



SECRETARÍA DE  
SALUD



# Informe de gestión y resultados

CBN 1090

Vigencia 2020

## Tabla de Contenido

1. INTRODUCCIÓN .....	3
2. LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD Y SU ESTRUCTURA .....	3
<b>2.1 Misión</b> .....	3
<b>2.2 Visión</b> .....	3
<b>2.3 Estructura organizacional</b> .....	4
<b>2.4 Referencia planes estratégicos y operativos asociados con el alcance del Sistema de Gestión de la SDS</b> .....	5
<b>2.5 Objetivos Estratégicos</b> .....	5
3. ENFOQUE DE PROCESOS EN LA SDS.....	6
4. INFORME DE GESTIÓN POR PROCESOS.....	8
5. INFORME DE RESULTADOS DE LA GESTIÓN .....	12
ANEXO I – ANÁLISIS DE LOS INDICADORES VS METAS Y PORCENTAJES DE CUMPLIMIENTO.....	123
ANEXO II – PLAN ESTRATEGICO DE LA SDS .....	135
CONTROL DE CAMBIOS .....	141

## **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 2020.

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.

## **2. LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD Y SU ESTRUCTURA**

El Acuerdo Distrital 257 de 2006 modificado parcialmente por el Acuerdo Distrital 641 de 2016 en su Art. 33 establece: “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.”

Así mismo la plataforma estratégica fue adoptada mediante Resolución 1139 de 2017 (junio 28).

### **2.1 Misión**

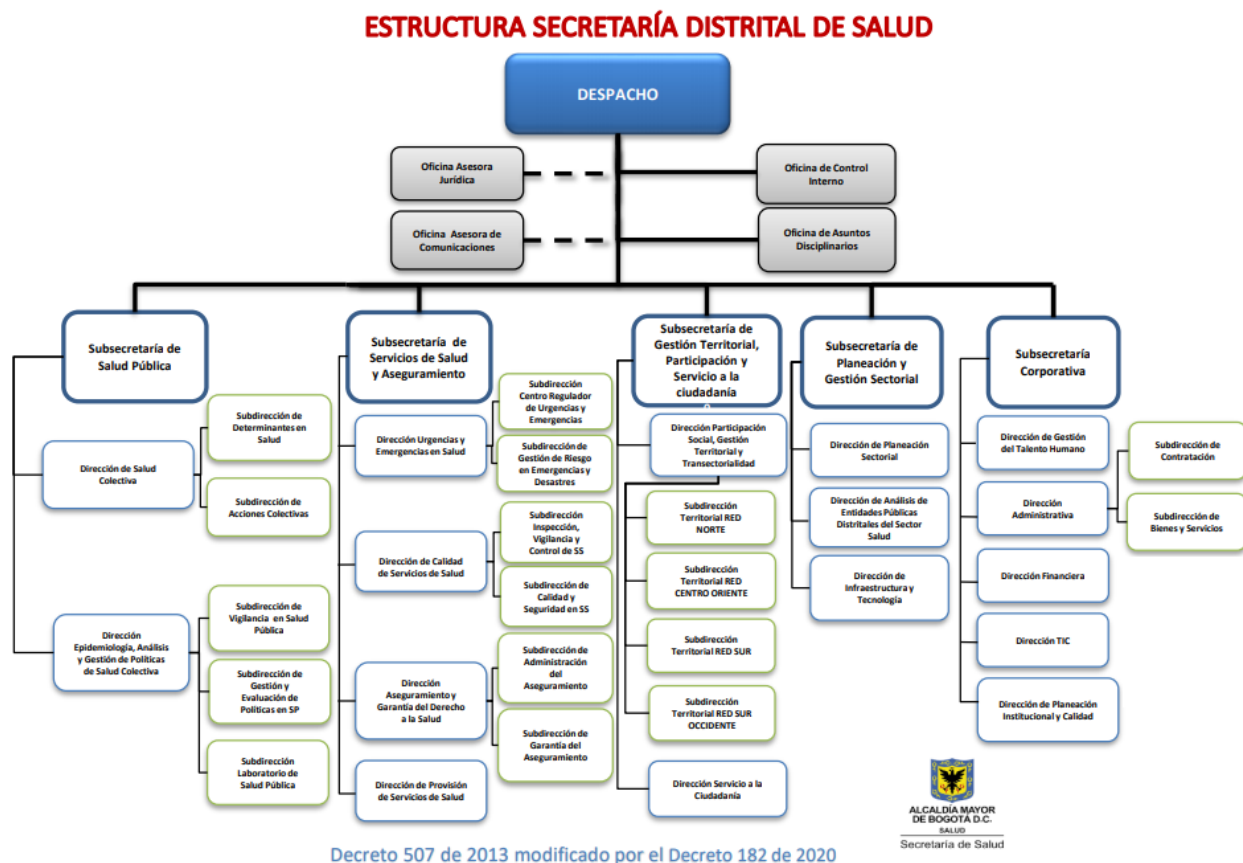
Entidad rectora en salud en Bogotá D.C. responsable de garantizar el derecho a la salud a través de un modelo de atención integral e integrado y la gobernanza, para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población del Distrito Capital.

### **2.2 Visión**

Para el año 2020, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá será reconocida como la entidad territorial que fomente el mejoramiento al acceso a los servicios de salud para transformar las condiciones y la calidad de vida de los bogotanos.

## 2.3 Estructura organizacional

Mediante el Decreto 507 de 2013 modificado por el Decreto 182 de 2020, se estableció la estructura organizacional de la Secretaría Distrital de Salud, la cual se puede visualizar en el siguiente organigrama:



El informe se genera una vez consolidado el resultado emitido por las Direcciones y Oficina de la Secretaría Distrital de Salud, de acuerdo a la ejecución de las acciones fijadas en los Planes Operativos de Gestión y Desempeño, que soportan la gestión adelantada y que presenta los niveles de cumplimiento teniendo en cuenta la Plataforma estratégica y los objetivos definidos por la Entidad.

SUBSECRETARIA	DIRECCIÓN U OFICINA
<b>SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA</b>	Dirección de Salud Colectiva
	Dirección Epidemiológica, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva
<b>SUBSECRETARIA DE SERVICIOS DE SALUD Y ASEGURAMIENTO</b>	Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud.
	Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud.
	Dirección de Provisión de Servicios de Salud.
<b>SUBSECRETARIA DE GESTIÓN</b>	Dirección de Calidad de los Servicios de Salud.
	Dirección Participación Social, Gestión Territorial y

<b>TERRITORIAL, PARTICIPACIÓN Y SERVICIO A LA CIUDADANÍA.</b>	Transectorial.
	Dirección Servicio a la Ciudadanía.
<b>SUBSECRETARIA DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN SECTORIAL</b>	Dirección de Planeación Sectorial.
	Dirección de Infraestructura y Tecnología.
	Dirección de Análisis de Entidades Públicas Distritales del Sector Salud.
<b>SUBSECRETARIA CORPORATIVA</b>	Dirección TIC
	Dirección de Gestión del Talento Humano.
	Dirección Administrativa.
	Dirección Financiera.
<b>OFICINAS ASESORAS</b>	Dirección de Planeación Institucional y Calidad.
	Oficina Asesora de Comunicaciones.
	Oficina Asesora Jurídica.
	Oficina de Control Interno.
	Oficina de Asuntos Disciplinarios.

## **2.4 Referencia planes estratégicos y operativos asociados con el alcance del Sistema de Gestión de la SDS**

El alcance del Sistema de Gestión está articulado con los diferentes planes del nivel nacional y distrital del sector salud: Plan Nacional de Salud Pública, Plan Distrital de Desarrollo y el Plan Territorial de Salud de la Administración Distrital vigente. A partir de estos, la SDS formula sus planes (de gestión, estratégicos, operativos) y los proyectos, con los cuales busca garantizar el cumplimiento de las metas propuestas en materia de salud.

## **2.5 Objetivos Estratégicos**

1. Garantizar la atención en la prestación de los servicios de salud a partir de la gestión del riesgo basado en un modelo de salud y en una estrategia de atención primaria en salud resolutive.
2. Implementar un modelo de prestación de servicios de salud a través de un esquema integrado de redes especializadas, la habilitación y acreditación de su oferta de servicios de salud, así como la gestión de sus servicios.
3. Mejorar la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud a través de la actualización y modernización de la infraestructura física, la innovación tecnológica y de las comunicaciones de Secretaría Distrital de Salud y las instituciones de la red adscrita.
4. Ejercer la rectoría en salud a través del cumplimiento de la función de inspección, vigilancia y control en la red y prestadores de servicios de salud, la gestión de riesgo colectivo, las condiciones de vulnerabilidad sanitarias y socioambientales, así como adoptar normas, políticas,

estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que formule y expida la Nación.

5. Fortalecer los procesos que soporten la gestión misional y estratégica de la entidad, mediante acciones que promuevan la administración transparente de los recursos, la gestión institucional, el ejercicio de la gobernanza y la corresponsabilidad social en salud.

### 3. ENFOQUE DE PROCESOS EN LA SDS

A continuación, se presenta el enfoque de procesos de la Secretaría Distrital de Salud:

TIPO DE PROCESO	PROCESOS	LÍDER DE PROCESO
<b>ESTRATÉGICOS</b>  Incluyen procesos relativos al establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, gestión de comunicaciones, aseguramiento de la disponibilidad de recursos necesarios y revisión por la Dirección.	Gerencia estratégica	Secretario (a) de Salud
	Planeación y Gestión Sectorial	Subsecretario (a) de Planeación y Gestión Sectorial
	Planeación Institucional y Calidad	Director (a) de Planeación Institucional y Calidad
	Gestión Social en Salud	Subsecretario (a) de Gestión Territorial, Participación y Servicio al Ciudadano
	Gestión de Comunicaciones	Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones
	Gestión del Conocimiento e innovación	Director (a) de Planeación Sectorial
<b>MISIONALES</b>  Incluyen todos los procesos que proporcionan el resultado previsto por la entidad en el cumplimiento de su objeto social o razón de ser.	Gestión en Salud Pública	Subsecretario (a) de Salud Pública / Director (a) Salud Colectiva
	Gestión de Urgencias, Emergencias y Desastres	Director (a) de Urgencias y Emergencias en Salud
	Calidad de Servicios de Salud	Director (a) de Calidad de Servicios de Salud
	Asegurar Salud	Director (a) de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud
	Provisión de Servicios de Salud	Director (a) de Provisión de Servicios de Salud
	Inspección, Vigilancia y Control	Director (a) de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas en Salud Colectiva, para IVC en Salud Pública.  Director (a) de Calidad de Servicios de Salud, para IVC en Servicios de Salud.
<b>APOYO</b>	Gestión del Talento Humano	Director (a) de Gestión del Talento Humano

Incluyen todos aquellos procesos para la provisión de los recursos que son necesarios en los procesos estratégicos, misionales y de medición, análisis y mejora.	Gestión de Bienes y Servicios	Director (a) Administrativo (a)
	Gestión Jurídica	Jefe Oficina Asesora Jurídica
	Gestión Financiera	Director (a) Financiero (a)
	Gestión Contractual	Subdirector (a) de Contratación
	Gestión de TIC	Director (a) de TIC
<b>EVALUACIÓN</b> Incluyen aquellos procesos necesarios para medir y recopilar datos destinados a realizar el análisis del desempeño y la mejora de la eficacia y la eficiencia.	Evaluación, Seguimiento y Control a la Gestión	Jefe Oficina de Control Interno
	Control Disciplinario	Jefe Oficina Asuntos Disciplinarios

Así mismo se muestra el mapa de procesos de la SDS que consta de 20 procesos, 6 de ellos de tipo misional, 6 estratégicos, 6 de apoyo y 2 de evaluación.

## Mapa de Procesos de la Secretaría Distrital de Salud

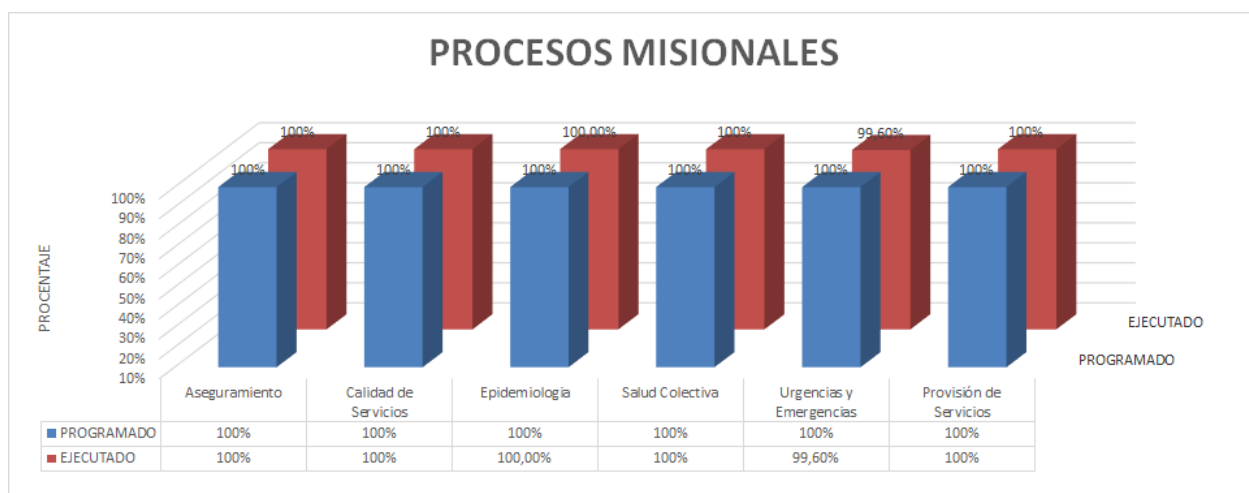


Teniendo en cuenta el enfoque de procesos se presentan los siguientes resultados acorde a las metas establecidas en los Planes Operativos de Gestión y Desempeño de la SDS (Ver Anexo I).

#### 4. INFORME DE GESTIÓN POR PROCESOS

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.<sup>1</sup>

<b>GESTIÓN PROCESOS MISIONALES</b>		
<b>DIRECCIÓN</b>	<b>Total programado</b>	<b>Total Ejecutado</b>
Aseguramiento	100%	100 %
Calidad de Servicios	100%	100%
Epidemiología	100%	100%
Salud Colectiva	100%	100%
Urgencias y Emergencias	100%	99%
Provisión de Servicios	100%	100%



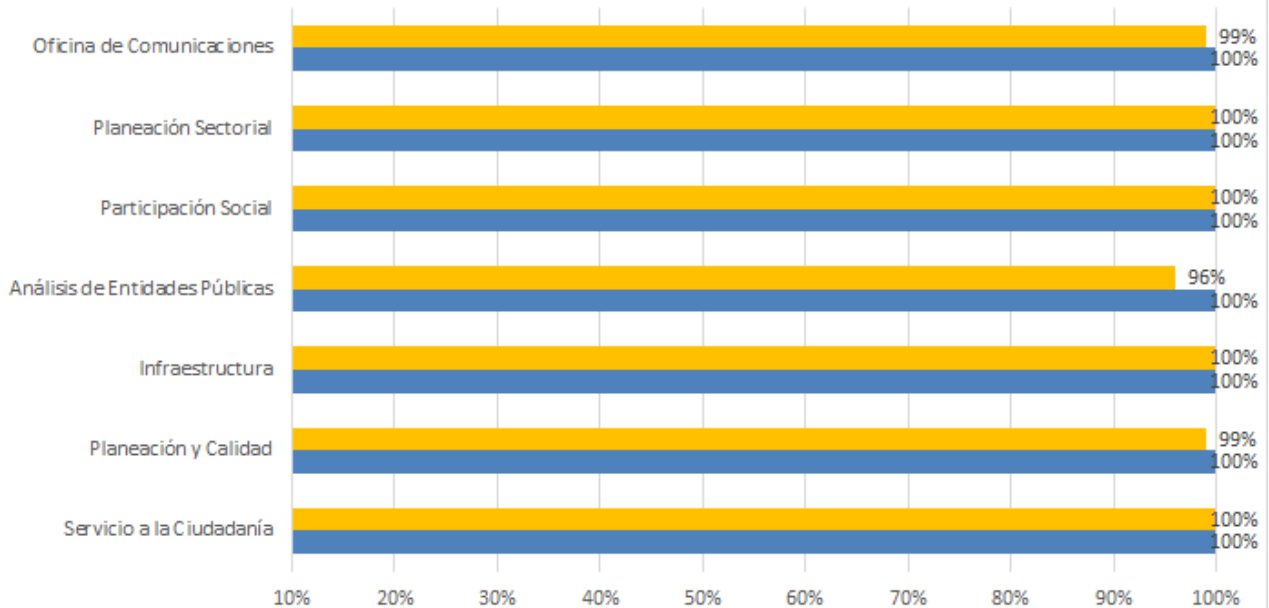
<b>GESTIÓN PROCESOS ESTRATÉGICOS</b>		
<b>DIRECCIÓN</b>	<b>Total programado</b>	<b>Total Ejecutado</b>
Servicio a la Ciudadanía	100%	100%
Planeación y Calidad	100%	99%
Infraestructura	100%	100%
Análisis de Entidades Públicas	100%	96%

<sup>1</sup> Se presentan los resultados por dependencias de acuerdo a la ponderación establecida en las metas de los POGD de las Dirección u Oficinas de la SDS.



Participación Social	100%	100%
Planeación Sectorial	100%	100%
Oficina de Comunicaciones	100%	99%

## PROCESOS ESTRATÉGICOS

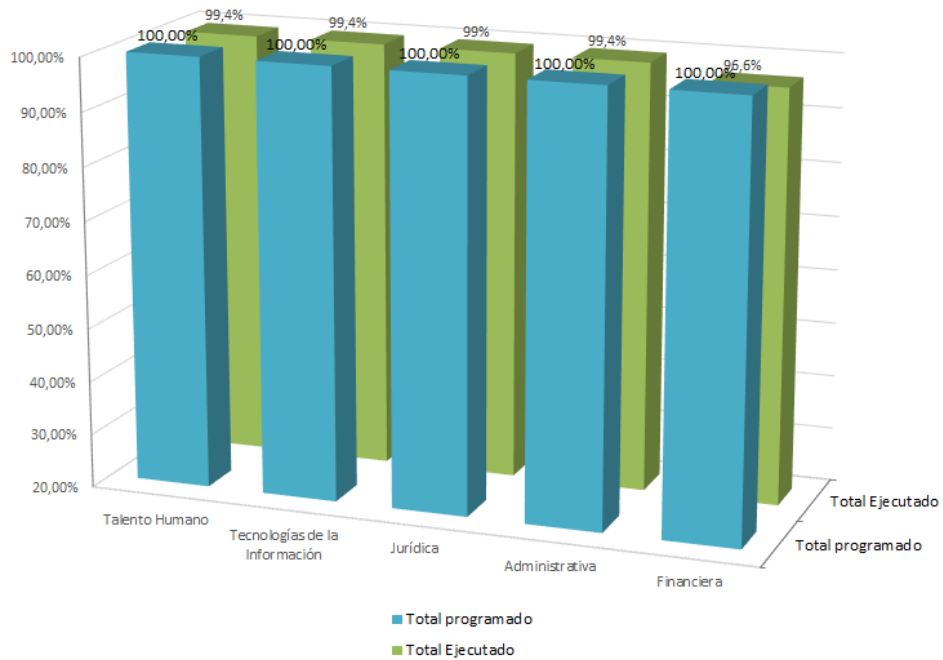


	Servicio a la Ciudadanía	Planeación y Calidad	Infraestructura	Análisis de Entidades Públicas	Participación Social	Planeación Sectorial	Oficina de Comunicaciones
■ Total Ejecutado	100%	99%	100%	96%	100%	100%	99%
■ Total programado	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

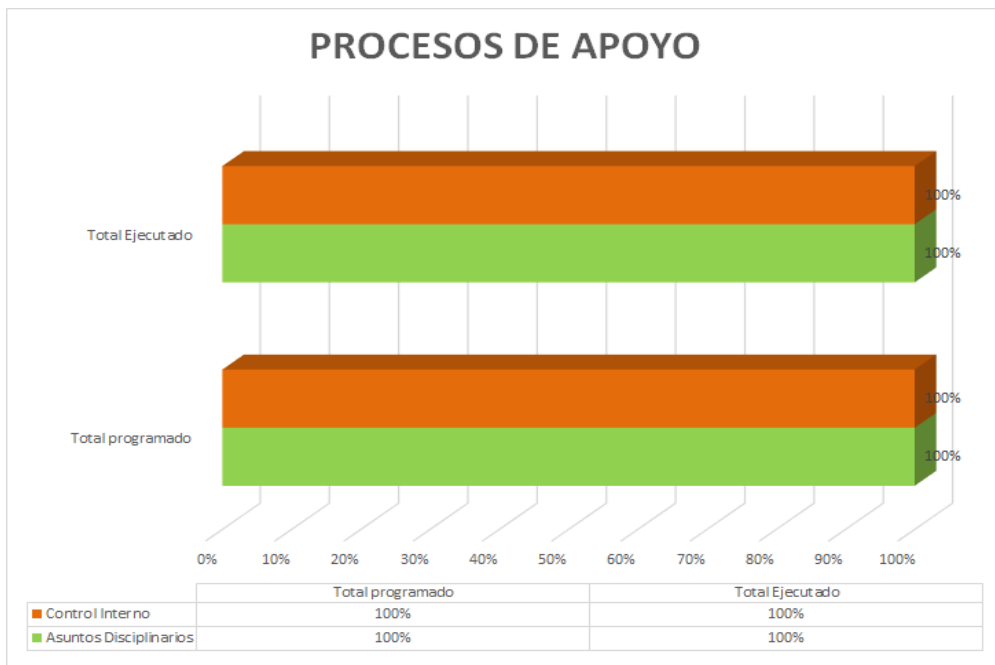
## GESTIÓN PROCESOS DE APOYO

DIRECCIÓN	Total programado	Total Ejecutado
Talento Humano	100,00%	99,4%
Tecnologías de la Información	100,00%	99,4%
Jurídica	100,00%	99,4%
Administrativa	100,00%	99,4%
Financiera	100,00%	96,6%

