16.047 intentos, con activación de recursos de emergencia y atención especializada. Adicionalmente, se activó la ruta de atención en salud mental para 9.152 personas y se fortaleció la capacidad de respuesta del sistema mediante asistencias técnicas a prestadores, EAPB, Subredes y organizaciones comunitarias, consolidando un abordaje integral e

intersectorial de la conducta suicida.

Meta. Implementar el 100% de las acciones priorizadas a cargo del sector en el Plan estratégico y operativo distrital para el abordaje integral de la población expuesta y/o afectada por condiciones crónicas no transmisibles en los 7 nodos sectoriales e intersectoriales para la promoción mantenimiento de la salud y gestión integral de riesgo relacionado con las condiciones crónicas no transmisibles por el momento de curso vida.

Análisis del indicador:

Para el año 2025 con corte enero- noviembre, a nivel sectorial e intersectorial se continua con la implementación del plan estratégico y operativo desde sus líneas estratégicas favoreciendo el desarrollo de estrategias y actividades integrales para el abordaje de las condiciones crónicas. Sus líneas estratégicas y operativas son el insumo de los lineamientos PS-PIC y articulaciones sectoriales, proyectados a través de las acciones MAS Bienestar con el fin de dar continuidad al cuidado desde la gestión del riesgo colectivo e individual.

Durante el período reportado se desarrollaron acciones de asistencia técnica, gestión del riesgo y conmemoraciones en el marco del PS-PIC 2025-2027, abordando salud cardiovascular, cáncer, salud respiratoria, actividad física y salud oral, visual y auditiva. Se avanzó en la implementación de estrategias intersectoriales como CERSS, prescripción social y terapias con la naturaleza, así como en la actualización de lineamientos y redes de atención (ACV, IAM). Adicionalmente, se fortaleció la articulación territorial y comunitaria mediante eventos académicos, jornadas de promoción y prevención, elaboración de insumos técnicos y reporte de actividades al Ministerio de Salud.

Meta. Implementar el 100% del plan de acción del comité de Fast Track Cities, que permita cumplir los compromisos de la declaración de Sevilla suscrita por Bogotá D.C.

Análisis del indicador:

A noviembre se han notificado un acumulado de 3.420 casos. Esto corresponde a una incidencia de 43,1 casos por cada 100.000 habitantes en la ciudad. En comparación con el año anterior, cuando se notificaron 3.820 casos, se evidencia una reducción del 10,5% en el total de casos notificados, lo que sugiere una tendencia descendente del evento. En cuanto al comportamiento por localidad, se observa una mayor carga del evento en las localidades con las tasas más altas de incidencia son La Candelaria, con 132 casos por cada 100.000 habitantes, seguida de Los Mártires con 125,6, Santa Fe con 111,3, Chapinero y Teusaquillo con 71,2 casos por cada 100.000 habitantes. Fuente: Base Sivigila evento 850 corte a noviembre 2025.

Durante el mismo periodo se han entregado preservativos masculinos y femeninos a las subredes integradas de atención en salud y ONG. Se desarrollo 9 asistencias técnicas con los equipos frente a las acciones de SSR con énfasis en los componentes de la dimensión de SSR con un modelo de atención social. Se realizaron 11 encuentros de la Red Distrital de VIH. Se desarrolló 11 curso de pruebas rápidas de ITS, de forma articulada con laboratorio de salud pública. Articulación con proyectos de cooperación internacional. Participación

activa en comité Fast Track Cities. Se realizó ejercicio de mesa de expertos para la validación de la cascada de atención VIH año 2022. Se adelanta estrategia PRUEBATE. Se adelanto ejercicio de construcción de cascada de atención de VIH año 2023, pendiente validar en mesa de expertos.

Meta. Reducir a menos de 130 la tasa por 100.000 habitantes, la tasa de incidencia de morbilidad por eventos inmunoprevenibles

Análisis del indicador:

Al mes de noviembre 2025 se han notificado 6.899 casos confirmados de eventos objeto de la meta con residencia Bogotá (SE 1 a 48), comparado con a noviembre del 2024 5.985 casos con un aumento del 13,2% (SE 1-48); para el año 2025 discriminado por eventos se obtiene: varicela (2025=4.903) registra un aumento del 10,8% (2024=4.372), para Hepatitis A (2025=132) registra disminución del 15,1% (2024=152), para parotiditis (2025=1.449) se evidencia un aumento del 6,3% (2024=1.357), en el caso de meningitis (2025=120) registra un aumento del 20% (2024=96), y tos ferina (2025=295) con un aumento del 97,3% (2024=8), para los eventos de sarampión rubéola, síndrome de rubéola congénita, parálisis flácida aguda, difteria en ambos periodos 2025 y 2024 no se ha reportado casos.