## PROCESOS DE APOYO

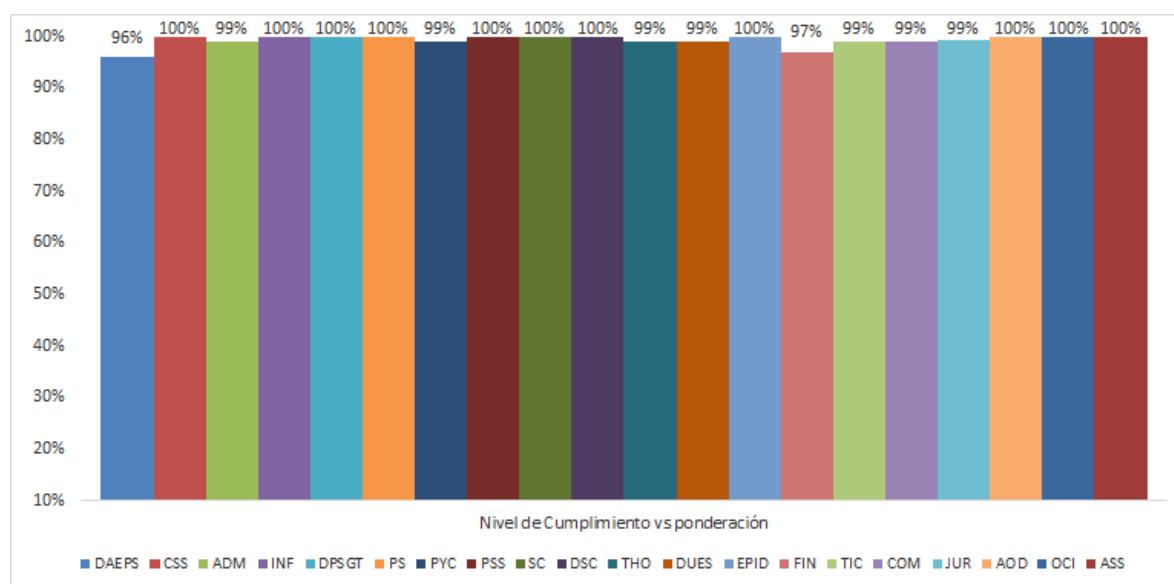


GESTIÓN PROCESOS DE EVALUACIÓN		
DIRECCIÓN	Total programado	Total Ejecutado
Asuntos Disciplinarios	100%	100%
Control Interno	100%	100%



Se evidencian porcentajes óptimos de cumplimiento por encima del 96% como se muestra a continuación:

DIRECCIÓN / OFICINA	ITEM	Nivel de Cumplimiento vs ponderación
DIRECCIÓN ANÁLISIS DE ENTIDADES PÚBLICAS DEL SECTOR SALUD	DAEPS	96%
CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD	CSS	100%
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	ADM	99%
DIRECCIÓN DE INFRAESTRUCTURA	INF	100%
DIR. PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN T Y T.	DPSGT	100%
PLANEACIÓN SECTORIAL Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN	PS	100%
DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	PYC	99%
PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD	PSS	100%
DIRECCIÓN DE SALUD COLECTIVA	SC	100%
DIRECCIÓN DE SERVICIO A LA CIUDADANIA	DSC	100%
DIRECCION DE TALENTO HUMANO	THO	99%
DIRECCIÓN DE URGENCIAS , EMERGENCIAS Y DESASTRES	DUES	99%
DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGIA	EPID	100%
DIRECCIÓN FINANCIERA	FIN	97%
DIRECCIÓN TIC	TIC	99%
OFICINA ASESORA DE COMUNICACIONES	COM	99%
OFICINA ASESORA JURIDICA	JUR	99%
OFICINA DE ASUNTOS DISCIPLINARIOS	AOD	100%
OFICINA DE CONTROL INTERNO	OCI	100%
DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO	ASS	100%



## 5. INFORME DE RESULTADOS DE LA GESTIÓN

Se presenta el reporte consolidado de la Gestión realizada por las Dependencias de la Entidad:

**OBJETIVO 1.** GARANTIZAR LA ATENCIÓN EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD A PARTIR DE LA GESTIÓN DEL RIESGO BASADO EN UN MODELO DE SALUD Y EN UNA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD RESOLUTIVA.

**Dirección:** ASEGURAMIENTO

**META 1:** Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS

**INDICADOR ASOCIADO:** Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS

**Logros:**

- a. Durante el periodo se realizan ajustes a la documentación requerida del proceso Asegurar Salud y se registra en ISOLUCION, de acuerdo a los lineamientos de la Dirección de Planeación Institucional y Calidad
- b. Durante el periodo se realiza la remisión de las normas de competencia del proceso Asegurar Salud y se registra en ISOLUCION, de acuerdo a los lineamientos de la Dirección de Planeación Institucional y Calidad
- c. Durante el periodo se gestiona y monitorean las metas actividades de gestión del Proceso de acuerdo a los lineamientos establecidos por la Dirección de Planeación institucional y Calidad.
- d. Se realiza la autoevaluación de riesgos y controles del proceso Asegurar Salud
- e. Se diligencia y remite la información requerida por la Dirección de Planeación Institucional y Calidad, de competencia del Proceso Asegurar Salud.
- f. Se realiza el informe de percepción del cliente y se remite a la Dirección de Planeación Institucional y Calidad
- g. Se da respuesta a los requerimientos tanto a nivel interno de la OCI como de los Entes de control frente a los procesos de auditoria realizados a la Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud.

**Dificultades:**

La situación generada por la pandemia genero cambios a nivel del proceso

**Acciones de Tratamiento:**

Se dio cumplimiento a los cambios normativos establecidos por el Ministerio y Entes de control para atender el proceso de Aseguramiento de la población de Bogotá D.C.

**META 2:** Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.

**INDICADOR ASOCIADO:** Medición de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.

**Logros:** Durante el periodo se participa y remite la información requerida por la Dirección de Planeación institucional y Calidad.

Mes a mes la Dirección de Aseguramiento y garantía del Derecho a la Salud registra las estadísticas del aseguramiento de la población de Bogotá D.C. e igualmente actualiza la información de competencia del proceso Asegurar Salud.

**META 3:** Gestionar el 100% de las actividades que fortalecen la administración, inspección, vigilancia y seguimiento del aseguramiento en salud y que facilitan el acceso a la prestación de los servicios de salud para la población de Bogotá, a cargo del Ente Territorial

**INDICADOR ASOCIADO:** Gestión Proceso Asegurar Salud

**Logros:**

- a) Se realizó el registro, gestión y resolutivez a las problemáticas en el acceso a los servicios de salud y de referencia y contrareferencia que presentan los usuarios en Bogotá D.C. reportadas a través de los diferentes canales de comunicación institucionales al Grupo de la Línea Salud para Todos Componente del Derecho a la Salud - Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud
- b) Durante el periodo se da respuesta a los PQR de competencia de la Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud, de acuerdo a lo establecido en los procedimientos internos.
- c) Durante el periodo se gestionan los procesos de auditoría para el reporte y autorización de giro de los recursos, de acuerdo a lo establecido en los procedimientos internos y a la normatividad vigente
- d) El 100% de los casos con barreras de acceso reportados por las diferentes instancias han sido gestionados en el trimestre ante la EPS.
- e) Se gestionan las acciones necesarias para dar respuesta a los fallos de tutela asignadas a la Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud, de acuerdo a lo establecido por la normatividad vigente y a los procedimientos internos establecidos.

**Dificultades:**

Por la situación de la pandemia fue necesario ajustar actividades

**Acciones de Tratamiento:**

Se ajustaron los procesos para trabajo en casa y de forma virtual de acuerdo a las necesidades de la Dirección sin dejar de cumplir con las metas y actividades establecidas para el periodo

**META 4:** Realizar el seguimiento y cierre al 100% de las tutelas registradas en el aplicativo de la población no asegurada de Bogotá D.C. en la vigencia 2012 - 2013, de competencia de la Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud.

**INDICADOR ASOCIADO:** Gestión Proceso Asegurar Salud

**Logros:**

Se realizó el seguimiento y cierre a 525 tutelas vigencia 2012 y 2013: con informe al juez y traslado de la tutela en casos de afiliación. En estos seguimientos se identificó 107 afiliaciones de usuarios por solicitud de la SDS, casos que fueron trasladados a las EPS correspondientes.

**Dirección: URGENCIAS, EMERGENCIAS Y DESASTRES**

**META 1: ALCANZAR LA IMPLEMENTACION DEL 100% DE LOS COMPONENTES DEL SEM EN SU SEGUNDA FASE**

**INDICADOR ASOCIADO: Porcentaje de avance en la implementación del Sistema de Emergencias Médicas por componente.**

**Logros:**

\* Continuidad a las actividades de soporte técnico y mantenimiento al sistema de radiocomunicaciones Astro 25 el cual se encuentra operando en óptimas condiciones.

Se mantiene el porcentaje de mantenimiento correctivo a móviles sobre un 95%.

Se atiende la totalidad de solicitudes de instalación de radios por parte de las subredes.

\* Se establecen claramente las obligaciones específicas de las partes ajustadas las modificaciones realizadas a lo largo del 2020.

Se realiza capacitación básica de manejo de radio por cada radio instalado en el sistema de radio.

Con el mejoramiento y estabilidad del Sistema de despacho Premier One de la línea de emergencia 123 NUSE encargado de la Integración con aplicaciones misionales de las agencias con el sistema de video vigilancia y el sistema de radio, que con los reportes solicitados y creados presenta una Disponibilidad de la plataforma en un 99%.

- Se ha dado continuidad con la actualización y mejoramiento a los módulos: Despachos AMED, Pacientes COVID-19, AMED - COVID 19, Referencia Corferias, Salud Mental y Referencia UCI entre otros que se han creado teniendo en cuenta la emergencia que se viene presentando en lo relacionado con la pandemia del COVID-19 y de acuerdo con la normatividad vigente tanto a nivel nacional como a nivel local, los cuales permiten la Generación de Autorizaciones a la IPS para la ubicación de pacientes en los servicios de UCI de acuerdo a lo establecido en el Decreto 538 de 2020 y han ayudado a solventar las necesidades de información requerida por el DUES y los entes internos y externos a la Entidad.

- Se ha cumplido cabalmente con el convenio suscrito con las Unidades Funcionales en la generación de las bases de datos de Fuera de servicio y Traslados

- Se logra que la Dirección de TICS participe en la elaboración del aplicativo del SEM llamado, "Adquisición de un Sistema de Información con los siguientes componentes estructurales: Captura de Información, Interoperabilidad con Sistemas Misionales Internos y Externos a la Entidad, Gestión de Información Estratégica y Modelo de Inteligencia de Negocios, que permita la articulación Operativa y Administrativa de la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud."

El Centro operativo del CRUE, gestiona la totalidad de los incidentes reportados a través de la línea 123, de la siguiente manera.

Creación de la Estrategia de Atención Médica Domiciliaria-AMED para COVID 19, es una estrategia implementada en el Distrito Capital por la Secretaria Distrital de Salud con el fin de llegar a los hogares y atender integralmente a las personas, familias y contactos de las personas con sospecha, infección leve o moderada por el SARS-CoV-2 para prevenir las complicaciones, reducir el riesgo de transmisión autóctona y comunitaria, así como aportar a la descongestión de los servicios de salud y los vehículos de emergencias (ambulancias) del Programa de Atención Prehospitalaria en Bogotá D.C.

Se logró la prestación de los servicios del programa de salud mental mediante la operatividad de

15 equipos de apoyo a la comunidad en general de Bogotá D.C., con énfasis en el personal del programa de salud mental y mujeres víctimas de violencia sexual bajo la estrategia domiciliaria.

Durante el periodo julio a diciembre 2020 desde la Subdirección CRUE se adelantó el seguimiento a la capacidad instalada y ocupación de los servicios de UCI, con el fin de garantizar la veracidad de la información reportada en el SIRC por los prestadores de servicios de salud.

Durante el periodo agosto – diciembre 2020 desde la Subdirección CRUE se adelantó el seguimiento a la retención de vehículos de emergencia del programa APH en los servicios de urgencias de las IPS por el equipo de gestores de transporte quienes adelantan la gestión las coordinaciones de los servicios de urgencias y las tripulaciones de las móviles, con visitas realizadas a los servicios de urgencia.

Durante el segundo semestre 2020 se realizaron revisiones y seguimientos a los vehículos de emergencia del programa APH, con el fin de evaluar las condiciones mínimas que establece la normatividad vigente para la atención segura en traslado asistencial y atención pre hospitalaria.

En el marco de los Convenios de Unidades Funcionales, suscritos con las Subredes Norte y Sur en la vigencia 2020, se pactaron cuatro indicadores como lo son: Indicador No. 1. Proporción de tiempo operativo, Indicador No. 2 Tasa de pacientes que entran en paro cardiorrespiratorio durante el traslado. Indicador No. 3 Proporción de concordancia entre impresiones diagnósticas generadas en la atención por el recurso humano de las ambulancias TAM y los servicios de urgencia, receptores del paciente trasladado y el Indicador No. 4 Adherencia al diligenciamiento de la historia clínica.

Se da inicio a la identificación de los diferentes actores del SEM que tienen que ver con la generación y manejo de la información de los pacientes desde su ingreso a la entidad hospitalaria hasta su egreso. A través de reuniones exploratorias se da a conocer la intencionalidad de la implementación del Componente 4 del SEM tratando de identificar las características de la participación de cada uno de los actores identificados.

Durante el cuarto trimestre de 2020 con respecto a los Primeros Respondientes Comunitarios, se dio continuidad a la modalidad virtual del curso Primer Respondiente – El Curso que Salva Vidas.

Durante el cuarto trimestre de 2020 se realizó la actualización de los contenidos temáticos de:

1. Curso Promoción y Prevención el cual está en desarrollo con el Centro Distrital de Educación e Investigación en Salud (CDEIS), para su implementación en la modalidad virtual y se tienen los 3 primeros módulos realizados.

2. Curso Primer Respondiente capacitación en Genial para el proceso de migración y actualización de los contenidos de los módulos 4 al 8, nuevas guías de reanimación cardiopulmonar y obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño – OVACE relacionadas con COVID -19; de los cuales se realizó la migración del módulo No. 4 del tema Ataque Cerebrovascular dentro de las actividades transversales con la adecuadora pedagógica del Centro Distrital de Educación e Investigación en Salud (CDEIS). Esta actualización permite una mejor navegabilidad de los participantes en el curso y es mucho más amigable.

Desde la Subdirección de Riesgo en Emergencias y Desastres se continua en el curso Primer Respondiente, a través del módulo de Sistema de Emergencias Médicas, capacitando a los participantes en el uso racional del Número Único Sistema de Emergencias - NUSE- Línea 123.

Se consolidó la información de la gestión y los resultados obtenidos por la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud en el periodo de enero a septiembre del 2020, incluida la gestión de los incidentes direccionados a salud desde la línea 123, las acciones estratégicas relacionadas con la

respuesta frente a la pandemia por COVID-19, la implementación del Sistema de Emergencias Médicas SEM y la gestión del riesgo en salud frente a emergencias y desastres a través del fortalecimiento de competencias, preparación y respuesta de acuerdo a las amenazas y a la dinámica distrital y regional. Publicación de dos artículos científicos en revistas indexadas, divulgación de tres proyectos de investigación en eventos científicos, elaboración de documentos técnicos con rigor científico que fueron utilizados para la toma de decisiones (casos UCI COVID).

Durante el último semestre del 2020 se elaboraron y propusieron dos versiones de los tableros de control para realizar seguimiento a la implementación de SEM, articulados con las metas y objetivos establecidos en el Plan Territorial 2020-2024 de salud, se realizaron los ajustes pertinentes y se obtuvo la aprobación de la Dirección. Por otro lado, la Dirección cuenta con dos tableros de control y seguimiento (los cuales son actualizados mensualmente y recopilan en 24 ítems los principales indicadores de gestión de cada Subdirección. A partir del mes de marzo se incluyeron en los tableros los indicadores de gestión relacionados con la respuesta frente a COVID, coordinación de UCI y Atención médica domiciliaria para COVID-19 y eventos de salud mental. Se enviaron a publicación en el Observatorio SaluData los Boletines de enero a octubre del 2020 con los principales datos de la gestión de la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud incluso lo correspondiente a la respuesta frente a la pandemia por COVID 19.

Se elaboró la propuesta del manual para el desarrollo de unidades de análisis de caso en la Dirección de Urgencias y Emergencias y en cada una de sus Subdirecciones.

Avances en la revisión del lineamiento de fortalecimiento de las competencias de la Subdirección CRUE.

Se retomó la realización de las Clínica de Atención dirigida al talento humano vinculado para brindar apoyo a la atención de los incidentes que ingresan a través de la Línea de Emergencias 123 relacionados con COVID - 19 asignadas a las sedes de expansión de la ETB Modelo y ETB Chapinero, con buena asistencia. Dicha actividad fue realizada con el apoyo de plataforma virtual Temas.

#### **Dificultades:**

#### **COMPONENTE 1 DE LA SEGUNDA FASE DEL SEM NOTIFICACION Y ACCESO AL SISTEMA.**

\* A causa de no contar con un vehículo dedicado a las actividades del grupo de radiocomunicaciones el reabastecimiento de combustible y actividades de mantenimiento correctivo y preventivo en los sitios de repetición, han sufrido demoras en la atención por búsqueda de vehículo para transporte de herramienta y combustible para solucionar los casos en cuestión.

Se presenta dificultad de para atención de mantenimientos correctivos por falta de repuestos, como Conectores Rf.

\*Debido a la emergencia presentada por la pandemia de covid-19 se debió entregar radios a vehículos de vista de medica domiciliaria por lo tanto las móviles de APH que ingresaron en el periodo fueron temporalmente atenuadas solo con la instalación de radio móvil ya que no se tenía disponibilidad de radio portátil.

\*Las capacitaciones se realizan al personal presente al momento de la instalación por lo cual los turnos diferentes a los del momento de la instalación son capacitados por sus compañeros capacitados

'- A pesar de que se cuenta con la base histórica de los incidentes, todavía se presentan inconvenientes en la generación del reporte, se dificulta la lectura de los incidentes para dar respuestas a los requerimientos.

- Por la declaratoria de Emergencia Sanitaria la normatividad es cambiante y por supuesto genera cambios inmediatos en los módulos del COVID-19

- Demora en la creación de grupos de trabajo por áreas interdisciplinarias que hay en TICS, por



ejemplo: desarrollo, modelamiento de las bases de datos, comunicaciones entre otros, para la creación el Sistema de Información del Sistema de Emergencias Médicas – SISEM.

#### **COMPONENTE 2 DE LA SEGUNDA FASE DEL SEM - COORDINACION Y GESTION DE LAS SOLICITUDES.**

Se presentaron dificultades para realizar tanto las capacitaciones a diferente nivel como los seguimientos a la adherencia a los diferentes procedimientos de acuerdo a programación establecida.

#### **COMPONENTE 3 DE LA SEGUNDA FASE DEL SEM ATENCION PREHOSPITALARIA Y TRASLADO DE PACIENTES**

Dentro de las dificultades evidenciadas se identifican:

- No cumplimiento de los prestadores públicos en garantizar los equipos ofertados manifestando situaciones administrativas en las Subredes que no logra mantener el recurso humano profesional de salud necesario para el desarrollo de la estrategia.

- Insuficiencia de talento humano ingeniero de sistemas para el desarrollo y mejora constante del sistema de información desarrollado para la captura de la información,

No se cuenta con la disponibilidad de vehículo administrativo en el 100% de las oportunidades

Se presenta debilidad en el sistema de información para el registro de visitas.

Las congestiones de los servicios de urgencias afectan directamente los tiempos de entrega de pacientes generando que las camillas de los vehículos de emergencia no se entreguen oportunamente

No contar con un sistema de información que garantice la trazabilidad de las revisiones adelantadas a los vehículos de emergencia

he presentó dificultad en la obtención de las HC (historias clínicas) por parte de las instituciones de las Subredes Centro Oriente y Sur Occidente E.S.E., ya que la información requerida por las Subredes Norte y Sur E.S.E., para la generación de informe de indicadores, no era enviada con oportunidad, lo que generó que las Subredes no pudieran presentar informe de indicadores en el plazo establecido para ello y por tanto se retrasaran los pagos.

\* En ocasiones las activaciones para responder de manera oportuna, son tardías por parte de las entidades que les corresponde activar.

\* Para alimentar la base de datos, en ocasiones, la información no es recibida en los tiempos establecidos.

Lentitud en el proceso de trámite para la liquidación de los documentos soportes de los contratos radicados en la Subdirección de Contratación.

#### **COMPONENTE 4 DE LA SEGUNDA FASE DEL SEM ATENCION DE URGENCIAS Y HOSPITALARIA**

El desconocimiento de las fuentes generadores de la información, las características de la misma y la dispersión y variabilidad de plataformas informáticas y la desarticulación existente entre unas y otras para dar un tratamiento más estandarizado a la información surgida de los procesos de hospitalización

#### **COMPONENTE 5 DE LA SEGUNDA FASE DEL SEM EDUCACION A LA COMUNIDAD E IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA DE PRIMER RESPONDIENTE**

1. Inhabilitación de la plataforma de Aprender Salud en donde se encuentra el Curso de Primer Respondiente Virtual durante casi una semana mientras se realizaba el proceso de actualización.

2. Fallas ocasionales en el Sistema de Información del SIDCRUE para el registro de las partes interesadas.

3. Registro inadecuado o incompleto por los usuarios en el Sistema de Información del SIDCRUE que impide comunicación o matrícula a los cursos ofertados.

### **COMPONENTE 6 DE LA SEGUNDA FASE DEL SEM INVESTIGACION Y VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA**

Demora en el envío de datos e información por parte de algunos profesionales, retraso en la elaboración de mapas, aplazamiento en los procesos de revisión de estilo y elaboración de portadas por parte de la oficina de comunicaciones de la Dirección, tardanza en la recopilación de datos para la inclusión de nuevos indicadores relacionados con el manejo del COVID-19.

Disponibilidad de poco personal que realice análisis de datos (Dos epidemiólogos)

### **COMPONENTE 7 DE LA SEGUNDA FASE DEL SEM FORMACION DEL TALENTO HUMANO REQUERIDO**

No fue posible realizar Clínica de Atención en todos los meses del segundo semestre de 2020 debido a que al inicio de este se cruzó con el primer pico de la Pandemia de COVID19.

#### **Acciones de Tratamiento:**

**COMPONENTE 1.-** Se informa de las dificultades presentadas a la subdirección CRUE en conjunto con solicitudes para la compra de repuestos, adquisición de vehículo destinado a las actividades del grupo de radiocomunicaciones, estudio de crecimiento de usuarios del sistema de radio, así como el adquirir nuevos radios y programación de capacitaciones generales del personal de APH. La disponibilidad de radios portátiles permitió superar el uso de los móviles. Se espera realizar una capacitación de tripulaciones una vez terminada la emergencia de Covid-19

enviado requerimientos a Itelca de la ETB que a través del SQL Server Reportan Services (SSRS) genere en forma correcta los reportes históricos para una mejor visualización y análisis en las respuestas a los requerimientos.

- Se debe establecer un cronograma de trabajo con la Dirección de TICS para el avance de las mesas de trabajo a través de los grupos interdisciplinar

**COMPONENTE 2.-** La Subdirección CRUE creo y adapto lineamientos, procedimientos, aplicativos con el fin de dar respuesta a la demanda de la gestión de los incidentes presentados por la pandemia SARS COV 2 como la atención regular de los incidentes relacionados con traslado de pacientes por accidentes de tránsito u otras causas. De la misma manera se generaron recursos para contratación de personal profesional y auxiliar adicional para atender la demanda a través de las líneas 123.

### **COMPONENTE 3.- Fortalecimiento del sistema información SIDCRUE**

Fortalecimiento de las acciones de seguimiento a los convenios por la DAPS a los prestadores públicos

Solicitud de apoyo de ampliación de vehículo para la fase de aumento de utilización de camas de UCI COVID

De acuerdo con las dificultades que se evidenciaron, en la obtención de la información con oportunidad por parte de las Subredes Centro Oriente y Sur Occidente E.S.E., se gestionó desde la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud, él envió de la información entre las Subredes con mayor oportunidad, mediante diferentes canales de comunicación como oficios, correos electrónicos y chats en grupos de WhatsApp.

Se diligenció semanalmente la base de datos denominada activaciones y por medio electrónico se

solicitó a los delegados encargados de la respuesta a los incidentes presentados que no habían realizado el reporte en los tiempos establecidos, con el previo aval del Subdirector de Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastres solicitando la información, para garantizar la consolidación oportuna en la base de datos de la Subdirección.

Se realizó el seguimiento diario de las activaciones socializadas por el grupo de gestión del riesgo en emergencias y desastres. Esta es una actividad continua en el tiempo.

Se informó de la dificultad para la liquidación de los contratos al Subdirector de Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastres y al Referente Jurídico de la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud.

Se enviaron comunicaciones vía correo electrónico a los referentes de la Subdirección de Contratación a cargo del proceso para su dinamización.

Se solicitó semanalmente el envío de las actas de respuesta a las activaciones de los incidentes presentados que no habían realizado el reporte en los tiempos establecidos, con el previo aval del Subdirector de Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastres, para así garantizar la consolidación oportuna en la base de datos de la Subdirección.

Solicitud de las actas de COE y PMU Distritales semanalmente por medio electrónico a los delegados, previo aval del Subdirector de Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastres para garantizar la consolidación oportuna en la base de datos de la Subdirección.

Realizó seguimiento para aclarar dudas en el diligenciamiento de la información de los formatos de registro.

Se realizó el seguimiento diario de las activaciones socializadas por el grupo de gestión del riesgo en emergencias y desastres. Además, se aclararon dudas en el diligenciamiento del formato. Esta es una actividad continua en el tiempo.

**COMPONENTE 4.-** Programación de reuniones exploratorias para identificar actores y fuentes de información que permitan la integración gradual de la misma.

**COMPONENTE 5.-**, una vez se inicie la modalidad presencial se retomarán los cursos del módulo básico que incluye: Promoción y Prevención, Primer Respondiente, Primer Respondiente en Emergencias y Desastres, Primer Respondiente en Salud Mental.  
Dar respuesta a las partes interesadas sobre la novedad presentada en las diferentes plataformas.

**COMPONENTE 6.-** Envío de las versiones preliminares de los boletines ajustados junto con tableros de control actualizados al Director y Subdirectores para una oportuna toma de decisiones basados en información.

Solicitud recurrente de información

**COMPONENTE 7.-** Mejora en el desarrollo de las Clínicas de Atención y aumento de la asistencia por parte del talento humano de la Subdirección CRUE vinculado en el marco de la emergencia por la Pandemia de COVID - 19.

**META 2:** Realizar las acciones necesarias para el mantenimiento y sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS.

**INDICADOR ASOCIADO:** Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS

**Logros:**

Fue posible actualizar algunos de los procedimientos que desde el 2017 no tenían un proceso de revisión, también se declararon obsoletos algunos documentos que ya no eran necesarios en la Dirección.

Dentro del semestre también se revisaron algunos documentos importantes para la atención de la pandemia y la respuesta a urgencias y emergencia de la ciudad, logrando su actualización o creación, dentro de estos se tienen los de asignación operativa de las unidades de Cuidados intensivos y los formatos de revisión de los vehículos de emergencia de mediana y baja complejidad.

Atención constante a la promulgación y aplicación de la normatividad especialmente la relacionada con COVID 19, esta vigilancia logró plenamente realizar los trámites sujetos a novedades contractuales surgidas o derivadas de la contratación del personal de la Línea del CRUE, dado el incremento del número de éstas, en el último trimestre del año 2020.

La DUES, debido a las modificaciones suscitadas por el nuevo modelo de reporte, estructura un nuevo informe incluyendo las nuevas variables de calificación y valoración. El documento se envía dando cumplimiento a los términos de entrega. Se logra el afianzamiento del nuevo modelo de reporte y su valoración para el seguimiento a la implementación de la segunda fase del SEM.

Se actualizó y envió Mapa de Riesgos - Cierre vigencia 2019 2020.

Igualmente se envió preliminar mapa de Riesgos 2020 2021.

Se realizó y envió a la Dirección Institucional de Planeación y Calidad la Autoevaluación de Riesgos y Controles de la Dirección de Urgencias y Emergencias, correspondiente a los riesgos y controles del mapa de riesgos vigente a julio 2020.

Sobre los resultados obtenidos de la Autoevaluación de Riesgos y Controles, se elaboró el informe resultado de la gestión del riesgo y se envió a la Dirección Institucional de Planeación y Calidad.

Se elaboró Informe de Revisión por la Dirección tomando como base el informe realizado para el año 2019, da cuenta de los avances en la importancia de mejorar las condiciones clima de trabajo y su factor organizacional al mantener como un gran objetivo la modernización de la planta física del DUES, para lograr una mejor distribución y condiciones de las áreas de trabajo para el personal en busca de prestar un mejor servicio y lograr mejores resultados en la percepción que las partes interesadas tienen del proceso.

Desde la Subdirección Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastres se realizó el informe la percepción del cliente con un resultado de 70.06 % el cual se envió a la Dirección de Planeación y Calidad como parte de las actividades del IV trimestre del tablero de control.

Se atendió Auditoría de Calidad OCI-DUES, se enviaron los soportes solicitados por la Auditoría.

Como respuesta al informe preliminar de Auditoría, se consolidaron y enviaron los documentos soporte para desvirtuar las acciones para abordar riesgos descritas en el informe preliminar de la Auditoría de calidad - OCI-DUES 2020.

Se recibió informe de Auditoría realizado por la Oficina de Control Interno de la SDS al proceso

Gestión de Urgencias, Emergencias y Desastres, sobre determinar la conformidad del sistema de gestión con los requisitos de la norma ISO 9001:2015. El informe final registra un hallazgo en el numeral 7.1.5 (MEDICION). Se desvirtuaron dos acciones para abordar riesgos que se habían inscrito en el informe preliminar.

Se realizó la modificación al plan de acción de daño antijurídico en el sentido de identificar la causa al problema identificado y eliminar la causa relacionada con la implementación de un Software para control del ejercicio de regulación de la urgencia médica.

Se cargó en el aplicativo ISOIUCIÓN el análisis causal y las acciones del plan de mejoramiento de la acción 2224 resultante de la auditoria de calidad OCI DUES, se carga para la aprobación del auditor JOSE GREGORIO BUENO. Posterior a la aprobación los responsables de la acción deben cargar los soportes de las ejecutorias.

Se dio cierre a las acciones para abordar riesgos 521 y 1943 en el aplicativo ISOIUCIÓN.

#### **Dificultades:**

#### **GESTION DOCUMENTAL**

Se presentaron dificultades para la revisión completa de los documentos relacionados en el inventario documental a ser ejecutado en el 2020 ya que mucho del tiempo de los diferentes responsables se tuvo que destinar a la atención de algunas actividades de la pandemia COVID 19.

#### **MEJORA NORMATIVA**

No obstante al amplio número de solicitudes de novedades, éstas debieron realizarse en tiempos cortos, en gran parte derivado de la misma solicitud del contratista ante sus situaciones particulares y que debían ser atendidas de manera inmediata lo que ocasionó en ciertos momentos, premura y coordinación inmediata con los entes sujetos a flujo en la parte administrativa: contratación, Corporativa y Despacho.

Se presentaron algunos retrasos en la entrega de la información relacionada con las normas expedidas y de aplicación directa a la nacionalidad del proceso.

#### **DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS**

Poca disposición del personal para aceptar el nuevo modelo de reporte y las implicaciones relacionadas con la calidad del dato y el análisis de los mismos.

#### **GESTIONAR LOS RIESGOS DEL PROCESO**

Se encuentran dificultades en el proceso de identificación de que los riesgos son parte del quehacer diario y en el proceso de asumir la responsabilidad de su manejo.

#### **PERCEPCION DEL CLIENTE**

La necesidad de dar respuesta a las demandas suscitadas por la pandemia COVID 19 obligo al aplazamiento de las actividades relacionadas con percepción del cliente desde la Subdirección CRUE.

#### **MEJORA CONTINUA DE LOS PROCESOS**

Se presentan inconvenientes en la observancia del cumplimiento a los tiempos establecidos para los reportes acordados.

#### **Acciones de Tratamiento:**

Con base en la formulación del nuevo inventario documental se realizara la socializacion respectiva para que con las personas encargadas se generen los espacios de revisión y de esta forma poder cumplir con las fechas de actualización establecidas en el mismo

Se estableció una cordinación tendiente a desarrollar procesos de coordinación amplia con el área de la Subdirección del Centro Regulador de Urgencias; así mismo una mayor conciencia con los contratistas sobre lel cumplimiento de los tiempos acordados en el Manual de Contratación de la Entidad.

Se logran acuerdos para el envío de la informacion en archivos PDF a la Direccion de Planeacion y Calidad.

Capacitaciones y socializaciones continuas relacionadas con la integracion de las acciones que deben realizar los diferentes grupos de trabajo especialmente opara intgegrar el trabajo y la informacion alrededor de las dimensiones establecidas en el POGD DUES.

Involucrar a responsables de actividades en la identificacion de los riesgos y en el diseño , seguimiento y cumplimiento de las acciones de mejora formuladas.

**META 3:** Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, Acceso a la Informacion y Lucha contra la Corrupcion.

**INDICADOR ASOCIADO:** Medición de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.

**Logros:**

- Se diligencio la matriz de monitoreo PAAC de DUES correspondiente al tercer trimestre 2020.
- Se dio cumplimiento al envío y publicación de DATOS ABIERTOS establecido en el Componente 5.

**Dificultades:**

Dificultades en el cumplimiento del cargue de los contratos en la plataforma SECOP.

**Acciones de Tratamiento:**

Monitoreo mensual al cargue de los informes de contratación en la plataforma SECOP.

**CONCLUSIONES**

1. Establecimiento de los principios de una visión compartida para la implementación del SEM en su segunda Fase.
2. Capacidad del equipo directivo y del grupo de colaboradores para presentar respuestas oportunas a incrementos en la demanda de gestión de incidentes por diversas circunstancias.
3. La Dirección, como muestra de su propósito dio inicio a la identificación de fuentes de información que permitan la articulación e integración de recursos informáticos para el seguimiento a la trazabilidad de la gestión de la Dirección y los actores del SEM.
4. Si bien se han realizado actualizaciones y adecuaciones, la DUES debe fortalecer la integración de las plataformas informáticas, mejorar la eficiencia en la gestión de la

información y sus variables de seguridad concurrentes mediante la utilización de plataformas tecnológicas compatibles para la recolección, consolidación, análisis de datos y sus reportes asociados.

5. Para una mejor y oportuna eficiencia en el seguimiento a la gestión de la Dirección, se hace necesaria la construcción efectiva de indicadores de información básica homogéneos y el diseño de sus flujos.
6. Para guardar coherencia con el diseño del POGD de los próximos años, se recomienda participar en el diseño, como estrategia prospectiva y de implementación del SEM, de pasar de un servicio de emergencia a la de un sistema con una mayor integración y coordinación entre los servicios pre hospitalarios y hospitalarios.

**OBJETIVO 2. Implementar un modelo de prestación de servicios de salud a través de un esquema integrado de redes especializadas, la habilitación y acreditación de su oferta de servicios de salud, así como la gestión de sus servicios.**

**Dirección:** DIRECCIÓN DE ANÁLISIS DE ENTIDADES PÚBLICAS DISTRITALES DEL SECTOR SALUD

**META 1:** Realizar seguimiento, monitoreo y evaluación a la implementación de las estrategias formuladas para desarrollar las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud y consolidar la Red Integrada de Servicios de Salud de Bogotá -RISS

**Logros:**

Durante la vigencia 2020 se destacan entre otros los siguientes logros por actividad o sub actividad programada:

a). Cumplimiento de los productos contratados con la Universidad de Antioquía a través del Convenio 794 de 2019, el cual permitió durante la vigencia consolidar las herramientas administrativas y de gestión para continuar con el desarrollo de las 7 Buenas Practicas en las diferentes entidades que hacen parte de la Red Integrada de Servicios de Salud; por otra parte se logró estructurar e implementar los Cuadros de Mando Integral para las entidades, ampliando la definición de indicadores para las Juntas Directivas, con el propósito de que estos órganos puedan realizar una gestión mucho más eficiente y acertada para la toma de decisiones. La propuesta para el año 2021 es poder realizar la medición de estos indicadores a través del aplicativo de Microsoft: Power By, el cual permitirá realizar análisis de información de una forma más eficiente y gerencial.

Se implementaron mecanismos que actualmente funcionan como el seguimiento por parte de la DAEPDSS a los servicios de urgencias y el CMI de Covid 19, el cual articularía información complementaria al sistema de Información de la Secretaría Distrital de Salud SALUDATA.

Con la información y demás productos entregados en cumplimiento de las obligaciones del citado convenio, se logró actualizar la Plataforma Estratégica de la RISS Bogotá en el mes de noviembre de 2020, siendo esto uno de los insumos principales para la actualización de las Plataformas Estratégicas y/o Planes de Desarrollo de las entidades tanto adscritas como vinculadas a la SDS.

b). En el componente de proyectos, la Dirección gestionó un total de 64 radicados por las 4 SISS, logrando emitir 59 conceptos favorables, con lo cual estas entidades pudieron continuar con las diferentes fases de los proyectos principalmente de Infraestructura, aportando al cumplimiento en el mediano plazo al logro de las metas del Plan de Desarrollo Distrital 2020-2024.

c). Respecto a los resultados de las sub actividades del componente financiero se destaca: la revisión de los apartes financieros del Documento actualización del PROGRAMA TERRITORIAL DE REORGANIZACIÓN, REDISEÑO Y MODERNIZACIÓN DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADOS ESE-PTRMR - RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD DE BOGOTÁ D.C. 2020-2023, en conjunto con el equipo financiero de las cuatro SISS. Este documento se remitió al Ministerio de Salud y Protección Social para su revisión y aprobación pertinente.

Por otra parte, se revisó información reportada por las SISS, logrando efectuar análisis técnicos para la toma de decisiones por parte de las diferentes instancias al interior de la SDS, con el objetivo de lograr un cierre financiero de las ESE con el menor impacto posible que además de la habitual crisis del sector salud, estuvo durante la vigencia 2020 fuertemente impactado por la pandemia Covid-19.



Un logro destacado para la DAEPDSS, fue la documentación del procedimiento para la validación y presentación por parte del Ente Territorial de la información SIHO que generan las SISS ESE., este procedimiento se culminó en el mes de diciembre, un aspecto importante que antes no existía, fue la asignación de diferentes perfiles de profesionales competentes para la validación de cada formulario.

Finalmente se realizaron reuniones con la EPS Capital Salud para acompañar técnica y financieramente la elaboración del Plan financiero y anteproyecto de presupuesto 2021, así como los demás temas administrativos y estratégicos para el fortalecimiento financiero de la Entidad, lo cual le permitió salir de la intervención interpuesta por la Supersalud durante el último trimestre de 2020.

d.) Durante la vigencia se gestionaron los procesos de calidad y habilitación con las SISS, gestionando los convenios para asignación de recursos que permitan desarrollar actividades con el objetivo de elevar los niveles de calidad en las Entidades.

e.) En el año 2020 se observa que todas las Subredes mantienen el tiempo de atención del Triage II por debajo de 30 minutos cumpliendo con la norma (resolución 5596 de 2015) y con el Triage III por debajo de 180 minutos.

f.) Durante la vigencia se logró avance en la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS priorizadas y mantener el programa Ruta Saludable, con un cumplimiento para corte noviembre superior al 70% promedio de implementación de las RIAS en el marco de la Resolución 2626 de 2019 MAITE.

#### **Dificultades:**

1. La aparición de la pandemia causada por la infección del Covid-19 que ingreso al país el 6 de marzo de 2020, impactó la planeación y desarrollo de las diferentes actividades previstas al inicio del año; esta situación conllevó a buscar diferentes mecanismos para la implementación, seguimiento y control de tutela en cada uno de los componentes de la DAEPDSS.

2. Se programaron actividades al inicio de la vigencia 2020 teniendo como referencia el plan de gobierno de la Alcaldesa electa, sin embargo, algunas no tuvieron el desempeño previsto debido a la aparición de la pandemia, como el caso de la sub actividad No.1.1.2 No. Monitoreo a la gestión para implementar proyectos estratégicos de las SISS con el apoyo de la Egat y la sub actividad No.1.1.11. Elaborar estudios previos para la contratación de un estudio de cargas laborales en las 4 SISS ESE.

3. El desarrollo incipiente de la generación de información, que cuenta con fuentes aún no estandarizadas, prolonga el tiempo de análisis y las decisiones de mejora oportunamente.

#### **Acciones de Tratamiento:**

La meta No.1 logró un cumplimiento del 96,5%, que en términos cuantitativos evidencian un resultado satisfactorio; las actividades que incidieron para no alcanzar el 100% presentaron un cumplimiento a 31 de diciembre de 2020 del 75% el cual es aceptable, sin embargo, debido a que se debe formular el POGD para medir la gestión de la Dirección para la vigencia 2021, se reformularán las actividades para que estén armonizadas con el nuevo direccionamiento y propósitos de la presente administración. No se requiere generar plan de mejoramiento.

**META 2:** Realizar seguimiento y evaluación a la implementación de las estrategias formuladas para reducir para 2020 a cinco (5) días la oportunidad de la atención ambulatoria en consultas médicas de especialidades básicas.

**Logros:**

a.) La prestación de los servicios durante periodos analizados del 2020 de acuerdo a las medidas decretadas de aislamiento preventivo para los usuarios con riesgo, donde se realizaron ajustes como la implementación de la Telemedicina y Atención Médica Domiciliaria, conllevó a una reorganización de los servicios ambulatorios, que refleja la disminución evidente de la demanda de estos servicios, con unas variaciones que oscilan entre el 39% y el 42% con respecto al trimestre I y II del 2019.

Con respecto a la producción de III Trimestre se evidencia un aumento importante teniendo en cuenta que en junio inicia la apertura de algunas actividades económicas y disminución de las restricciones que se implementaron con la cuarentena obligatoria.

b.) Respecto al monitorio y seguimiento de oportunidad de la atención ambulatoria en consultas médicas de especialidades básicas, mostro el siguiente comportamiento al IV trimestre de 2020:

- La oportunidad de especialidades básicas (Ginecoobstetricia - Medicina Interna - Pediatría) para el mes de octubre fue de 5 días y en el mes de noviembre fue de 4.4 días de meta establecida, aunque se evidencia aumento con respecto al trimestre anterior por el aumento de la demanda de los servicios, se cumplió con la meta establecida. Para el acumulado del 2020 (enero a noviembre) se presentó una oportunidad de estas especialidades de 4.5 días.

**Seguimiento al CALL CENTER DISTRITAL:**

Los indicadores del call center en este periodo aumentaron significativamente por las acciones implementadas en el Comité Técnico operativo y por la reapertura de servicios que se encontraban temporalmente cerrados por el covid 19.

-Para el trimestre el Call center continuó con el apoyo a seguimientos covid 19, gestionando las bases de Coronapp, Reactivación Económica, positivos para covid, sospechosos covid y las campañas de demanda inducida.

-En cuanto a las visitas de seguimiento a la operación del call center distrital de asignación de citas en el trimestre reportado no se realizaron visitas presenciales. Se realizaron reuniones virtuales de seguimiento a través de mesas de trabajo para verificar los siguientes temas: portafolio de servicios del call, campañas covid 19, informes bimestrales a entregar.

**Dificultades:**

1. Durante el primer trimestre se presentaron dificultades para el monitorio y seguimiento a la oportunidad de la atención ambulatoria y seguimiento al CALL CENTER, debido al retiro del referente a cargo de dichos procesos., situación que se logró mejorar con la contratación de un (1) profesional en el mes de marzo.

2. Durante los tres primeros trimestres de la vigencia no se realizaron visitas de seguimiento a CAPS, teniendo en cuenta la emergencia de la Pandemia COVID19 declarada en marzo de 2020, sin embargo, se monitoreo a través de reuniones virtuales con los referentes de las SISS y se programaron visitas presenciales a partir del mes de noviembre.