Fuente Sivigila Vigilancia notificación EPV SE1-48 año 2025 datos preliminares; SE 1-48 año 2024 datos finales. Se aclara que los casos de meningitis se incluyen los agentes bacterianos N. meningitis, S. Pneumoniae y H. Influenza. A noviembre son 6899 casos con una incidencia preliminar de 86,91 por 100.000 habitantes, para el año 2024 a este mismo corte se tenían 5.985 casos reportados con una incidencia de 75,5 por 100.000 habitantes.

La incidencia es un indicador de medición anual.

Los datos acumulados dado que son preliminares, varían de acuerdo a ajustes realizados a localidad de residencia, descarte de casos, unidades de análisis o aquellos encontrados por búsqueda activa institucional.

Meta. Implementar una red intersectorial y comunitaria de salud ambiental por localidad.

Análisis del indicador:

Hasta noviembre de 2025, en el proceso de conformación e implementación intersectorial y comunitaria de las redes de salud ambiental, se registra un avance del 23%, enfocado en el ajuste del documento orientador, el plan de acción 2025 y la elaboración de las metodologías y documentos técnicos para mapas de actores, caracterización ambiental y sanitaria, priorización de problemáticas y formulación de los 20 Planes Locales de Salud Ambiental (PALSA), los cuales fueron socializados y aprobados en las Comisiones Ambientales Locales. Desde agosto inició la ejecución de las acciones definidas en los PALSA.

A nivel Distrital se participó activamente en diferentes instancias como la mesa de adaptación y mitigación al cambio climático, el Consejo Consultivo de Ambiente, la CIPSSA y sus mesas temáticas, la CIDEA, su unidad técnica y el Consejo Distrital de Protección y Bienestar Animal.

A nivel local se gestionaron acciones de salud ambiental en más de 700 espacios de

coordinación, incluyendo CAL, CLGRCC, CLPYBA, mesas de residuos, humedales y agricultura urbana, con la participación de 15.116 personas. Se desarrollaron 1.516 actividades intersectoriales con la comunidad, alcanzando a 49.231 personas. Se gestionaron 417 problemáticas de salud ambiental, interviniendo 2.593 personas para reducir factores de riesgo.

Meta. Mantener el 100% de la operación de la red de vigilancia y la gestión del riesgo en salud pública en Bogotá D.C.

Análisis del indicador:

Acumulado con corte a noviembre de 2025

La Red Distrital de Vigilancia en Salud Pública notificó los siguientes casos, de acuerdo con cada subsistema de información:

- Sistema de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA: 143.440 casos (dato preliminar, sujeto a las dinámicas propias del sistema).
- Estadísticas Vitales (EEVV): En Bogotá, con corte a noviembre de 2025, se registraron 59.907 nacimientos y 38.680 defunciones.
- Sistema de Vigilancia de Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y Violencia Sexual (SIVIM): 53.224 casos.
- Sistema de Vigilancia de Conducta Suicida (SISVECOS): 10.597 casos.
- Sistema de Vigilancia de Lesiones de Causa Externa (SIVELCE): 135.299 casos.
- Vigilancia del Abuso de Sustancias Psicoactivas (VESPA): 11.507 casos.
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Oral (SISVESO): 14.590 casos.
- Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Huérfanas–Raras (EHR): 4.550 casos.
- Sistema de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores (SIVISTRA): 6.371 casos.
- Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN): 4.686.993 registros correspondientes a eventos SIVIGILA 113, con corte a la semana epidemiológica 49, en los grupos de riesgo priorizados.
- Vigilancia Epidemiológica Basada en Comunidad (VEBC): 2.060 situaciones problemáticas identificadas y notificadas por las comunidades del Distrito Capital.