**Acciones de Tratamiento:**

La meta No.2 logró evidenciar un resultado muy satisfactorio; la actividad que incidió para no alcanzar el 100% fue la No. 2.2..2.1 Hacer seguimiento y retroalimentación a cada una de las SISS ESE frente a la administración de las agendas de citas para los CAPS en consultas médicas de especialidades básicas, de las cuatro (4) SISS ESE., esta presentó un cumplimiento satisfactorio por lo cual no se requiere generar plan de mejoramiento.

**META 3:** Realizar seguimiento y evaluación a la implementación de las estrategias formuladas para disminuir a menos del 95% los porcentajes promedio de ocupación de los servicios de urgencias en las Subredes integradas de servicios de salud de Bogotá.

**Logros:**

a). Las cuatro subredes diseñaron e implementaron estrategias para la mejora de la gestión en los servicios de urgencias que impactó positivamente en la disminución de la congestión de los mismos.

b.) Se realizó seguimiento al reporte del SIRC correspondiente al porcentaje promedio de ocupación de los servicios de urgencias, el cual se socializó mensualmente con los directores de urgencia de las 4 Subredes, este se mantuvo por debajo del 95%.

c.) Durante la vigencia se definieron indicadores de medición en donde se evidencia la gestión clínica de urgencias con trazabilidad de la oportunidad de la atención, dentro de los que destacan los indicadores de oportunidad Triage II y III que miden el tiempo promedio de espera para la atención de urgencias de los pacientes y muestran el siguiente comportamiento: En el año 2020 se observa que todas las Subredes mantienen el tiempo de atención del Triage II por debajo de 30 minutos cumpliendo con la norma (resolución 5596 de 2015) y con el Triage III por debajo de 180 minutos.

d.) Al finalizar la vigencia el programa de Ruta de la Salud opera con 73 vehículos en todo el Distrito Capital.

e.) Para el cuarto trimestre de la vigencia 2020 las cuatro SISS tuvieron en ejecución convenios para la atención de pacientes COVID-19, con articulación entre CRUE-DAEPDSS-SISS.

**Dificultades:**

1. Los procesos administrativos al interior de las SISS afectan la ejecución del programa, debido a que los tiempos de contratación del talento humano son largos y esto genera que exista su ejecución de recursos o en el mejor de los casos se deban realizar prorrogas al final de los convenios.

2. Déficit de camas hospitalarias

**Acciones de Tratamiento:**

1. Las Subredes revisaron y actualizaron los documentos que describen la ruta de atención en los servicios de urgencias (manuales, protocolos, guías), y el fortalecimiento en competencias al personal asistencial.

2. Se actualizó la capacidad instalada (número de dispositivo ecualizables con los que cuenta cada unidad servicios de urgencia), con el fin de estandarizar el reporte de datos en el aplicativo SIRC

3. Activación de planes de expansión especialmente en los servicios de cuidados críticos, proceso liderado por la Secretaria Distrital de Salud y con la participación activa de la DAEDPSS.

**META 4:** Diseñar y poner en operación completa y consolidada la estructura técnica y operativa de habilitación y acreditación de calidad al finalizar el 2020.

**Logros:**

a.) Fortalecer los estándares: procesos prioritarios, la gestión clínica y gestión del riesgo, implementar los procesos de referenciación comparativa en la RISS, el fortalecimiento gestión clínica y gestión del riesgo y avanzar con 3 ciclos de autoevaluación y con postulación de la SISS Centro Oriente ante la entidad acreditadora en febrero de 2020, con resultado de Acreditación condicionada para las USS presentadas como son: Santa Clara, Jorge Eliecer Gaitán y Olaya.

b.) Suscripción de acta de inicio de convenios de acreditación de la Subred Centro Oriente, Sur, Norte y Sur Occidente, se revisaron los planes de trabajo radicados y se procedió a dar aprobación del mismo.

c.) Participación en mesa de articulación de las cuatro subredes para unificar la herramienta de consolidación de información relacionada con el proceso de calidad que incluye el reporte, seguimiento y análisis de indicadores.

**Dificultades:**

1. No contar con un sistema de información unificado para la meta que tiene el sistema de monitoreo.
2. La transición normativa en el Sistema Único de Habilitación dada por la Resolución 3100 de diciembre de 2019, obliga a reestructurar muchos procesos prioritarios en las SISS.

**Acciones de Tratamiento:**

Es importante precisar que la preparación para la Acreditación y el mejoramiento continuo está sujeto a variables organizacionales que influyen en el cumplimiento de elementos claves como contar con líderes en las distintas áreas y niveles de la Institución que promuevan que la gestión de calidad sea transversal a toda la Organización (SISS), la implementación de una estrategia comunicacional efectiva a nivel institucional con el objetivo de difundir la política y el Plan de Calidad, la capacitación sistemática en las áreas de calidad y seguridad del paciente a los profesionales, el desarrollo de un trabajo participativo y consensuado de elaboración de documentos y protocolización de los procesos y/o procedimientos de acuerdo a las exigencias descritas en el Manual de Acreditación correspondiente, la identificación y elaboración de los indicadores pertinentes de manera participativa, para asegurar su medición periódica, entre otros.

**META 5:** Diseñar y poner en marcha el Plan de Monitoreo y Evaluación del Modelo (Habilitación y acreditación) que incluya como mínimo la línea de base, los indicadores de proceso, resultado e impacto de carácter técnico y financiero a 2020.

**Logros:**

a.) Se realizaron visitas de asistencia técnica con la Dirección de Calidad y de Infraestructura de la SDS para la verificación de cumplimientos del estándar de infraestructura en el marco de la Resolución 3100 de 2019 a la UMHEs Tunal, Meissen, Patio Bonito Tintal, Santa Clara, Fontibón y Engativá.

b.) Avances en cultura organizacional con enfoque hacia la acreditación, reflejada en resultados de autoevaluación superiores a los obtenidos anteriormente, lo cual se demuestra con la ratificación del certificado para las unidades que contaban con ella y la propuesta de postulación de nuevas unidades.

De las actividades establecidas se evidencia el siguiente porcentaje de cumplimiento:

**Dificultades:**

1. No contar con un sistema de información unificado para la meta que tiene el sistema de monitoreo.
2. La transición normativa en el Sistema Único de Habilitación dada por la Resolución 3100 de diciembre de 2019, obliga a reestructurar muchos procesos prioritarios en las SISS.

**Acciones de Tratamiento:**

1. Se consolidó la información en archivo en Excel, previa definición de los indicadores para el monitoreo del sistema.
2. Fortalecimiento de los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud con enfoque en Acreditación.

**META 6:** Diseñar y poner en marcha el del Plan de Monitoreo y Evaluación del modelo que incluya como mínimo línea de base, los indicadores del proceso, resultado e impacto de carácter técnico y financiero a 2020. (Pago por Incentivos).

**Logros:**

- a). Articulación entre SISS, Capital Salud y SDS para definir planes de fortalecimiento entre las partes, lo cual generó buen clima de negociación y aporte de las partes.

El resultado del indicador de Variación en costo unitario por tipología vs Valor de referencia del NMR correspondiente al segundo trimestre de 2020, fue desfavorable teniendo en cuenta que el costo presento aumento causado por el factor epidemiológico causado por el COVID-19 en relación a la cantidad de actividades realizadas por las SISS.

- c). Durante el cuarto trimestre las partes (Capital Salud y las SISS) necesitaron del acompañamiento técnico de la SDS para aclarar dudas en la parte metodológica del cálculo de los valores a reconocer en cuanto a la evaluación de los indicadores de calidad.

De las actividades establecidas se evidencia el siguiente porcentaje de cumplimiento:

**Dificultades:**

1. El impacto que generó la pandemia Covid-19 en la población que normalmente atienden las Subredes Integradas de Servicios de Salud, afectó tanto la producción para cumplimiento de las metas o sendas acordadas en la negociación, como los ingresos esperados por las SISS.
2. Un aspecto delicado de la negociación se relacionó con los medicamentos.

**Acciones de Tratamiento:**

La pandemia es una preocupación permanente de los actores, quienes definieron tratarlo en la Cláusula 4. –En el marco del escenario de las condiciones especiales COVID-19 las partes acuerdan acogerse a las disposiciones definidas por el Gobierno Nacional, sin detrimento de los acuerdos realizados en el contrato y atenderán especialmente a la fuente de pago que allí se determine.

**META:** Realizar seguimiento, monitoreo y evaluación a la operación de EGAT.

**Logros:**

- a.) Avance en el seguimiento de la programación de las compras conjuntas entre las SISS, EGAT y SDS, tomando como base, la contratación de los Servicios de Vigilancia, Aseo y Lavandería.
- b.) De acuerdo a los requerimientos realizados por las SISS y los Proyectos presentados, desde EGAT se hará el proceso de priorización para adelantar los estudios previos para el tema de medicamentos.
- c.) Respecto a las iniciativas para crear un sistema de información que mejora el funcionamiento de la facturación, ya se han realizado reuniones con la Dirección TIC de la SDS, para validar la proyección de un sistema unificado.

**Dificultades:**

Las medidas de cuarentena y aislamiento social que se debieron adoptar, inicialmente para la prevención de los contagios y posteriormente en la fase de mitigación, cuando se endurecieron aún más, generó demoras incluso desde la Administración Central para contar con el PDD Distrital, marco de referencia o insumo importante para definir la planeación 2020 - 2024 y/o continuidad con armonización en los diferentes componentes de la dirección.

Conocer el nuevo enfoque y desarrollo estratégico del Plan de Desarrollo EGAT, para proyectar la gestión e intervención desde la DAEPDSS-SDS.

**Acciones de Tratamiento:**

Finalizar el proceso de direccionamiento estratégico de la EGAT y planificar la operación administrativa, financiera y misional para la vigencia 2021.

**META:** Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS.

**Logros:**

- Gestión de 9 documentos durante el 2020, lo cual generó un cumplimiento de esta actividad promedio del 82%.
- Revisión y actualización de las principales normas que le aplican a la DAEPDS y la Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial.
- Se consolidó la información de cada uno de los componentes (Asistencial y Administrativo) de la DAEPDSS, verificando las evidencias de manera aleatoria y procediendo a evaluar la gestión con corte a 30 de septiembre de 2020, la cual fue de 95,47%.
- Los controles establecidos en el mapa de riesgos fueron adecuadamente establecidos, de tal forma que al aplicarlos evitaron que los riesgos se materializaran.

En términos generales los procesos presentaron una adecuada gestión de sus riesgos, soportada por una solidez del conjunto de sus controles que han evitado la materialización de los riesgos de la Dirección de Análisis de Entidades Públicas del Sector Salud.

La encuesta fue enviada a un universo de 86 correos electrónicos con los cuales tienen contacto tanto la DAEPDSS como la DIyT, obteniendo los siguientes resultados:

\* El 41.7% se comunica a través de email, el 20.8% personalmente, el 20.8% de manera telefónica y el 16.7% a través de otras formas.

- \* El 56.3% manifestó que la atención prestada fue excelente y el 41.7% buena; (98%)
- \* A la pregunta sobre el dominio de los temas, el 66.7% indicó que es excelente y el 31.3% es bueno.
- \* Respecto al grado de satisfacción el 58.3% indica que fue excelente y el 39.6% que fue buena.
- \* Respecto a la oportunidad en la respuesta, el 58.3% indicó que fue excelente, el 35.4% buena y el 6.3% regular

Durante la vigencia como resultado de auditoria de la Oficina de Control Interno al componente financiero de la DAEPDSS, se generó una acción de mejoramiento, la cual se gestionó a 31 de diciembre de 2020, documentando el procedimiento denominado: Consolidación, validación y presentación de información SIHO de la Red Adscrita.

#### **Dificultades:**

Debido a los procesos de contratación entre la vigencia 2019 y 2020, más el impacto de la pandemia del Coronavirus - Covid 19, ha sido difícil lograr el levantamiento de los procedimientos definidos para la vigencia 2020.

La pandemia ha impactado la normalidad de la Dirección respecto a que la administración entrante, tuvo dificultad durante el segundo trimestre de 2020 para interiorizar con suficiente tiempo los temas relacionados con la gestión en calidad y planificar la gestión conforme al nuevo PDD 2020-2024.

#### **Acciones de Tratamiento:**

Se debieron reprogramar las fechas para levantamiento y/o actualización de procedimientos, a través de la actividad Inventario documental a 31 de diciembre de 2020, en el cual se reprograman la gestión documental para el 2021.

**META 9:** Realizar acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción

#### **Logros:**

Durante la vigencia 2020 se remitió de manera oportuna el reporte de actividades programadas por la Dirección de Planeación Institucional y Calidad.

#### **Dificultades:**

En el reporte de la actualización del glosario de términos, no se cumplió debido a que en el correo se reportó únicamente los procedimientos para toma de decisiones, omitiendo actualizar el glosario de términos que solicitó la Dirección de Planeación y Calidad Institucional.

#### **Acciones de Tratamiento:**

Revisar el glosario de términos y reportar a la Dirección de Planeación Institucional y Calidad su actualización frente a los procedimientos que se levanten durante la vigencia.

### **CONCLUSIONES**

1. La aparición de la pandemia causada por la infección del Covid-19 que ingreso al país el 6 de marzo de 2020, impactó la planeación y desarrollo de las diferentes actividades previstas al inicio del año; esta alteración se evidencia en algunas de las actividades programadas en cada una de las metas, situación que conllevó a buscar diferentes mecanismos para la implementación, seguimiento y control de tutela en cada uno de los componentes de la DAEPDSS, lo cual permitió

avanzar en el cumplimiento satisfactorio de las metas a 31 de diciembre de 2020, evidenciando un resultado total para la vigencia del 96,44%.

2. La programación de metas que incluían aspectos definidos en el plan de gobierno presentado en la vigencia 2019 por la Alcaldesa elegida para el periodo 2020 - 2024, como el estudio de cargas laborales para la dignificación del Talento Humano en el sector salud y la implementación progresiva de los servicios integrales a la mujer, las cuales se programaron a partir del trimestre I de 2020, no pudieron desarrollarse en las fechas programadas, precisamente porque su ejecución es a partir de la aprobación por parte del Concejo Distrital del nuevo Plan de Desarrollo Distrital el cual fue aprobado a partir del 11 de junio de 2020.

3. Un logro a destacar fue la participación de la Dirección en las mesas de trabajo que permitieron que las Subredes Integradas de Servicios de Salud y la EPS-S Capital Salud, alcanzaran acuerdos importantes para mejorar la relación contractual del periodo 2020-2021, un proceso que relativamente fue corto y donde las partes salieron satisfechas.

4. La DAEPDSS a través de los diferentes equipos de trabajo que hacen parte de los componentes (Asistencial y Administrativo), mantuvo una participación activa e importante para llevar a cabo diferentes estrategias definidas por el Grupo Directivo de la SDS con el objetivo de contener y mitigar el impacto causado por la pandemia del Covid-19 en la Ciudad.

5. La dirección lideró el proceso para la actualización de la Plataforma Estratégica de la RISS Bogotá, insumo importante para que cada una de las 7 entidades que conforman el sector salud del Distrito, actualizaran su direccionamiento estratégico para el periodo 2021-2024.

#### **Dirección: PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

**META 1:** Hacer seguimiento a implementación del modelo de atención en salud en el 100% de las EAPB autorizadas para operar en Bogotá D.C.

#### **INDICADOR ASOCIADO:**

##### **Logros:**

Para año 2020 se logró el seguimiento a la implementación del Modelo de Atención en Salud de Bogotá D.C en las 20 EAPB autorizadas para operar en Bogotá bajo la metodología ajustada, en el marco de Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE cumpliendo con el 100% de lo establecido en el indicador:

Dentro de los principales logros en el seguimiento a la implementación del Modelo de Atención en Salud de Bogotá D.C se encuentran:

- El 86% de las EAPB presentan avances en la conformación de un grupo de gestión interdisciplinario para la implementación del modelo y el 79% de las EAPB cuentan con un referente de gestión.
- El 96% de las EAPB tienen un avance en la construcción de planes de mejora que permita disminuir las barreras de acceso a los servicios, así como un el desarrollo de sistemas de información que facilite la aplicación de novedades de los afiliados.
- El 71% de las EAPB priorizaron las Rutas Integrales de Atenciones en salud y un 59% de las EAPB evidenciaron avances en la construcción de intervenciones anticipatorias a la ocurrencia de eventos en interés en salud pública.
- El 61% de las EAPB desarrollo estrategias para la gestión efectiva del riesgo en salud y acciones de socialización de las Rutas Integrales de Atención en Salud al interior de la EAPB y su red de prestadores de servicios de salud.
- El 51% de las EAPB presentó avances en el mejoramiento de las competencias de talento humano para la atención en los servicios de salud.



- El 66% de las EAPB avanzó en la adaptación de las Rutas de Atención Integral en Salud teniendo en cuenta la caracterización de los grupos de riesgo, los momentos de curso de vida y la coherencia con los contextos demográficos y culturales de la población afiliada.
- El 61% de las EAPB evidenció un avance en la gestión efectiva del riesgo en salud para la población afiliada.
- El 96% de las EAPB evidenció avances en el proceso de implementación para la gestión de las PQR.

Adicionalmente, es importante mencionar que desde la Dirección de Provisión de Servicios de Salud con el fin de realizar el seguimiento a la implementación del Modelo de Atención en Salud de Bogotá D.C, definió la metodología e instrumento de seguimiento a la implementación del Modelo la cual fue aplicada y sus resultados consolidados en el informe de seguimiento de la implementación del Modelo de atención en salud, resultados mencionados en el párrafo anterior.

**META 2:** Medir el proceso de implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud, en el 100% de las EAPB autorizadas para operar en Bogotá

**INDICADOR ASOCIADO:** Medir el proceso de implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud, en el 100% de las EAPB autorizadas para operar en Bogotá.

**Logros:**

Para la vigencia 2020 se logró medir el proceso de implementación de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud-RPMS en las 20 EAPB autorizadas para operar en Bogotá DC, se realizó seguimiento a la implementación de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud-RIAS PMS, a (20) EAPB: Compensar, Capital Salud, Salud Total, Coomeva, Aliansalud, Nueva EPS, Unicajas Comfacundi, SOS, FFMM, Policía Nacional, Sura, Unisalud, Ecopetrol, Medimas, Mallamas, Coosalud, Famisanar, Magisterio, Ferrocarriles y Sanitas, autorizadas para operar en Bogotá, cumpliendo con el 100% de lo establecido en indicador.

La evaluación para el seguimiento de las EAPB se realizó teniendo en cuenta las variables:

- Caracterización de la población por momento de curso de vida y enfoque diferencial.
- Valoración integral
- Detección temprana
- Protección Específica
- Educación
- Adecuación de los sistemas de información

Con los siguientes resultados:

- El 100% de las EAPB a las que se les realizó el seguimiento mostraron avances en la caracterización de la población por momento de curso de vida y el 20% mostraron avances en los sistemas de información para introducir las variables de enfoque diferencial.
- 30% de las EAPB presentaron avances en la valoración integral por momento de curso de vida.
- 100% de las EAPB realizan las actividades de detección temprana por momento de curso de vida, sin embargo, se encuentra la necesidad de seguir avanzando en la implementación de las intervenciones que corresponden al tamizaje de cáncer de próstata, colon, detección de riesgo cardiovascular en el momento de curso de vida juventud y los tamizajes para ITS.
- 100% de las EAPB realizan las actividades de protección específica por momento de curso de vida, sin embargo, se encuentra la necesidad de seguir avanzando en la demanda inducida para

estos servicios principalmente la vacunación para los adultos y adultos mayores.

- 45% de las EAPB con seguimiento siguen manejando el tema de información individual dentro de la atención y la educación grupal para grupos de riesgo. La educación familiar no presenta avances.

- 35% de las EAPB mostraron avances en la adecuación de los sistemas de información para dar respuesta a los requerimientos de la RPMS por momento de curso de vida.

Adicionalmente, es importante mencionar que, desde la Dirección de Provisión de Servicios de Salud con el fin de realizar el seguimiento de implementación de la RPMS, se construyó la metodología de seguimiento al proceso de implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud-RPMS en las EAPB autorizadas para operar en Bogotá, la cual incluye el instrumento de seguimiento al proceso de implementación. Finalmente, los resultados de las 20 EAPB fueron consolidados en el informe de seguimiento de la implementación de la RPMS, con los resultados mencionados en el párrafo anterior.

**META 3:** Medir el proceso de implementación de la Ruta Integral de atención para la población Materno Perinatal en el 100% de las EAPB autorizadas para operar en Bogotá.

**INDICADOR ASOCIADO:** Porcentaje de EAPB autorizadas para operar en Bogotá DC con seguimiento a la implementación de la de la Ruta Integral de atención para la población Materno Perinatal

**Logros:**

Para la vigencia 2020 se realizó el seguimiento a la implementación de la Ruta Integral de atención del grupo de riesgo Materno Perinatal en las veinte (20) EAPB autorizadas para operar en Bogotá DC, a saber: Aliansalud, Capital salud, Compensar, Coomeva, Disan Policía Nacional, Ecopetrol, Famisanar, Ferrocarriles, Fuerzas Militares, Medimas, Nueva Eps, S.O.S Servicios Occidentales de Salud, Salud Total Eps, Sanitas, Servisalud, Sura, Unisalud, Unicajas, Coosalud-Mallamas, dando cumplimiento 100% de la meta establecida en el indicador.

La evaluación para el seguimiento de las EAPB se realizó teniendo en cuenta cada una de las intervenciones de la RIAS del grupo de riesgo materno perinatal establecida en cuatro nodos de atención que agrupan dichas intervenciones como son el Nodo 1: anticoncepción y atención preconcepcional, Nodo 2: la atención integral prenatal, Nodo 3: la atención del parto y sus complicaciones, y Nodo 4: la atención del recién nacido y sus complicaciones.

Los componentes de seguimiento en las EAPB fueron: Caracterización de la población, análisis de riesgo y priorización de grupos de riesgo de las RIAS, Territorialización para la gestión del riesgo e implementación de la RIAS, Gestión integral del riesgo, Proceso de adopción y adaptación de las RIAS, Organización funcional para la implementación de las RIAS, Disponibilidad de Red para la implementación de la RIAS, Operación en Red para la implementación de las RIAS, Fortalecimiento Técnico para la implementación de las RIAS, Sistemas de información para la gestión de las RIAS Incentivos para la implementación de la RIAS y Monitoreo a la Implementación de la RIAS.

Con los principales logros relacionados a continuación:

- Se evidenció articulación entre las EAPB e IPS en las intervenciones prioritarias en el marco de la pandemia por SARSCOV-2 dirigidas a la persona gestante y el recién nacido, a través de acciones de telemedicina y establecimiento de seguimientos que garantizan intervención oportuna en la detección del riesgo obstétrico y neonatal, el reporte continuo a la EAPB y el establecimiento de canales de información a la red de apoyo.
- Operativización de estrategias de seguimiento telefónico al estado de salud de la persona gestante y el recién nacido que permiten realizar seguimiento y limitar el desplazamiento de la

dupla a la IPS dada la pandemia por SARSCOV-2, y en caso de signos de alarma identificados en el seguimiento telefónico, se procede a canalizar a la IPS, dentro de las acciones pactadas entre las EAPB e IPS para las intervenciones de la ruta que aplican al proceso de seguimiento en la gestación y en el post evento obstétrico.

- Se fortaleció la prestación de los servicios de salud mediante la asistencia técnica en veinte (20) EAPB autorizadas para operar en el D.C mediante la modalidad de mesa de trabajo, ciclo de video conferencias y curso virtual de la ruta con énfasis en el marco de las intervenciones de la RIAS materno perinatal en época de emergencia sanitaria por COVID-19 y en eventos específicos.
- Elaboración y divulgación del lineamiento para la implementación de la RIAS del grupo de riesgo materno perinatal en el D.C, para las EAPB e IPS en cada una de las intervenciones de la RIAS y el lineamiento de acciones e intervenciones para la atención de la población de la RIAS del grupo de riesgo materno perinatal en el marco de la pandemia por SARSCOV-2 en el segundo semestre de 2020.

El porcentaje de implementación de las intervenciones de la RIAS del grupo de riesgo materno perinatal con relación al año anterior y con el evento de la pandemia por SARSCOV-2 evidencia un porcentaje de avance para un 67% para toda la ciudad de Bogotá, teniendo en cuenta que aún se encuentran intervenciones de la ruta en progresividad según lo establecido en la resolución 276 de 2019.

De igual forma de las EAPB con seguimiento el 20% se encuentra en un porcentaje de avance por encima del 80% lo cual evidencia que se han mantenido en la mejora de los servicios y en la formulación de estrategias que resulten en el seguimiento de la población materno perinatal en época de pandemia; el 61% de las EAPB se encuentran en un avance intermedio y aunque se evidencia mejora de los porcentajes se hace necesario reforzar los componentes de gestión del riesgo en la identificación e intervención oportuna para la reducción de eventos que puedan conllevar a resultados de negativos en salud sexual y reproductiva. Del total de las EAPB con seguimiento, se encuentra que tres de ellas correspondientes al 15% que requieren mayor intervención y compromiso en la implementación de las intervenciones, donde si bien la población principal por caracterización poblacional no es de prioridad materno perinatal, si requiere que para el número de personas gestantes y recién nacidos con los que cuenta se establezcan mayores acciones de seguimiento, dado que el número de población priorizada permite dicha acción.

**META 4:** Mantener la asistencia técnica, seguimiento y fortalecimiento al 100% de los Bancos de Sangre en las estrategias de Promoción de la donación voluntaria de componentes sanguíneos.

**INDICADOR ASOCIADO:** Porcentaje de Bancos de Sangre con asistencia técnica seguimiento y fortalecimiento en las estrategias de Promoción de la donación voluntaria de componentes sanguíneos

**Logros:**

Para la vigencia 2020 se realizó asistencia técnica, seguimiento y fortalecimiento al 100% de los Bancos de Sangre en las estrategias de promoción de la donación voluntaria de los componentes sanguíneos y en el desarrollo de estrategias de contingencia implementadas para promoción de la donación y colecta de sangre durante la emergencia sanitaria, cumpliendo con el 100% de indicador.

Dentro de los principales logros alcanzados se encuentra la definición de lineamientos y documentación de cara al proceso de promoción de la donación los cuales fueron socializados y sirvieron como punto de partida para las asistencias técnicas a los Bancos de Sangre del Distrito Capital, dentro de los cuales se resaltan el documento del programa de promoción de la donación voluntaria y habitual de sangre, el documento de estrategias de donación de sangre en cuarentena nacional por la pandemia por COVID-19, el documento de plan de contingencia durante la

pandemia COVID-19 de donación de sangre y uso de hemocomponentes, los protocolos de bioseguridad y recomendaciones de bioseguridad y seguridad para las estrategias de colecta de sangre para bancos de sangre en puestos móviles de donación de sangre durante la cuarentena por el COVID-19, entre otros. Se logró la asistencia técnica y fortalecimiento de competencias de los 16 bancos de sangre en la promoción de donación de sangre y la realización de jornadas de donación e implementación de estrategias de colecta de sangre durante la cuarentena nacional por la pandemia de COVID-19, la asistencia técnica semanal en la programación de jornadas de donación en conjuntos residenciales durante la cuarentena Nacional, la asistencia técnica en la implementación de protocolos y medidas de bioseguridad en los puestos de colecta de sangre fijos y móviles, en la bioseguridad a puestos móviles de donación de sangre y en el seguimiento diario a la disponibilidad de componentes sanguíneos.

**META 5:** Fortalecer de la Gestión operativa de la donación en la jurisdicción de la Regional N°1 (fuera de Bogotá), en IPS Generadoras y Trasplantadoras priorizadas.

**INDICADOR ASOCIADO:** Porcentaje de IPS Generadoras y Trasplantadoras priorizadas de la jurisdicción de la Coordinación Regional N°1 (fuera de Bogotá) con asistencia técnica, para el desarrollo de estrategias de promoción y gestión operativa

**Logros:**

Durante año la 2020 se fortaleció la gestión operativa de la donación en la jurisdicción de la Regional N°1 a 26 IPS Generadoras y Trasplantadoras priorizadas (fuera de Bogotá), mediante asistencia técnica, logrando un cumplimiento del indicador del 100%.

Dentro de los principales logros se encuentra asistencia técnica y fortalecimiento de competencias para el desarrollo de estrategias de promoción y gestión operativa en lineamiento técnico para la red de donación y trasplantes relacionados con el SARS -CoV 2 elaborado desde el Instituto Nacional de Salud y con relación a las diferentes líneas de acción del Programa Hospital Generador de Vida, las cuales fueron brindadas a las 26 IPS Generadoras y Trasplantadoras priorizadas (fuera de Bogotá) relacionadas a continuación: Medicina Intensiva del Tolima, Hospital Cardiovascular de Soacha, Meintegral Tolima, Zipaquira y Duitama, Medilaser Tunja y Florencia, Clínica Ibagué, Clínica Belen (Fusagasugá), Clínica de los Andes Tunja, Hospital Regional de Zipaquirá (2), Colsubsidio Girardot (2), Hospital Departamental de Villavicencio, Salud Vital de Colombia (Duitama), Clínica Universidad de La Sabana (2) (Chía-Cundinamarca), Clínica Cardiovascular (Villavicencio Meta), Clínica Asotrauma (Ibagué-Tolima), Medicadiz (Ibagué-Tolima), Hospital San Rafael de Facatativá, Clínica Avidanti (Ibagué-Tolima), Clínica Casanare (2), IPS Garcia Perez Tunja, Medicenter Ficubo Yopal, Clínica Primavera de Villavicencio, Clínica Tolima y Arcasalud Zipaquirá; y articulación con Gobernación de Cundinamarca para gestión operativa de la donación.

Se cumplió con la meta a pesar que se presentaron dificultades por la situación actual que vive el país, frente a la emergencia sanitaria que impidieron los desplazamientos para las asistencias técnicas presenciales, las cuales permitirían un interacción más fácil con los referentes de las diferentes IPS trasplantadoras y generadoras fuera de Bogotá, para fortalecer el desarrollo del programa Hospital Generador de Vida, sin embargo se potencio la estrategia del desarrollo de asistencias técnicas virtuales llegando al 100% de las IPS priorizadas.

**META 6:** Documentar el 100% del estado de los convenios vigentes o en proceso de liquidación de supervisión a cargo de la DPSS

**INDICADOR ASOCIADO:** Porcentaje de convenios vigentes o en proceso de liquidación de supervisión a cargo de la DPSS documentados

**Logros:**

Para la vigencia 2020, Del total de los convenios definidos como priorizados (23 convenios) correspondientes a los años 2018 y 2019 se logró documentar el 100% de los mismos, con el cruce financiero y actualización en carpeta O, con toda la información relacionada y que evidencia los productos programados para cada convenio, alcanzando un cumplimiento del indicador del 100%.

Dentro de los principales logros se destaca:

- Diagnóstico de convenios vigentes o en proceso de liquidación a cargo de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud – DPSS con un 100% de cumplimiento.
- Informe técnico de seguimiento a las obligaciones contractuales, con un 100% de cumplimiento al finalizar el año.
- Matriz de seguimiento -Ficha Técnica de Liquidaciones, con un cumplimiento del 100%
- Cruce de información financiera y la Dirección de Provisión de Servicios de Salud (cuadro e informe), con un 100% de cumplimiento.
- Certificado de concepto y giro según ejecución financiera del convenio, con un cumplimiento de 100%
- Documento técnico y memorando para solicitar a la Subdirección de Contratación, la liquidación de los convenios (según proceso establecido en la SDS), a 31 de diciembre de 2020 se cumple con la meta del indicador. Del total de convenio 2018 -2019 el 61%, es fue radicado en la Subdirección de Contratación con todos los documentos soportes para iniciar el trámite de liquidación y el 39% se encuentra documentado y en trámite para radicar a Subdirección de Contratación.

**META 7:** Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema Integrado de Gestión

**INDICADOR ASOCIADO:** Mantenimiento y sostenibilidad del sistema de gestión de la Secretaría Distrital de Salud.

**Logros:**

a. Dentro de los principales logros se encuentran cumplimiento del 100% de las actividades trazadas en el Tablero de Control del SGC, las cuales son monitoreadas trimestralmente por la oficina de Planeación Institucional y los cuales se relacionan a continuación:

Definición y descripción del contexto estratégico del proceso a través de las herramientas DOFA, PESTEL, ACI, actualización documental de la caracterización, procedimientos, instructivos y formatos relacionados a continuación:

- Caracterización del proceso de Provisión de Servicios de Salud
- SDS-PSS-FT-143 Datos Hospitalarios mensuales
- SDS-PSS-FT- 62 Registro de Donantes
- SDS-PSS-PR-002. Fortalecimiento de la Oferta de Servicios de Salud
- SDS-PSS-PR-0017. 24 Horas de la Gestión Operativa de la Donación
- SDS-PSS-PR-004. Inscripción de Instituciones con Programas de Trasplante y Bancos de Tejidos

- SDS-PSS-INS-184. Gestión de Lista de Espera de Órganos y Tejidos para Trasplantes e Implantes
- SDS-PSS-FT-592. V.1. Orden para Valoración por Equipo Multidisciplinario para Certificación de Discapacidad.
- SDS-PSS-FT-593. V.1 Auditoria Para Ips Trasplantadoras De Tejidos Oculares
- SDS-PSS-FT-508. Formato Informe De Auditoria CRN1RDT
- SDS-PSS-FT-575 V.2 Auditoria para Ips Generadoras

Como otros logros está el glosario de términos y definiciones del proceso de Provisión de Servicios de Salud, la actualización de los documentos relacionados con los Planes de Contingencia de la Red de Donación y Trasplantes y de la Red de Sangre y Terapia Celular, en el marco de la emergencia manifiesta COVID-19, se incluyó el lineamiento técnico para la Red de Donación y Trasplantes relacionado con el coronavirus SARSCoV-2, responsable de ocasionar la enfermedad infecciosa por Coronavirus (COVID-19) como documento externo, Normatividad por contingencia de COVID -19 y documentación asociada al proceso, manual de SIRC actualizado en articulación con la dirección de TIC, actualización de matriz de asistencias técnicas y formato para la gestión de las evidencias y elaboración de matriz RACI de las actividades de la Caracterización del proceso.

Adicionalmente, se ajustaron 18 lineamientos de las Rutas Integrales de Atención en salud y se levantó el inventario y diagnóstico documental del proceso de Provisión de Servicios de Salud, para su actualización en el año 2021.

**b.** Dentro de los principales logros se encuentran cumplimiento del 100% de las actividades trazadas en el Tablero de Control del SIG, las cuales son monitoreadas trimestralmente por la oficina de Planeación Institucional y los cuales se relacionan a continuación:

Normograma de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud actualizado, con la inclusión normativa de normas relacionadas con el proceso de provisión de servicios de salud, normograma dispuesto en ISOIUCIÓN y socializado a los referentes de la Dirección

**c.** Dentro de los principales logros se encuentran cumplimiento del 100% de las actividades trazadas en el Tablero de Control del SIG, las cuales son monitoreadas trimestralmente por la oficina de Planeación Institucional y los cuales se relacionan a continuación:

Durante la vigencia 2020 se logró la formulación del Plan Operativo de Gestión de Desempeño Institucional-POGD de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud acorde a los lineamientos de la Dirección de Planeación Institucional y Calidad en el cual se definieron metas, actividades e indicadores. Se logró la Armonización del POGD con el nuevo Plan de Desarrollo, ajustándose el reporte del seguimiento del POGD del II trimestre, previa aprobación de la Dirección de Planeación Institucional y calidad. Adicionalmente se generaron los reportes trimestrales del POGD relacionado los productos alcanzados para el cumplimiento de las actividades y metas trazadas en lo relacionado con el seguimiento a la implementación del modelo de atención en salud y seguimiento a la implementación de las rutas integrales de atención en Salud de Promoción y Mantenimiento de la Salud, Materno Perinatal, asistencia técnica. seguimiento y fortalecimiento de los Bancos de Sangre en las estrategias de Promoción de la donación voluntaria de componentes sanguíneos, fortalecimiento de la Gestión operativa de la donación en la jurisdicción de la Regional N°1 (fuera de Bogotá), en IPS Generadoras y Trasplantadoras priorizadas. y en lo relacionado con las actividades transversales para el mantenimiento y sostenibilidad del Sistema de Gestión de Calidad y en lo relacionado con Desarrollo Institucional.

**d.** Dentro de los principales logros se encuentran cumplimiento del 100% de las actividades trazadas en el Tablero de Control del SIG, las cuales son monitoreadas trimestralmente por la oficina de Planeación Institucional y los cuales se relacionan a continuación:

Dentro de los principales logros se encuentra la actualización del Mapa de Riesgos alineada a la nueva caracterización del proceso de Provisión de Servicios de Salud, la elaboración de la tipología de riesgos del Proceso, la autoevaluación de los Controles y la elaboración del documento técnico de la gestión del riesgo del proceso.

e. Dentro de los principales logros se encuentran cumplimiento del 100% de las actividades trazadas en el Tablero de Control del SIG, las cuales son monitoreadas trimestralmente por la oficina de Planeación Institucional y los cuales se relacionan a continuación:  
Se logró el desarrollo del Informe de revisión por la Dirección de acuerdo al periodo planificado por la Dirección de Planeación Institucional y Calidad asegurando la eficiencia y la alineación continuas con el direccionamiento estratégico de la SDS.

f. Dentro de los principales logros se encuentran cumplimiento del 100% de las actividades trazadas en el Tablero de Control del SIG, las cuales son monitoreadas trimestralmente por la oficina de Planeación Institucional y los cuales se relacionan a continuación:

Se lograron dos ejercicios de percepción del cliente, con la información obtenida de las encuestas de satisfacción enviadas posterior o durante las asistencias técnicas que realizan los profesionales de la dirección. Para el primer ejercicio se aplicaron 7 preguntas al cliente externo que recibió asistencia técnica en la implementación de la RIAS Materno Perinatal en 21 instituciones, con un porcentaje de satisfacción del cliente del 98.10%; para el segundo ejercicio se aplicaron 307 encuestas al Talento Humano de las IPS a quienes se les brindó asistencia técnica en los diferentes procesos de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud, con un porcentaje de satisfacción del 89,42%, resultados que no generaron acciones para abordar riesgos, el último informe fue socializado a los diferentes grupos funcionales de la DPSS, con el fin de retroalimentar a los profesionales y generar oportunidades de mejora de cara a mejorar la satisfacción de nuestro cliente externo.

g. Dentro de los principales logros se encuentran cumplimiento del 100% de las actividades trazadas en el Tablero de Control del SIG, las cuales son monitoreadas trimestralmente por la oficina de Planeación Institucional y los cuales se relacionan a continuación:

Finalmente, la Dirección gestionó la mejora continua de sus procesos mediante el seguimiento y cierre de las acciones 2079 y 2080 de la auditoría al proceso de gestión del talento humano y reporte oportunamente de las salidas no conformes. Se realizó seguimiento continuo a la acción para abordar riesgos 489 elaborándose justificación técnica para el cierre de la acción (en espera de respuesta de la oficina de Control Interno)

Con el fin de continuar con la mejora continua de los procesos, se logró el análisis de causas y plan de mejoramiento relacionado con el desconocimiento de la política de calidad (acción para abordar riesgos No. 556 incluida en ISOIUCIÓN) y se logró avanzar en el plan de mejoramiento de esta acción, lográndose la documentación de las estrategias de mejoramiento orientadas a lograr apropiación de la Política de Calidad, iniciando con la estrategia de socialización de la Política de Calidad al Talento Humano nuevo de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud, a través del proceso de inducción a quienes se les evaluó la adherencia a la Política de Calidad con un resultado del 79% de adherencia, se logró participar en la auditoría de ICONTEC en el mes de octubre del 2020 aportando las evidencias requeridas por el equipo auditor y se logró la recertificación de la SDS con la norma ISO 9001:2015

**META 7: Liderar la Medición del Desarrollo Institucional de la Secretaría Distrital de Salud**

**INDICADOR ASOCIADO:** Medición de los componentes de transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción

**Logros:**

a. Se cumple con el 100% de las actividades programadas en el Tablero de Control del IV trimestre así: Reporte y seguimiento diario de los indicadores entregados a Saludata:

Dentro de los principales logros, en el marco del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano componente 5: Reportes para el observatorio de calidad, se realizó el reporte oportuno en Saludata y datos abiertos de la información relacionada con los indicadores de:

- Capacidad Instalada reporte diario relacionado con: el Porcentaje de ocupación de los servicios de hospitalización general, unidad de cuidados intermedios y cuidados intensivos de Bogotá y Porcentaje de ocupación de los servicios de hospitalización cuidados intensivo adulto para la atención general y Covid 19 de Bogotá.
- Red de Donación y trasplantes reporte trimestral de los indicadores relacionados con: Trasplantes realizados en Bogotá D.C, lista de espera para Trasplantes de Órganos y Tejidos, Órganos donados de acuerdo al tipo de donante donantes fallecidos y vivos y reporte anual de los indicadores: Tasa de Donación de Órganos de Bogotá y la Tasa de Trasplantes de Órganos de Donantes de Bogotá
- Red de Sangre y Terapia Celular reporte semanal relacionado con: Disponibilidad de Glóbulos rojos Bancos de Sangre, Disponibilidad de Glóbulos Rojos en Servicios de transfusión Sanguínea, Disponibilidad de Plaquetas en Bancos de Sangre, Disponibilidad de Crioprecipitado en Bancos de Sangre.

b. Se logró la remisión oportuna de los documentos soporte en cumplimiento al TAIP - ITEP. ITB, reportándose en Saludata y datos abiertos la información relacionada con los indicadores de:

- Capacidad Instalada reporte diario relacionado con: el Porcentaje de ocupación de los servicios de hospitalización general, unidad de cuidados intermedios y cuidados intensivos de Bogotá y Porcentaje de ocupación de los servicios de hospitalización cuidados intensivo adulto para la atención general y Covid 19 de Bogotá.
- Red de Donación y trasplantes reporte trimestral de los indicadores relacionados con: Trasplantes realizados en Bogotá D.C, lista de espera para Trasplantes de Órganos y Tejidos, Órganos donados de acuerdo al tipo de donante donantes fallecidos y vivos y reporte anual de los indicadores: Tasa de Donación de Órganos de Bogotá y la Tasa de Trasplantes de Órganos de Donantes de Bogotá
- Red de Sangre y Terapia Celular reporte semanal relacionado con: Disponibilidad de Glóbulos rojos Bancos de Sangre, Disponibilidad de Glóbulos Rojos en Servicios de transfusión Sanguínea, Disponibilidad de Plaquetas en Bancos de Sangre, Disponibilidad de Crioprecipitado en Bancos de Sangre

**CONCLUSIONES**

Durante la vigencia 2020 la Dirección de Provisión de Servicios de Salud realizó seguimiento a la implementación del modelo de atención en salud, en las 20 EAPB autorizadas para operar en Bogotá, donde se analizó los avances en las nueve líneas de acción del Modelo Integral de Atención en Salud- MAITE, se evidenció avances importante, sin embargo se debe seguir fortaleciendo aspectos como el fortalecimiento de competencias del talento humano y la adaptación de las Rutas de Atención Integral en Salud teniendo en cuenta la caracterización de los grupos de riesgo. Estos resultados fueron claves para ajustar el actual modelo de salud basado en Atención Primaria en Salud, con los enfoques.

Igualmente, en esta vigencia se logró el seguimiento la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud en las 20 EAPB autorizadas para operar en Bogotá, presentando avances importantes en las



EAPB como son: El 100% de las EAPB mostraron avances en la caracterización de la población por momento de curso de vida y el 20% mostraron avances en los sistemas de información para introducir las variables de enfoque diferencial. El 100% de las EAPB realizan las actividades de detección temprana y protección específica por momento de curso de vida, el 45% de las EAPB siguen manejando el tema de información individual dentro de la atención y la educación grupal para grupos de riesgo. La educación familiar no presenta avances, el 35% de las EAPB mostraron avances en la adecuación de los sistemas de información para dar respuesta a los requerimientos de la RPMS por momento de curso de vida y 30% de las EAPB presentaron avances en la valoración integral por momento de curso de vida.