Durante noviembre de 2025, los equipos de Vigilancia Epidemiológica Basada en Comunidad (VEBC) de las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud dieron cumplimiento a las actividades definidas en el plan de acción, contando además con la totalidad de las salidas de información requeridas.

Programa de Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), Resistencia Antimicrobiana (RAM) y Programa de Optimización del Uso de Antimicrobianos (PROA)

Con corte a noviembre de 2025, el programa desarrolló las siguientes acciones:

- Seguimiento a la notificación de IAAS, alcanzando una notificación positiva del 90,2% en SIVIGILA.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co



CO-SC-CER155793



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

- Notificación positiva al subsistema de resistencia bacteriana (WHONET) del 99%.
- Cumplimiento del 56% en la estrategia multimodal de higienización de manos (cuarto bimestre de 2025).
- Soporte técnico al sistema WHONET (48 actividades).
- Realización de 74 asistencias técnicas a instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS).
- Desarrollo de 4 talleres de resistencia bacteriana y WHONET, con participación de 25 IPS.
- Ejecución de 5 talleres de intervención de brotes de IAAS, con participación de 58 IPS.
- Intervención de 1 brote sospechoso de IAAS asociado a COVID-19.
- Intervención y acompañamiento técnico en 33 brotes de IAAS no asociados a COVID-19.
- Realización de 8 procesos de inducción en los componentes del programa (IAAS, PROA y RAM), dirigidos a 96 IPS.
- Atención de 2 reportes de quejas por IAAS asociadas a procedimientos de cirugía plástica, en articulación con la Subdirección de Inspección, Vigilancia y Control.
- Desarrollo de 11 sesiones del Comité Distrital de IAAS, con participación aproximada de 150 personas.
- Realización de 2 mesas técnicas con aseguradoras, con participación de 13 EAPB.
- Ejecución de talleres y eventos académicos en el marco de jornadas epidemiológicas distritales y de la Semana Mundial de Concienciación sobre el Uso de los Antimicrobianos, con participación presencial y virtual superior a 700 personas.
- En estos espacios se abordaron, entre otros, temas relacionados con la reducción de IAAS, higiene de manos, resistencia antimicrobiana, PROA en distintos escenarios de atención, seguridad del paciente, vigilancia epidemiológica, vacunación, inocuidad alimentaria, uso de inteligencia artificial en salud pública, prevención de brotes y experiencias exitosas institucionales.

Finalmente, la tasa de IAAS acumulada a noviembre de 2025 fue de 1,07.

Meta. Mantener el 100% de la acreditación del Laboratorio de Salud Pública como referente técnico a nivel distrital y nacional junto con la operación del laboratorio de alta contención biológica BSL3.

Análisis del indicador:

En el laboratorio de alta contención desde el mes de enero de 2025 se mantiene el procesamiento de micobacterias, en el mes de mayo se realiza el procesamiento de Mpx y en el mes de agosto se inició el procesamiento de rabia en el BSL3, también se desarrollan parte operativa de dos proyectos de investigación, uno de ellos es de la Universidad Nacional. Frente al fortalecimiento de capacidades se realizaron las siguientes actividades:

- Visita al Laboratorio NUTRIANÁLISIS de la red de Alimentos.
- Visita al Laboratorio ASBIOQUIM de la red de alimentos.
- Revisión de autoevaluación del Laboratorio BIOTRENS de la red de aguas.
- Revisión de autoevaluación del Laboratorio BIOTEK de la red de aguas.

- Revisión de autoevaluación del Laboratorio Nutrianálisis de la red de fisicoquímico de Alimentos.
- Revisión de autoevaluación del Laboratorio PROCALIDAD de la red de aguas.
- Revisión de subsanaciones del Laboratorio BIOTRENDS de la red de alimentos.
- Revisión de subsanaciones del Laboratorio M&R ingeniería de la red de aguas
- Revisión de plan de mejora del Laboratorio Micotox de la red de alimentos.

7. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	RAZÓN DE ACTUALIZACIÓN
1	31-01-2026	Con el fin de dar cumplimiento con la Resolución Reglamentaria 002 de 2022, Resolución Reglamentaria 038 de 2022 y Resolución Reglamentaria 021 de 2023 de la Contraloría de Bogotá, a través de la cual se dan los lineamientos para la presentación de la cuenta anual, se elabora el informe CBN 1090 de la vigencia 2023.