Frente al seguimiento de la implementación de la Ruta Integral de Atención para la población Materno Perinatal, se realizó seguimiento a las 20 EAPB, encontrando un porcentaje de avance del 67% con relación al año anterior, el 20% de las EAPB se encuentra en un porcentaje de avance por encima del 80%, lo cual evidencia que se han mantenido en la mejora de los servicios y en la formulación de estrategias de seguimiento de la población materno perinatal en época de pandemia; el 61% de las EAPB se encuentran en un avance intermedio y aunque se evidencia mejora se hace necesario reforzar los componentes de gestión del riesgo en la identificación e intervención oportuna para la reducción de eventos que puedan conllevar a resultados de negativos en salud sexual y reproductiva. Del total de las EAPB con seguimiento, se encuentra que tres de ellas correspondientes al 15% requieren mayor intervención y compromiso en la implementación de las intervenciones.

Así mismo, se logró la cobertura de los 16 Bancos de sangre, mediante asistencia técnica y fortalecimiento de competencias en las estrategias de Promoción de la donación voluntaria de los componentes sanguíneos y en el desarrollo de estrategias de contingencia implementadas para promoción de la donación y colecta sangre durante la emergencia sanitaria.

En el componente de la red de donación de órganos y tejidos se logró la cobertura del 100% de IPS Generadoras y Trasplantadoras priorizadas (fuera de Bogotá) en total 26, a quienes se les brindó asistencia técnica y fortalecimiento de competencias para el desarrollo de estrategias de promoción y gestión operativa en lineamiento técnico para la red de donación y trasplantes relacionados con el SARS -CoV 2 elaborado desde el Instituto Nacional de Salud y con relación a las diferentes líneas de acción del Programa Hospital Generador de Vida.

En la gestión administrativa de la dirección se documentó el 100% de los convenios definidos como priorizados (23 convenios) correspondientes a los años 2018 y 2019, con el cruce financiero y actualización en carpeta O de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud.

Finalmente, se dio cumplimiento al 100% de las actividades del Tablero de Control del SIG para las metas transversales aportando a la gestión del Sistema Integrado de Gestión.

**OBJETIVO 3. Mejorar la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud a través de la actualización y modernización de la infraestructura física, la innovación tecnológica y de las comunicaciones de Secretaría Distrital de Salud y las instituciones de la red adscrita.**

**Dirección:** Dirección de Infraestructura

**META 1:** Evaluar el 100% de los requerimientos de infraestructura y dotación hospitalaria

**INDICADOR ASOCIADO:** Requerimientos de infraestructura y dotación hospitalaria atendidos

**Logros:**

a. Se presta asesoría técnica a los proyectos de inversión de las cuatro Subredes.

Se emite concepto técnico de los siguientes proyectos de inversión:

01. Adquisición de dotación para reposición de los servicios de: imágenes diagnósticas, uci e intermedio adulto y pediátrico, nefrología, uci coronaria, cirugías: cardiovascular, implantes, trasplantes de órganos y tejidos, ortopédica y neurológica

02. Adecuación estructural, reordenamiento, y dotación para el centro de atención prioritaria en salud 29

03. Adquisición y reposición de dotación de servicios de no control especial para el cumplimiento de condiciones de habilitación y fortalecimiento de los Servicios de salud de la Subred Norte ESE

04. Adecuación y dotación centro de atención prioritaria en salud Tunal

05. Adquisición y reposición de dotación de servicios de no control especial para el cumplimiento de condiciones de habilitación y fortalecimiento de los Servicios de salud de la Subred Sur Occidente ESE

06. Adquisición y reposición de dotación de servicios de no control especial para el cumplimiento de condiciones de habilitación y fortalecimiento de los Servicios de salud de la Subred Centro Oriente ESE

07. Construcción y dotación del centro de atención prioritaria en salud mexicana

08. Adecuación, reordenamiento y dotación centro de atención prioritaria en salud Suba

09. Construcción y dotación del centro de atención prioritaria en salud Tintal.

10. Adquisición de dotación para reposición de los servicios de: imágenes diagnósticas, UCI e intermedio adulto y pediátrico, nefrología, UCI coronaria, cirugías cardiovasculares, implantes, trasplantes de órganos y tejidos, ortopédica y neurológica

11. Construcción y dotación CAPS Diana Turbay

12. Dotación biomédica, mobiliario y tics Libertadores

13. Construcción y dotación del Centro de Atención Prioritaria en Salud Villa Javier

14. Se emite concepto técnico integral de viabilidad del Proyecto Diana Turbay. (Actualización)

15. Se emite concepto técnico integral de viabilidad del Proyecto Antonio Nariño. (Actualización)

16. Se emite concepto técnico integral de viabilidad del Proyecto Libertadores. (Actualización)

17. Se emite concepto integra para la actualización del proyecto de construcción y Dotación CAPS DANUBIO

18. Se emite concepto técnico integral para la actualización del proyecto de construcción y Dotación CAPS MANUELA BELTRÁN.
19. Se emite concepto técnico integral para la actualización del proyecto de Adecuación y Terminación de la Torre N°2 de la USS MEISSEN.
20. Se emite concepto integral para la actualización del proyecto de Adecuación y Dotación del CAPS TUNAL.
21. Se emite concepto integral para la actualización del proyecto denominado Construcción y dotación HOSPITAL DE USME
22. Se emite concepto integral para la actualización del proyecto denominado Construcción y dotación CAPS CANDELARIA LA NUEVA.
23. Actualización proyecto inversión que soporta el convenio 1213-2017 (dotación considerada de no control) Subred Sur ESE (concepto integral de viabilidad)
24. Actualización proyecto inversión que soporta el convenio 1215-2017 (dotación considerada de no control)) Subred Sur Occidente ESE (concepto integral de viabilidad)
25. Actualización proyecto inversión que soporta el convenio 706361-2018 (dotación considerada de control) UMHES Tunal) Subred Sur ESE (concepto integral de viabilidad)
26. Actualización proyecto inversión que soporta el convenio 1212-2017 (dotación considerada de no control) Subred Centro Oriente ESE (concepto integral de viabilidad)
27. Actualización proyecto inversión que soporta el convenio 698463-2018 Simón Bolívar (dotación control) Subred Norte ESE (concepto integral de viabilidad)
28. Actualización proyecto inversión que soporta el convenio 1201-2017 Simón Bolívar (dotación no control) Subred Norte ESE (concepto integral de viabilidad)
29. Concepto Técnico integral de viabilidad de proyecto de inversión CAPS Primero Mayo
30. Se emite concepto técnico integral para la adecuación, reordenamiento y dotación CAPS ALTAMIRA.
31. Se emite concepto integral para la adecuación, reforzamiento, y reordenamiento de la USS DE LA VICTORIA.
32. Se emite concepto integral para la Construcción y Dotación BRAVO PÁEZ
34. Concepto Técnico Integral de Viabilidad proyecto inversión Adecuación, Reordenamiento, Ampliación y Dotación de la Unidad de Servicios de salud Fray Bartolomé de las Casas
35. Concepto Técnico Integral de Viabilidad proyecto Construcción y Dotación CAPS La Granja
36. Concepto Técnico Integral de Viabilidad proyecto reordenamiento USS San Blas
37. Concepto Técnico Integral de Viabilidad proyecto reordenamiento Centro de Servicios Especializados de Suba

38. Concepto Técnico Integral de Viabilidad proyecto Construcción y Dotación CAPS Verbenal

39. Concepto Técnico Integral de Viabilidad proyecto Construcción y Dotación CAPS Virrey

**b.** Se recibieron sesenta y cuatro (64) requerimientos (SDQS), durante el I y II semestre del año 2020, de los cuales se respondieron de manera clara y oportuna sesenta y cuatro (64) requerimientos y/o solicitudes a través de la plataforma.

Se recibieron noventa y tres (93) requerimientos de entes de control, durante el I semestre del año 2020, los cuales se respondieron de manera clara y oportuna noventa y tres (93)

**c.** Se emite Certificación de escala para los siguientes predios:

01. Avenida Carrera 30 No. 25B 19.
02. Compensar alquería Centro de Salud SAMU.
03. USS Tunal.
04. Certificación de cumplimiento funcional Fundación Santa Fe.
05. Certificación de cumplimiento funcional Clínica Médica.
06. Avenida Carrera 19 No. 135 24.
07. Certificación de cumplimiento funcional Clínica la Inmaculada
08. Certificación de cumplimiento funcional Clínica San Rafael
09. Calle 42 Sur No 78K 30
10. Carrera 5 Este No. 110-11 Sur
11. Carrera 86 No. 51 02
12. TV 74F 40B 54 Sur
13. TV 76 No. 81A -09
14. Fundonal
15. IPS Confacundi
16. Calle 6B No. 70-87 y otros
17. Avenida Carrera 19 No 135 -24
18. Dotacional de salud Citadella Emilliani
19. Carrera 18 No. 78 62
20. Carrera 49ª No. 93 71

**META 2:** Realizar acciones necesarias para la actualización del Plan Maestro de Equipamientos en Salud (PMES) incluyendo informes de seguimiento trimestral

**INDICADOR ASOCIADO:** Cumplir con los informes de seguimiento trimestrales

**Logros:**

**a.** - Seguimiento de los proyectos aprobados en Plan Bienal 2018-2019 correspondiente al año 2 semestre 2. Se realiza seguimiento a los proyectos aprobados en PBIS 2020-2021.

- Informe de PMES con corte a 31 de marzo de 2020, 30 de junio de 2020, a 31 de octubre de 2020 y a 31-12-2020.

- Se emite informe anual del Acuerdo 223 de 2006 del PMES vigencia 2019, Rad 2020EE44876 28-07-2020.

**b.** Asistencia a los eventos de preparación para el Plan De Desarrollo, por ahora preliminares al proceso del Plan de Ordenamiento Territorial de la nueva administración.

- Participación en las mesas intersectorial sistema de cuidado (POT).

- Matriz con propuesta del articulado de todas las entidades del Distrito.
- Se participa en la implementación de la Política de cuidado y la política de Espacio público y en la estructuración del abordaje al enfoque territorial Ciudad Región bajo el marco de Área Metropolitana
- Se avanza en la construcción del documento técnico de soporte para el POT

#### **Dificultades:**

1. Proceso suspendido desde noviembre de 2019 tras la NO aprobación del Plan de Ordenamiento Territorial de la administración 2016 - 2019.

2. No se contó con toda la información para completar el informe del Acuerdo 223 de 2006 en el plazo establecido.

#### **Acciones de Tratamiento:**

1. Participar en las mesas de trabajo para el Plan de Ordenamiento Territorial de la nueva administración 2020-2024.

2. Se solicitó a la Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad la información para diligenciar la tabla 8 de informe y se logró terminar el informe en el mes de julio de 2020.

**META 3:** Adelantar las acciones tendientes para mejorar el desarrollo de los proyectos de infraestructura y dotación hospitalaria priorizados para la vigencia 2020

**INDICADOR ASOCIADO:** Proyectos mejorados de Infraestructura y dotación hospitalaria, priorizados para la vigencia 2020

#### **Logros:**

a. - Se realiza seguimiento a la ejecución de los contratos y convenios de obras y dotación bajo supervisión de la Dirección de Infraestructura y Tecnología.

- Se apoyó a la subred Sur Occidente en el proceso de contratación del PRM para el proyecto de reforzamiento y ampliación del Hospital de Kennedy. Número del proceso CD-IC-033-2020.

- Apoyo a la Subred Sur en los Procesos Contractuales para diseño, obra, dotación y alistamiento e interventoría para el Hospital de Usme

- Apoyo a la Subred Sur para Procesos Contractuales para obra e interventoría de CAPS Manuela Beltrán.

- Apoyo a la Subred Sur para Procesos Contractuales para obra e interventoría de CAPS Danubio

- Apoyo a la Subred Sur para Procesos Contractuales para obra e interventoría de Torre 2 Meissen

- Trámite de Solicitud de prórroga No 4 al convenio 788 de 2016

- Apoyo al proceso para interventoría de Hospital Bosa FFDS-CMA-008-2019

- Apoyo al Proceso para obra Hospital Bosa FFDS-APP-001-2019

- Acompañamiento a la subred Sur Occidente en los procesos precontractuales de obras de los CAPS mexicana, Villa Javier y Tintal.

- Revisión de documentación para proceso de adquisición de dotación hospitalaria.
- Apoyo a la Subred Centro Oriente a los Procesos Contractuales para obra e interventoría de CAPS Diana Turbay
- Apoyo a la Subred Centro Oriente en los Estudios Previos definitivos Licitación Publica No.4 Proyecto Antonio Nariño.
- Apoyo en proceso para contratación de obra CAPS Suba. "
- Se apoyó el proceso FFDS-CMA-008-2019 interventoría Hospital Bosa en el tema de respuesta a recusación de proponente y en los demás temas hasta la adjudicación.
- Trámite de prórroga contratos 705920 de 2018 y 706364 de 2018
- Apoyo proceso ID-003- 2020 de la EAGAT
- Apoyo proceso ID-004- 2020 de la EAGAT
- Apoyo a Subred en los procesos de CAPS Antonio Nariño, CAPS Libertadores, CAPS Diana Turbay y UMHE Santa Clara
- Revisión adenda No.1 y adenda No.2 de Invitación Directa ID 005 de 2020 de la EAGAT.
- Apoyo en modificación del convenio 1018-2017 de CAPS Diana Turbay.
- Trámite de Prorroga No. 2 al Conv, 1864-16 -Proyecto Ampliación y reforzamiento Hospital de Kennedy
- Se realiza acompañamiento a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente en el desarrollo de los procesos de licitación LP-002-2020 para la Contratación de las Obras del CAPS Tintal y LP-003-2020 para la Contratación de las obras del CAPS mexicana, actualmente en curso.
- Apoyo en los procesos obra e interventoría de CAPS Antonio Nariño.
- Apoyo en los procesos obra e interventoría del CAPS Libertadores
- Se tramita el modificadorio N°5 al convenio N°1153-2017: Uso de excedentes para implementación PAPSO
- Se tramita el modificadorio N°4 al convenio N°1171-2017: Uso de excedentes para la implementación del PAPSO
- Solicitud de modificación al convenio 1153 de 2017.
- Solicitud de modificación, prórroga y adición al Convenio 810 de 2019. CAPS Libertadores.
- Solicitud de modificación, adición y prórroga convenio 809 de 2019. CAPS Antonio Nariño.
- Solicitud de modificación al convenio 1153 de 2017.
- Solicitud modificación, prórroga y Adición Convenio 1206 de 2017 Altamira.

- Solicitud modificación, prórroga y Adición Convenio 1201 de 2017 Dotación.
- Apoyo jurídico en la elaboración de la Invitación para suscribir Convenio Interadministrativo de cofinanciación proyecto "Construcción y dotación del Centro de Atención Prioritaria en Salud VERBENAL".
- Apoyo jurídico en la elaboración de la Invitación para suscribir Convenio Interadministrativo de cofinanciación proyecto "Adecuación, reordenamiento, ampliación y dotación de la Unidad de Servicios de Salud Centro de Servicios Especializados".
- Apoyo jurídico en la elaboración de los estudios previos para el convenio proyecto Bosa con la Subred Sur Occidente E.S.E.
- Elaboración de estudios previos del proyecto Bravo Páez.
- Solicitud de modificación al convenio 698463 de 2018.
- Apoyo jurídico en las aclaraciones de la solicitud de modificación 1153 de 2017.
- Apoyo jurídico solicitud adición convenio 1018 de 2017.
- Apoyo jurídico en las aclaraciones de la modificación, adición y prórroga convenio 809 de 2019. CAPS Antonio Nariño. Papso.
- Apoyo jurídico en las aclaraciones de la elaboración de la modificación convenio 1206-2017 Subred Centro Oriente.
- Apoyo jurídico en las aclaraciones elaboración de la modificación y prórroga 3 al convenio 1201 de 2017.
- Apoyo jurídico en la elaboración de la invitación y de los estudios previos y matriz de riesgos e invitación para suscribir convenio interadministrativo de cofinanciación proyecto "Adecuación, reordenamiento, ampliación y dotación de la Unidad de Servicios de Salud Fray Bartolomé de las Casas para la atención integral en salud mental. "
- b.** - Reunión de verificación de diseños de 17-02-2020 conjuntamente con la Subred Sur Occidente y el consultor del proyecto de Kennedy.
- Planos desarrollo arquitectónico CAPS 29.
- Observaciones a proyectos de la Subred Centro Oriente, de acuerdo a la Resolución 3100 de 2019 y oficio 2020EE25966 del 06 de marzo de 2020.
- Verificación y aportes técnicos frente al proyecto HMI SANTA CLARA.
- Verificación y aportes técnicos frente al proyecto NUEVO HOSPITAL DE SIMON BOLIVAR.
- Acompañamiento al desarrollo del esquema básico de la UMHE de Bosa
- Observación a diseños tercer piso ajuste a Resolución 3100 de diciembre de 2020 - Habilitación Kennedy

- Recomendación mejorar PTAR, implementar sistema energía solar y mejoramiento especificación de acabados Kennedy.

**Dificultades:**

1. Suspensión de obras y procesos de contratación por la declaratoria de emergencia - Decreto 417-20 de 17 marzo de 2020.

**Acciones de Tratamiento:**

1. Revisar y aplicar las nuevas normas para la reanudación de las obras y procesos contractuales.

**META 4:** Formular el piloto de la propuesta del repositorio de información digital de la Dirección de Infraestructura y Tecnología que integre la información asociada a la gestión en el componente de contratos y/o convenios en ejecución.

**INDICADOR ASOCIADO:** Porcentaje de avance en la creación del repositorio de información digital

**Logros:**

a. Diagnóstico de necesidades de información digital de la Dirección de Infraestructura y Tecnología.

Estructura del repositorio digital de la Dirección de Infraestructura y Tecnología

**META 5:** Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS

**INDICADOR ASOCIADO:** Acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del del Sistema de Gestión de la SDS realizadas.

**Logros:**

a. Creación de los modelos:

- Acta de entrega de predio (Modelo-135 V.1)
- Acta de compromiso de equipo biomédico (Modelo-136 V.1)
- Acta de entrega y recibo a satisfacción de equipos biomédicos (Modelo-137 V.1)
- Creación de la Lista de Chequeo Radicación de Licencias de Construcción SDS-PGS-FT-086
- Actualización del formato de informe de seguimiento periódico convenios Infraestructura - Presentado por la ESE. SDS-PGS-FT-054 V.2
- Actualización de la ficha de seguimiento de convenios o contratos. SDS-PGS.FT-053 V.3
- Actualización del formato Base de Datos Predios de la Red Adscrita a la SDS-PGS-FT-028. V.2
- Actualización del formato Evaluación de Proyectos de Inversión de Dotación de servicios de control Especial. SDS-PGS.FT-033 V.2
- Se dio de baja el formato Concepto técnico en Infraestructura y Dotación Proyectos de Inversión. SDS-PGS-FT-064-V.1 que no se continuó usando por el uso del Formato 116.
- Se solicitó no incluir en el inventario de la DIYT los formatos. El formato Evaluación de Proyectos de Inversión de Infraestructura SDS-PGS-FT-032 y el Lineamiento Para el diligenciamiento del formato Evaluación de Proyectos de Inversión de Infraestructura SDS-PGS-LN-011. V.1 por ser parte de la Dirección de Planeación y gestión Sectorial.
- Actualización Formato SDS-PGS-FT-053 FICHA DE SEGUIMIENTO CONVENIOS O CONTRATOS Creación de la Lista de Chequeo Radicación de Licencias de Construcción SDS-



PGS-FT-086

- Actualización del formato Procedimiento SIG SDS-PGS-PR-039 SUPERVISIÓN DE CONTRATOS PARA LA EJECUCIÓN DE ESTUDIOS, DISEÑOS, CONSTRUCCIÓN DE OBRAS Y/O DOTACIÓN HOSPITALARIA.
- Actualización del Formato SDS-PGS-FT-033 EVALUACIÓN DE PROYECTOS DE INVERSIÓN DE DOTACIÓN DE SERVICIOS DE CONTROL ESPECIAL
- Actualización del Formato SDS-PGS-FT-028 BASE DE DATOS PREDIOS DE LA RED ADSCRITA A LA SDS
- Actualización del Procedimiento SIG SDS-PGS-PR-017 SANEAMIENTO PATRIMONIAL

**b.** Se remiten las normas que aplican al proceso para mantener actualizado el normograma.

**c.** - Se realiza reporte del POA del IV trimestre de 2020

- Se formula y realiza seguimiento del POGD (antes POA) en los plazos establecidos.
- Se realiza reporte del POGD del I trimestre de 2020
- Se realiza reporte del POGD del II trimestre de 2020
- Se realiza reporte del POGD del III trimestre de 2020

**d.** Se actualizó el mapa de Riesgos del Proceso PGS incluyendo los riesgos correspondientes a la DIyT

**e.** Se realiza reporte de evaluación por la Dirección

**f.** Diseño y envío de encuesta de percepción del cliente y elaboración del informe consolidado de percepción del cliente de los 2 semestres de 2020.

**g.** Cierre de la acción 1661, 1663, 1669, 1720, 1968, 1984, 1985, 1986, 1988, 1989, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003 y elaboración de planes de mejora fruto de las auditorías de la Contraloría de Bogotá

**Dificultades:**

1. No se ha realizado el cierre de todas las acciones de mejora cargadas a la Dirección de Infraestructura y Tecnología en ISOLUCION.

2. No se cuenta con el gestor de calidad de la Dirección de Infraestructura y Tecnología desde el mes de febrero de 2020, lo que dificulta la identificación de las tareas pendientes en ISOLUCION.

**Acciones de Tratamiento:**

1. Se realiza revisión del listado de acciones de mejora y se socializan con los responsables a fin de identificar quienes deben realizar el cargue de los soportes para el cierre de las mismas. Se realiza reprogramación de las mismas en los próximos trimestres. Y se programa plan de choque para cargue de evidencias.

2. Se incluye en el plan de adquisiciones del segundo semestre de 2020 el requerimiento para contratar el gestor de calidad de la Dirección de Infraestructura y Tecnología, iniciando actividades el 03-11-2020.

**META 6:** Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.

**INDICADOR ASOCIADO:** Acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción realizadas

**Logros:**

- Actualización de los procedimientos para la toma de decisiones
- Actualización del glosario de términos
- Informes de supervisión de contratos persona jurídica cargados en SECOP II

**CONCLUSIONES**

1. Las actividades asesoría a las Subredes Integradas de Servicios de Salud se vienen desarrollando de manera oportuna, Se emitieron los conceptos de viabilidad para los proyectos de infraestructura y dotación de las Subredes Integradas de Servicios de Salud, así como las certificaciones de escala de uso dotacional y certificaciones de cumplimiento funcional de acuerdo a la normatividad vigente.
2. Se realizó acompañamiento a las Subredes Integradas de Servicios de Salud en los procesos para contratar las obras e interventorías para algunos CAPS, así como para el Hospital Usme. De igual manera se apoyó al FFDS en los procesos de obra e interventoría para el Hospital Bosa. Se suscriben convenios para reordenamiento de varias USS y se adicionan recursos a convenios para obras y dotación de CAPS. Se realiza seguimiento a los contratos y convenios bajo supervisión de la Dirección de Infraestructura y Tecnología.
3. Se apoya el proceso ID 004, 005, 006 y 008 de 2020 para la Adquisición de equipo biomédico requerido para atender la emergencia sanitaria por la propagación del virus CORONAVIRUS COVID-19, en el marco del fortalecimiento del plan de expansión de la capacidad hospitalaria para el Distrito Capital.
4. Se responden los requerimientos de información de los entes de control y de la ciudadanía referente a temas de infraestructura y dotación hospitalaria.
5. Se realiza diagnóstico y estructura del repositorio de información digital de la Dirección de Infraestructura y Tecnología y se hace el piloto con los proyectos de los Hospitales Bosa y Santa Clara.
6. Para el II Semestre 2020, se realizó una ardua labor en realizar la actualización documental.

**Dirección: TIC**

**META 1:** Gestionar la puesta en producción de la solución integral de la Historia Clínica Electrónica Unificada (HCEU), agendamiento centralizado de citas y gestión de fórmula médica

**INDICADOR ASOCIADO:** Puesta en producción la solución integral de la Historia Clínica Electrónica Unificada (HCEU), Agendamiento de citas médicas centralizado y gestión de Formulas médicas

**Logros:**

- a. Plataforma de Bogotá Salud Digital – BSD disponible, operativa y en correcto funcionamiento en sus escenarios de Historia Clínica Electrónica Unificada – HCEU, Agendamiento de Citas Médicas y Formula Medica.
- b. Documento de Soporte y Operación para la plataforma de Bogotá Salud Digital – BSD
- c. Documento de Gestión de Incidentes para la plataforma de Bogotá Salud Digital – BSD.
- d. Documento de Gestión de Cambios para la plataforma de Bogotá Salud Digital – BSD.

- e. Documento de Gestión de Problemas para la plataforma de Bogotá Salud Digital – BSD.
- f. Contratación e inicio del Soporte y mantenimiento de la plataforma Nivel 2 y renovación del licenciamiento del Nivel 3 de la plataforma de Bogotá Salud Digital – BSD.
- g. Estadísticas de seguimiento a la exposición de agenda a través de la Plataforma de Bogotá Salud Digital – BSD
- h. Estadísticas de seguimiento al chat de la plataforma de Bogotá Salud Digital - BSD.
- i. Realización del catalogo de servicios para la plataforma de Bogotá Salud Digital - BSD
- j. Finalización del convenio 800 suscrito con la subred sur

## **CONCLUSIONES**

1. El proceso Gestión presento una reprogramación debido a la meta transversal de calidad no obstante el producto fue entregado en el segundo trimestre de la evaluación.
2. Las otras metas no presentaron dificultades y se logró el cumplimiento de las actividades programadas.

**OBJETIVO 4. Ejercer la rectoría en salud a través del cumplimiento de la función de inspección, vigilancia y control en la red y prestadores de servicios de salud, la gestión de riesgo colectivo, las condiciones de vulnerabilidad sanitarias y socioambientales, así como adoptar normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que formule y expida la Nación.**

**Dirección: CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD**

**META 1:** Cumplir con la programación de visitas de verificación de condiciones del Sistema Único de Habilitación para el 2020

**INDICADOR ASOCIADO:** Cobertura de visitas programadas de verificación de las condiciones del Sistema Único de Habilitación.

**Logros:**

- a. Se conformaron 8 comisiones para la verificación de las condiciones del Sistema Único de Habilitación a los prestadores de servicios de salud. logrando realizar 4.301 visitas de Inspección Vigilancia y Control en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y la Emergencia Sanitaria de las cuales 60 corresponden a visitas relacionadas con el SUH.
- b. Se logró realizar 21.297 acciones de Inspección, Vigilancia y Control a los prestadores, relacionadas con la elaboración de conceptos, actos administrados y notificaciones.

**Dificultades:**

Suspensión de las visitas relacionadas con el Sistema Único de Habilitación por directriz del Ministerio de Salud, desde el mes de junio debido a la emergencia sanitaria por directriz del Ministerio de Salud.

**META 2:** Ejecución de las solicitudes y trámites presentados de Licencias de SST y Autorización de Títulos en los términos establecidos para el 2020

**INDICADOR ASOCIADO:** Porcentaje de cumplimiento de solicitudes y tramites de Licencias en SST y Autorización de Títulos gestionadas en los términos establecidos en el periodo.

**Logros:**

- a) Se gestionó oportunamente las solicitudes o requerimiento de Licencias de SST y Autorización de Títulos solicitados por los usuarios.
- c. Se otorgaron Licencias en SST en relación a los términos establecidos se realizaron 5.562 y Autorización de Títulos 11.224
- d. Consolidación de los tramites de Licencias en SST y Autorización de Títulos, realizados en el periodo.

**META 3:** Lograr la participación del 50% de los PSS inscritos para visita previa a las asistencias técnicas grupales programadas de visita previa

**INDICADOR ASOCIADO:** Porcentaje de prestadores de servicios de salud que participan en la asistencia técnica grupal de visitas previas.

**Logros:**

- Implementación de estrategias para la promoción de la participación de los prestadores en las asistencias técnicas
- Consolidación de las asistencias técnicas realizadas a prestadores que solicitan visita previa.
- Presentación de Informes Trimestrales.

**META 4:** Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS

**INDICADOR ASOCIADO:** Acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema Integrado de Gestión realizadas.

**Logros:**

- a. Se gestionaron 82 documentos de los procesos de IVC de servicios de Salud y calidad de servicios de salud. Relacionados con la Resolución 2003 de 2019, los cuales se codificaron y se firmaron por el líder del proceso y se subieron al aplicativo ISOLUCION.
- b. Reporte de normograma enviado DPIYC mensualmente.
- c. POGD reportado
- d. Se realizó la gestión correspondiente a los riesgos de la DCSS
- e. Se realizó el informe de revisión por la dirección
- f. Se realizaron los ejercicios de percepción del cliente de los procesos de Calidad de SS e IVC de SS por medio de la aplicación de encuestas. Se realizaron 4 informes de percepción del cliente de los procesos de Calidad de SS e IVC de SS
- g. Se subieron las evidencias correspondientes para dar conformidad a las acciones de mejora del proceso de IVC de Servicios de Salud producto de las auditorías. Se elaboró el Reporte de salidas no conformes entregado a la DPIC en los términos establecidos

**META 5:** Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.

**INDICADOR ASOCIADO:** Medición del Desarrollo Institucional de la Secretaría Distrital de Salud liderado.

**Logros:**

- Elaboración del reporte de la Matriz de monitoreo PAAC
- Documentos publicados en la página WEB de la SDS.

**CONCLUSIONES**

1. Se conformaron 8 comisiones para la verificación de las condiciones del Sistema Único de Habilitación a los prestadores de servicios de salud. Se logró realizar 4.301 visitas de IVC de las cuales 19 corresponden a visitas relacionadas con el SUH.

2. Hasta la fecha se han realizado 11.224 trámites de autorización de títulos en el área de la salud y 5.562 Licencias de Seguridad y Salud en el Trabajo, cumpliendo con la oportunidad y en los términos establecidos para la realización del trámite.

3. Hasta la fecha se han realizado 38.961 asistencias técnicas, de las cuales, 15.252 Prestadores de Servicios de Salud solicitaron asistencia técnica individual y 23.709 participaron en las asistencias técnicas grupales programadas.

4. Se realizaron las acciones necesarias para mantener y sostener el Sistema Integrado de Gestión.

5. Se gestionaron las acciones necesarias para mantener y sostener la medición del desarrollo institucional y las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.

**Dirección:** DIRECCIÓN EPIDEMIOLÓGICA, ANÁLISIS Y GESTIÓN DE POLÍTICAS DE SALUD COLECTIVA

**META 1:** Realizar el 100% de las acciones establecidas en la vigencia, para el Mantenimiento y Fortalecimiento de la Vigilancia en Salud Pública, en el Distrito capital.

**INDICADOR ASOCIADO:** Porcentaje de cumplimiento de las actividades establecidas para el mantenimiento de la Vigilancia en Salud Pública en el Distrito capital.

**Logros:**

- Se cumplió la verificación de la información del Sistema de estadísticas vitales RUAF ND y para el SIVIGILA Nacional, siendo proveedor para los diferentes usuarios de la Entidad. Se evidencia un incremento del 270 % en el comportamiento de la notificación en el 1er trimestre comparado con el mismo trimestre del año anterior.
- Se logró un porcentaje de cumplimiento de 100 % en la notificación semanal de la red de operadores del Distrito.
- Se cumplió en el 100% con el reporte de notificación al nivel nacional. Se evidencia un incremento del 447,16% en el comportamiento de la notificación del 2do semestre 2020 comparado con el 1er semestre del 2020.
- Se logró un porcentaje de cumplimiento de 100 % en la notificación semanal de la red de operadores del Distrito y se cumplió en el 100% con el reporte de notificación al nivel nacional
- Dado compromiso con Supersalud se gestionó contratación de talento humano (apoyo gestión flujo de información a través contrato PIC subred CO) recurso humano que fue capacitado por la Subred y desde el grupo SIVIGILA SDS recibieron asistencia técnica vía TEAMS en el proceso de notificación fichas en el aplicativo-envío planos (03112020); asimismo la Supersalud a través de las tres reuniones dejó conformidad a la gestión realizada.
- Incremento red Distrital
- Se cumplió con la meta establecida. Se ha realizado apoyo a la gestión en todas las subredes y se ha continuado haciendo seguimientos al cumplimiento de los procesos de estadísticas vitales.
- Para el evento Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía (MPNT) a SE semana Epidemiológica 53 con datos preliminares, una mejoría en la concordancia entre las fuentes de información SIVIGILA codificada como 560 y el Registro único de Afiliados RUAF-ND, reflejado por una concordancia entre las fuentes del 86% Se direccionan permanentemente acciones para la mejora de la concordancia y calidad en la notificación para las fuentes de información SIVIGILA – RUAF-ND evidenciadas en el reporte, notificación oportuna, calidad en el diligenciamiento de variables.
- Para los eventos de Mortalidad Materna y MPNT, se han fortalecido los equipos de las RIAS materno perinatal en el Distrito, con énfasis en la red pública hospitalaria a través de las Subredes Integradas de Servicios de Salud (SISS), y de las EPAB en donde se concentran más de 50% de los casos de mortalidad como: Compensar, SANITAS, Salud Total, Capital Salud, Nueva EPS a través del plan de choque distrital materno- perinatal y a través del convenio tripartita. Frente a la notificación del evento, se tiene a semana 53 una concordancia del 84,7% aumento en un 32% la concordancia en la notificación de los casos reportados en el evento 551 SIVIGILA - RUAF y SVEMMBW 2020.

- La calidad de la base de las investigaciones epidemiológicas de campo de los eventos transmisibles, se mantiene para el segundo semestre, a pesar de las afujías derivadas del segundo pico de la pandemia y la necesidad de fortalecer la vigilancia de otros eventos de interés en salud pública que mantuvieron su notificación y requirieron de intervenciones, de manera concomitante a la explosión de seguimientos e IEC que demandaban los casos de Covid 19. Es importante rescatar que se armonizó el trabajo con otras líneas de intervención tanto a nivel Distrital como local, en consistencia a los requerimientos surgidos en diferentes grupos de población objeto de acciones de intervención y control epidemiológico. Es importante destacar aquí la realización del monitoreo de coberturas rápidas de vacunación en este segundo semestre, insumo que permite planear con mayor eficiencia y eficacia todas las intervenciones en los eventos objeto de vigilancia en la ciudad, e igualmente incentivará el cumplimiento de las metas en las coberturas de vacunación útiles para la ciudad.
- SIVISTRA: se ha logrado aportar en el mejoramiento de las condiciones de trabajo de las unidades productivas informales UTI con el fin de minimizar la afectación en salud de los trabajadores; donde se ha identificado un mayor riesgo desde la ocupación.
- SISVAN: Desde el proceso de canalizaciones se ha logrado la identificación de barreras de acceso a programas sociales permitiendo reorientar acuerdos intersectoriales a fin de facilitar la efectividad en la canalización.
- SIVIM: Articulación con salud sexual y reproductiva, provisión de servicios y sistema de referencia contra referencia para el seguimiento y monitoreo de las niñas y adolescentes gestantes. Lo anterior, para realizar monitoreo tanto a las IPS como a las EAPB frente a la notificación de casos de abuso sexual.
- Articulación de las acciones de seguimiento y monitoreo de los casos de feminicidio y agresiones con agentes químicos entre la Secretaría Distrital de la Mujer, Secretaría Distrital de Gobierno y Secretaría Distrital de Salud a través del Consejo Distrital de Seguridad y Convivencia y la inclusión de SIVIM como fuente primaria para el reporte y acompañamiento a casos a partir de la circular 028 del 15 de diciembre de 2020.
- Desarrollo de acciones para el fortalecimiento de la Ruta Integral de Atención de Agresiones, Accidentes y Traumas a partir del monitoreo de los eventos asociados a violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual reportados al SIVIM.
- Continuidad en las intervenciones de epidemiológicas de campo; para el periodo 2020 se realizaron de manera virtual. Es necesario indicar que durante el periodo anual se requirió talento humano y recursos para enfrentar la pandemia causada por COVID-19.
- SISVECOS: Articulación con Secretaría de Educación Distrital a través del Web Servicio para el seguimiento de casos de ideación, amenaza, intento y suicidio consumado a través de las intervenciones epidemiológicas de campo.
- Implementación de las unidades de análisis en conjunto con provisión de servicios en el marco de la Ruta Integral de Atención a trastornos mentales, del comportamiento y epilepsia.
- VESPA: Fortalecimiento de las acciones del subsistema de vigilancia epidemiológica del consumo abusivo de sustancias psicoactivas a partir de la implementación del Observatorio Intersectorial de Drogas.
- Articulación con Secretaría de Educación Distrital a través del Web Servicio para el seguimiento de casos de consumo abusivo de sustancias psicoactivas a través de las

intervenciones epidemiológicas de campo.

- SIVELCE: Articulación con la Policía Nacional, ICBF, Secretaria Distrital de Gobierno y el Instituto Nacional de Salud para la vigilancia intensificada por lesiones de pólvora pirotécnica.
- Un sistema de Vigilancia Comunitaria que adapto varios de sus procesos a los desafíos de la pandemia frente a las formas de encuentro e interacción entre la ciudadanía que quiere participar de manera activa en el proceso del mejoramiento del estado de bienestar de sus comunidades.
- A 2020 Bogotá cuenta con una red Vigilancia Comunitaria, con 489 unidades caracterizadas conformada por líderes, grupos y organizaciones en las 20 localidades de Bogotá D.C, distribuidas así por subred: Sur 143, Sur Occidente 126, Centro oriente 130, Norte 90.
- Sistema de vigilancia activo y funcionando, durante 2020 hubo un total de 1092 notificaciones de problemáticas colectivas (PCO) que afectan la salud pública, mediante aplicativo SIVIGILA DC.
- Fortalecimiento: Se llevaron a cabo 679 mantenimientos a unidades comunitarias para la promoción de la VSP en entornos barriales. Desarrollo de 19 Comités de Vigilancia Comunitaria COVECOM, los cuales fueron útiles como espacios de análisis en la cual se recogió de la comunidad se percepción y marco cultural frente a temas de interés relacionados con la pandemia por Covid 19, salud ambiental, vigilancia intensificada de fin de año, entre otros.
- Evolución exitosa hacia la virtualidad, para el Sistema de Información, monitoreo y vigilancia de la Red Distrital de Laboratorios de Bogotá-CTDLab.
- Asesoría, Asistencia Técnica, Capacitaciones y acompañamiento técnico virtual permanente a la Red Distrital de Laboratorios de Bogotá-CTDLab.
- Los logros principales en cuanto al fortalecimiento de las capacidades de autorregulación y autocontrol de establecimientos abiertos al público objeto de inspección vigilancia, para el año 2020 se evidencio un incremento en la consulta por parte de la ciudadanía de la página negocios saludables, negocios rentables en todas sus métricas, continuando el interés de los establecimientos por registrarse con un total de 23.737 visitas, así mismo se evidencia un aumento en la inscripción de establecimientos con un total de 23.682

Por otra parte, en relación a los procesos de investigación administrativos en salud pese a la suspensión de términos presentada por la emergencia sanitaria, se logró la creación del total de expedientes correspondientes a las visitas de inspección, vigilancia y control con concepto desfavorable del año 2019 en el sistema de información administrativo en salud SIIAS.

1. Fortalecimiento del talento humano para la respuesta a los eventos de urgencias y emergencias en salud pública notificados tanto en el nivel central como en el nivel local, los cuales fueron capacitados con énfasis en atención de brotes de Covid-19 dada la emergencia por la pandemia logrando mejorar sus competencias en trabajo de campo.
2. Parametrización y estandarización de la información de Urgencias y emergencias en salud pública con el fin de mejorar la calidad del dato y las fuentes de información.
3. Los equipos de respuesta inmediata ERI atendieron el 97.7% de las emergencias en Salud Pública dentro de las primeras 24 horas luego de su notificación dando cumplimiento al



indicador de oportunidad proyectado.

SIVIGILA: Reconocimiento de las definiciones operativas de caso de la vigilancia en salud pública intensificada de infección respiratoria aguda asociada al nuevo coronavirus 2019 (COVID-19) versión 12 (24072020).

#### **Dificultades:**

1. SIVIGILA: Incremento notificación vigilancia rutinaria - vigilancia innovadora - ajustes; sin apoyo de talento humano requerido para la gestión (capacidad de repuesta) dada la emergencia sanitaria covid\_19
2. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: Para dar cumplimiento al porcentaje de reducción proyectado en las metas de desarrollo y del plan territorial de salud, se continúan presentando oportunidades de mejora dadas las circunstancias de interrupción de los servicios de salud que afectaron la adherencia a la Ruta materno – perinatal normada por la resolución 3280 del año 2018 en el contexto de la Pandemia por covid-19, el aumento paulatino de la población migrante que no accede formalmente a los servicios de salud a través del aseguramiento han impactado en los indicadores de mortalidad perinatal en aproximadamente un 27%.
3. TRANSMISIBLES: Indudablemente la mayor dificultad para los eventos transmisibles ha sido la avalancha de atención de casos por Covid 19, lo cual trajo como consecuencia que los demás eventos del grupo Transmisibles se vieran disminuidos en su reporte, en consonancia con la atención mediática que tenía la pandemia, todo lo cual se refleja en la notificación de los otros eventos desde las IPS y aunado a la explosión mediática en la población de no consultar y por ende no se notifica e investiga la presencia de eventos transmisibles que también son objeto de vigilancia e intervención. La concentración del personal en labores inherentes a la alerta sanitaria hace también difícil poder realizar actividades de asesoría, seguimiento y asistencia técnica encaminada a no descuidar la vigilancia, seguimiento y notificación de otros eventos que no sean Covid, y que por supuesto habrían de ser intervenidos.
4. SIVISTRA: La falta de concordancia entre los tiempos de intervención entre el espacio trabajo y SIVISTRA a las unidades de trabajo.
5. SISVAN: la disposición de diferentes bases de datos que recoge el reporte de la efectividad en la canalización a programas sociales con SDIS e ICBF, que dificultan la consolidación de la información.
6. La disminución en la efectividad de las intervenciones epidemiológicas de campo está asociada a la calidad del dato de la notificación de eventos y las dinámicas particulares generadas por la pandemia por COVID-19.
7. VESPA La realización de las intervenciones epidemiológicas de campo de los casos reportados por Secretaría de Educación Distrital están asociados a calidad del dato y el auto reporte de los niños, niñas y adolescentes frente a datos básicos de ubicación y acudientes.
8. SIVELCE: El cambio de los técnicos del subsistema, dado que, requieren el manejo de los aplicativos y conocimientos en los diferentes eventos en salud mental que se registran en los subsistemas de vigilancia epidemiológica y la temporada de vigilancia de pólvora pirotécnica.

9. COMUNITARIA. Dada la situación de pandemia por COVID-19 no se planteó meta para el desarrollo de los COVECOM a nivel de localidades entre marzo y agosto de 2021, dada la incompatibilidad en las medidas preventivas decretadas para frenar la propagación de la epidemia y la dinámica de estos comités los cuales son encuentros comunitarios participativos de carácter presencial. Desde septiembre se implementaron nuevamente los covecom dentro de las metas de productos para la vigilancia comunitaria lo cual represento retos para fomentar la participación de la comunidad, algunas dificultades técnicas.

#### Acciones de Tratamiento:

1. Se ha realizado apoyo a la gestión en todas las subredes y se ha continuado haciendo seguimiento al cumplimiento de los procesos de estadísticas vitales.
2. Se han establecidos espacios desde la virtualidad para dar continuidad a los procesos.
3. Se ha garantizado contratación de nuevo personal para apoyo en diferentes procesos.

**META 2:** Realizar el 100% de los análisis asociados a los procesos del Laboratorio de Salud Pública, como apoyo a la Vigilancia en Salud Pública, con criterios de calidad y oportunidad.

**INDICADOR ASOCIADO:** Porcentaje de cumplimiento de las actividades necesarias para garantizar la calidad de los análisis del Laboratorio de Salud Pública

#### Logros:

- La Subdirección de Laboratorio de Salud Pública (SLSP) ha cumplido con los tiempos de oportunidad para los eventos de interés en salud pública del área de Vigilancia del Ambiente y el Consumo.
- Para la vigencia 2019 la LSP contaba con 22 ensayos acreditados, recibiendo para la vigencia 2020 la ampliación del alcance de 6 ensayos técnicos bajo la norma NTC-ISO/IEC 17025:2017 el 2020-05-11 y se recibió la evaluación de seguimiento para mantener los 28 ensayos del alcance vigencia 2020.
- La LSP realiza la verificación de la implementación de los Estándares de Calidad para las Redes de Laboratorios del Distrito Capital en las áreas humana y ambiental. Realiza el seguimiento a los planes de mejora solicitados a los laboratorios evaluados de acuerdo al cumplimiento de la herramienta de verificación del INS e INVIMA.
- La SLSP ha continuado con los procesos de Asesoría y acompañamiento técnico para la Red de Laboratorios clínicos que realizan la prueba molecular para COVID-19 y se reiniciaron actividades con las otras Redes en el IV trimestre de 2020.

#### Dificultades:

1. El alto volumen de muestras procesadas por biología molecular para COVID-19 afecto los tiempos de oportunidad para el área de Vigilancia de Enfermedades; sin embargo, se evidencio su mejoramiento de manera trimestral al ampliar la capacidad analítica de la LSP.
2. Dada la contingencia generada por el COVID-19, para la vigencia 2020 se recibe la ampliación del alcance de la Acreditación y se mantiene la misma priorizando los eventos y personal en cada una de las áreas técnicas de VAC y VE.
3. Se ha realizado el seguimiento a los planes de mejora de las Redes de Laboratorios VAC y VE y se ha dado continuidad al seguimiento para los demás Laboratorios que forman parte de las otras Redes del Distrito Capital.
4. La LSP no ha realizado todas las capacitaciones a las Redes de Laboratorio durante el segundo semestre por la disponibilidad del Talento humano de acuerdo con las priorizaciones en los procesos y por la recomendación de emergencia sanitaria frente a la reunión en un mismo espacio de gran número de personas.

### Acciones de Tratamiento

Se reforzaron los recursos físicos, humanos y financieros para atender la contingencia.

**META 3:** Establecer las acciones relacionadas con la orientación técnica para la formulación e implementación, y desarrollar el monitoreo, análisis y evaluación de políticas, planes y proyectos de Salud Pública, según la normatividad vigente.

**INDICADOR ASOCIADO:** Porcentaje de desarrollo de estrategias y metodologías de análisis, monitoreo y evaluación de políticas de interés en Salud Pública.

### Logros:

- Elaboración de los informes de gestión y seguimiento a la implementación de la política pública en segundo semestre 2020 de acuerdo a los criterios solicitados por planeación sectorial y planeación distrital.
- Trabajo en equipo para salidas de respuesta oportuna y acorde a la implementación y requerimientos de la población, frente a la situación de pandemia que se vive desde marzo 2020.
- Construcción conjunta de una estrategia integral de consolidación de resultados de seguimiento a Covid 19 con las subredes integradas de servicios
- Acompañamiento virtual permanente a los referentes de gobernanza de infancia en las 4 subredes de salud para cualificar y mejorar las intervenciones realizadas en los territorios.
- Acompañamiento y fortalecimiento de habilidades para la implementación de la PPP Familias según lo acordado en los lineamientos y en respuesta a las dinámicas presentadas en las subredes de manera virtual.
- Se definió y desarrollo la metodología de evaluación de efectividad del PSPIC y se documentaron los efectos en términos de resultados intermedios de 8 intervenciones, por espacios y global del PSPIC 2018.
- Construcción de los documentos de Asís diferencial con las poblaciones Raizal, ROM y Muisca de Bosa
- Elaboración del informe sistema de monitoreo de las condiciones vigencia 2020 con el análisis de 43 indicadores del sector salud y proyección de propuestas para el mejoramiento de los mismos.
- Seguimiento a la ejecución de las políticas en el marco de las dinámicas y necesidades de la población en el marco de la pandemia por Covid 19.
- Se da el cumplimiento del porcentaje presupuestado para el 2020 del plan de acción desde la política pública
- Armonización del plan de acción de la política pública de infancia y adolescencia para el segundo semestre 2020 de acuerdo con el plan de desarrollo distrital 2020-2024: Un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del silo XXI.
- Contar y mantener un lineamiento de operación de la PPP Familias durante todo el 2020 en las dinámicas que implicó el cambio de administración, Pandemia por Covid 19, cuarentenas y dinámicas de distanciamiento por seguridad de la población.
- Conexión sectorial e intersectorial de manera virtual que refleja el compromiso de los diferentes participantes frente a los procesos y da respuesta a las necesidades de la población. gestión administrativa y financiera del sector salud para incluir en la agenda del I semestre de 2021 la evaluación externa (ex-post) de la Política Pública de "Prevención y Atención del Consumo y la Prevención de la Vinculación a la Oferta de Sustancias Psicoactivas en Bogotá D.C." del decenio 2011-2021.
- Se inicia la implementación a 2020 de la política pública de actividades sexuales pagadas

### Dificultades:

1. Demoras de la gestión administrativa para el desarrollo del convenio con OPS retrasó la ejecución para el segundo semestre del año de la evaluación del PIC, lo cual limitó la inclusión de

algunas acciones en la evaluación por las dificultades de recolección de fuente primaria en el marco de la pandemia por COVID 19

2. Se deben hacer ajustes a las fichas metodológicas de las acciones planteadas, teniendo en cuenta las proyecciones financieras desde el plan territorial de salud

#### **Acciones de Tratamiento:**

1. Se elabora nuevo cronograma para elaboración de plan de trabajo para organización del proceso de Gestión de políticas.

**META 4:** Desarrollar el 100% de las acciones establecidas en la vigencia, para el fortalecimiento de la gestión y generación del conocimiento, en el marco de las competencias de la Subsecretaría de Salud Pública

**INDICADOR ASOCIADO:** Porcentaje de cumplimiento de las acciones orientadas al fortalecimiento de la generación de conocimiento de las relaciones entre las condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad para la definición, implementación, evaluación de políticas, planes y programas

#### **Logros:**

- Estructuración y consolidación del Semillero de innovación para la vida y la salud de la Secretaría Distrital de Salud.
- Mapa de conocimiento de la Secretaría Distrital de Salud ajustado y actualizado con participación de la comunidad.
- Documento de análisis de situación en ciencia tecnología innovación de la Secretaría Distrital de Salud ajustado y disponible para publicar.
- Aportes continuos en el comité de investigaciones y ética de la Secretaría Distrital de Salud.
- Sistematización de la experiencia en la respuesta ante la pandemia de la Subsecretaría de Salud Pública desarrollada en su primera fase de recolección de información.
- Plan estratégico de la Revista de Investigaciones y Seguridad Social en Salud de la Secretaría Distrital de Salud estructurado para la presente vigencia.
- Estructuración del boletín de investigaciones y cooperación en línea número 6 y 7.
- Se mantiene el análisis de situación de salud, el seguimiento a indicadores, así como respuesta a requerimientos internos y externos.

#### **Dificultades:**

Durante este periodo el personal de la Salud Pública a concentrado sus actividades en la atención a la Pandemia o SARS-CoV-2.

#### **Acciones de Tratamiento:**

Se reorientó el plan de acción, para cumplir las metas propuestas.

**META 5:** Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS

**INDICADOR ASOCIADO:** Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS

#### **Logros:**

- Se cumple con toda la actualización de la gestión documental programada en el inventario establecido.
- Se generan acciones que aportan al mejoramiento de los procesos, así como revisión,

reporte de las normas

- Se realiza seguimiento al 100 % de las metas, actividades y subactividades reportadas en el POGD
- Se gestiona riesgo de proceso, garantizando su autoevaluación de riesgos y controles y monitoreo.
- Se gestiona informe de revisión por la dirección
- Se logran impactar en el mejoramiento de los tramites del proceso, a través de las acciones implementadas a partir de la percepción del cliente.
- Se generan acciones que aportan al mejoramiento de los procesos. Gestión de planes de mejora, participación en la auditoria para la renovación de la certificación por parte del ICONTEC, gestión y reporte de salidas no conformes del proceso.

**META 6:** Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.

**INDICADOR ASOCIADO:** Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.

**Logros:**

Se logra aportar a los ítems de transparencia desde la Subsecretaria de Salud Pública, cumpliendo con la actualización de datos abiertos, trámites y servicios ofertados por la dirección.

**Dificultades:**

1. Se evidencia la necesidad de definir responsables en los ítems transversales para seguimiento de la información.

**Acciones de Tratamiento:**

1. Se establece cuadro de seguimiento con responsables de entregar la información.

**CONCLUSIONES**

- Durante este periodo se enfrenta la pandemia del COVID-19 que genero gran carga laboral para esta dependencia, lo cual requirió ajustes a través de nuevos lineamientos, ampliación de los recursos físicos, humanos entre otros.
- Evolución exitosa hacia la virtualidad, para el Sistema de Información, monitoreo y vigilancia de la Red Distrital de Laboratorios de Bogotá
- Consolidación de un grupo multidisciplinario para la orientación y desarrollo de los análisis descriptivos, predictivos y prospectivos de las políticas públicas que lidera y coparticipa el sector salud.
- "Deficiencia de los insumos cualitativos y cuantitativos de las acciones que operacionalizan las políticas públicas, los cuales limitan la construcción y el análisis de la cadena de entrega y la cadena de valor de las políticas públicas.

**Dirección:** DIRECCIÓN DE SALUD COLECTIVA

**META 1:** Realizar direccionamiento, monitoreo y seguimiento de las acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas PSPIC y las acciones de Gestión de la Salud Pública - GSP establecidas para el 2020 en la Dirección de Salud Colectiva.

**INDICADOR ASOCIADO:** Porcentaje de cumplimiento en las actividades establecidas para el direccionamiento, monitoreo y seguimiento de las acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas PSPIC y las acciones de Gestión de la Salud Pública - GSP establecidas para el 2020 en la Dirección de Salud Colectiva.

**Logros:**

a. Se establecieron las directrices, acciones y criterios para ejecutar y dar continuidad a las acciones e intervenciones colectivas e individuales de alta externalidad -Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas -PSPIC, establecidas en la normatividad y en el Plan Territorial de Salud vigentes, así como las de apoyo a la Gestión en Salud Pública, pertinentes; entre estas, la gestión de planes y programas de interés en salud pública, de responsabilidad de la Dirección de Salud Colectiva en referencia, a los que se desarrollan en lo local, a través de los contratos interadministrativos celebrados entre el FFDS-SDS, con las Subredes Integradas de Servicios de Salud, (Empresas Sociales del Estado - E.S.E.). En este sentido, durante el año 2020, frente a la llegada del Coronavirus SARS CoV2 y la emergencia sanitaria por la Pandemia COVID-19, ante su rápida propagación en la Ciudad, fue necesario implementar estrategias en salud pública, tendientes a disminuir el contagio, controlar su impacto y así, se lograron realizar modificaciones contractuales consistentes en adiciones presupuestales, redistribución de recursos para productos prioritarios, ajustes en lineamientos según necesidades en salud y riesgos sobrevenientes; esto, bajo la característica de calidad de adaptabilidad de los planes de salud pública y teniendo en cuenta el escenario cambiante por las restricciones a la movilidad, a las reuniones, el aislamiento y al ejercicio de funciones en espacios públicos, vivienda, educativo, trabajo, entre otros.

b. Se lograron implementar nuevas estrategias de respuesta en lo local, buscando disminuir la velocidad de contagio y el impacto de la pandemia por COVID-19; entre estas, la vigilancia intensificada a las enfermedades respiratorias, en especial por COVID-19, las campañas de información y cuidado especial por zonas y localidades, la gestión para atención diferencial; igualmente, se continuo con la respuesta a los compromisos adquiridos a nivel Distrital y nacional, frente a las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y gestión del riesgo colectivo, que están establecidas en la normatividad y que son necesarias para atender las necesidades en salud pública de la población.

A diciembre 2020, realizadas las adiciones, prorrogas y otrosí, gestionadas para Contratos PSPIC 2020, de acuerdo con las necesidades de Salud Pública, para implementar y fortalecer en lo local, las acciones de apoyo a la Gestión en Salud Pública y las del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, que se desarrollan a través de los contratos Interadministrativos PSPIC. Se establece por los directivos, que los contratos se prorrogan hasta febrero 28 de 2021, o hasta agotar recursos, lo que ocurra primero; teniendo en cuenta que se ha prorrogado la emergencia por la Pandemia COVID-19, por lo que se adicionan recursos para apalancar esa ejecución de productos y se modifican los anexos técnicos número 6 de lineamientos, 7 de PPP y 8 de insumos para la operación.

c. Se garantiza el seguimiento, vigilancia y control frente al cumplimiento del objeto, obligaciones y en general todas las especificaciones técnicas, financieras, jurídicas y administrativas, de los contratos PSPIC - GSP, dando continuidad al equipo de apoyo a la supervisión.

d. Se permitió generar un espacio de interlocución entre las subredes y la Subsecretaría de Salud Pública, reconociendo los avances de la implementación del PSPIC y GSP, e identificando aquellos aspectos susceptibles de mejora, generando estrategias que favorezcan una buena ejecución técnica y financiera, así mismo, la revisión y validación de la mensualización de metas así como el seguimiento a la ejecución de las acciones, relacionadas con toma de muestras COVID-19, estrategia de cierre de localidades, y socialización convenio con la Secretaría de Gobierno, para la entrega de elementos de bioseguridad a trabajadores informales; en el marco de la atención de la emergencia del Coronavirus.

A través de las mesas de trabajo virtuales con las Subredes y el equipo técnico de la Subsecretaría de Salud Pública, se hace revisión y validación de reprogramación de metas, este ejercicio permite realizar seguimiento a la ejecución programática del contrato PSPIC, identificando puntos críticos de sub-ejecución.

**e.** Dando cumplimiento del objeto, obligaciones y en general todas especificaciones técnicas de los contratos PSPIC - GSP, se realiza la revisión de informes se da a conocer los avances de la ejecución de los contratos PSPIC, en los diferentes componentes, evidenciando los logros y oportunidades de mejora de las acciones, permitiendo la realimentación técnica por parte de la Subsecretaría de Salud Pública y los ajustes por parte de las Subredes.

**f.** Se logró actualizar directrices establecidas en los procedimientos de seguimiento a las acciones de Salud Pública, acciones colectivas y gestión y evaluación de políticas, planes, programas, estrategias en Salud Pública, así como la metodología de seguimiento a las acciones de manera que se actualizaron normas, definiciones, controles y registros documentales.

**g.** Se realizaron acciones de seguimiento a las intervenciones colectivas en el marco del PSPIC (Espacio de vida cotidiana):

**ESPACIO - ENTORNO TRABAJO:** Desarrollo de las acciones integradas, cumplimiento en la operación de los productos por parte de las Subredes Integradas de Servicios de Salud, Espacio Trabajo aportando positivamente en la modificación de prácticas de salud y trabajo; así como en los procesos de implementación de los protocolos de bioseguridad.

**ESPACIO - ENTORNO EDUCATIVO:** Se realiza seguimiento mensual al desarrollo de las actividades del entorno educativo con la participación de las líderes de las cuatro subredes integradas de servicios de salud, desde el cumplimiento de metas y gestión financiera. De igual forma se realiza la revisión y retroalimentación de los informes de gestión de las subredes, así como los remitidos por el grupo de seguimiento.

Participación activa en el proceso de reapertura gradual, progresiva y segura liderada por el sector educativo, con ello se logra orientar las acciones del entorno educativo a nivel local.

**ESPACIO - ENTORNO COMUNITARIO:** Seguimiento mensual a las intervenciones del Entorno Comunitario por medio de SEGPLAN en el marco de cumplimiento de actividades que aportan a las metas de PSPIC en el entorno comunitario.

Seguimiento trimestral a la ejecución de las intervenciones del Entorno Comunitario por medio de la realimentación trimestral de informes de ejecución PSPIC del entorno comunitario y la realimentación mensual de informes de seguimiento.

Control de las coberturas poblacionales por UPZ, localidades y Subred de los productos ejecutados a diario por los equipos del espacio - entorno comunitario.

**ESPACIO - ENTORNO VIVIENDA:** Se da cumplimiento a la actividad acorde a solicitud, para la verificación de aspectos de pertinencia, calidad en el desarrollo de las acciones del espacio vivienda.

**h.** Realizar seguimiento a políticas, programas y acciones de interés en salud pública en el marco de la GSP:

**Política de Salud Mental:** Se incluyen metas específicas en el Plan Territorial de Salud y el proyecto de inversión 7828 que le aportan a la implementación del plan de acción de la política de salud mental y se avanza en la armonización de estos instrumentos de planeación y seguimiento.

Se definen estrategias de salud mental en los diferentes entornos de vida cotidiana a los cuales se realiza seguimiento periódico.

Política de Ambiente: Aprobación y avances significativos en la implementación de los acuerdos y compromisos sectoriales en los Plan de Acción Local de la Política Distrital de Salud Ambiental (PALSA) en las instancias o espacios locales.

Fomentar medidas de prevención en respuesta al plan distrital para la contención y mitigación de la pandemia por COVID-19, desarrollando acciones de información y educación de las medidas de prevención para la exposición a diferentes riesgos ambientales, teniendo en cuenta recomendaciones emitidas por el Ministerio de Salud en salud ambiental.

Política Trabajo: Identificación de espacios de posicionamiento local que convocaron a trabajadores informales a hacer parte de proceso de formación en salud y trabajo. Implementación de una propuesta articulada desde el subsistema SIVISTRA y Espacio Trabajo para el acompañamiento integral a los trabajadores informales identificados con eventos en salud relacionados con el trabajo.

Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional - SAN: Inclusión y armonización de las metas establecidas en el plan de acción de la PPSAN en los diferentes proyectos de inversión del nuevo plan Distrital de desarrollo.

Política Pública de Víctimas del Conflicto Armado: Se realiza la elaboración del anteproyecto de presupuesto 2021, para la presentación de los recursos a la Secretaría Distrital de Hacienda y a la Alta Consejería para los Derechos de las Víctimas, la Paz y la Reconciliación, así como los documentos para la rendición de cuentas de la PP VCA. A su vez, se construyen los diferentes anexos operativos para la implementación de la acción integrada 3 PAPSIVI, como parte de la Medida de Rehabilitación. Por otro lado, se elaboran las diferentes respuestas a las solicitudes realizadas por los Entes de Control.

Política Salud Sexual y Reproductiva - SSR:

Componente 1: Materno Perinatal: Dentro del seguimiento a las metas distritales planteadas en el proyecto de inversión de disminución de Razón la mortalidad materna (Meta 1) y de la Tasa de Mortalidad perinatal (Meta 2), de acuerdo a los indicadores planteados se evalúa el comportamiento de estos eventos de manera anual (mes de marzo), por lo que mensualmente se realiza una revisión en el número de casos, mostrando en la vigencia 2020 un leve incremento comparativamente con la línea base establecida (2018) posiblemente ocasionada por la disminución en la adherencia a los servicios esenciales de atención en contexto de la Pandemia por COVID-19, tales como: planificación familiar, control prenatal, interrupción voluntaria del embarazo, atención del parto institucional y atención oportuna de las emergencias obstétricas

Componente 2: Prevención de la Maternidad y Paternidad Temprana: Dentro del seguimiento a las tres metas distritales propuestas para el cuatrienio, se realiza el seguimiento a la tasa de fecundidad para mujeres menores de 19 años. El seguimiento se realiza de forma anual, es decir, al final del 2020 se realizará la medición de las tasas. Aunque la tendencia continua a la reducción, es innegable el efecto del confinamiento generado por la Pandemia. En cuanto al seguimiento a casos estos han presentado tendencia a la reducción con relación a la línea de base (2018) y al año anterior (2019).

Componente 3: VIH: La meta se mide con un año de atraso teniendo en cuenta que las fuentes hacen parte del informe situacional de VIH de la cuenta de alto costo. El resultado del indicador para el periodo relacionado en el SEGPLAN (año 2.019) mostró que en la ciudad hay un estimado de 24.670 personas viviendo con VIH (cohorte 2.017 seguida por 18 meses), de las cuales 20.947 conocen su diagnóstico, lo que corresponde al 85% de las personas viviendo con VIH lo cual implica que se cumplió la meta para la ciudad. Sin embargo, la SDS continúa fortaleciendo las



estrategias no solo a través del Plan de Intervenciones Colectivas sino desde la prestación de los servicios de salud y la articulación con Organizaciones de Base Comunitaria.

**Dimensión Condiciones Crónicas:** Se realimentan los informes presentados por las Subredes Integradas de Servicios en Salud, se observa cumplimiento de los lineamientos y se dejan observaciones con el fin de mejorar los análisis cuantitativos y cualitativos.

Se verifica a los equipos con herramientas a través de la estrategia de Ciudades, Entornos y Ruralidades Saludables (CERS), rutas integrales de atención, estrategias de posicionamiento, liderazgo y negociación para la implementación del Plan Estratégico y Operativo para el abordaje integral de la población expuesta y/o afectada por condiciones crónicas en Bogotá con actores sectoriales e intersectoriales. Se realiza reuniones de socialización con los Alcaldes locales. Posicionamiento del plan en 343 espacios intersectoriales de las localidades. Se realizaron actividades en las 20 localidades, teniendo en cuenta la fase de alistamiento, actualización del mapeo de actores a nivel intersectorial y reconocimiento del territorio, socialización, posicionamiento, además del desarrollo temático de los nodos intersectoriales o nodos para la promoción de la salud.

**Programa Ampliado de Inmunización - PAI:** Se dio cumplimiento a la totalidad de los seguimientos programados, acción que se reporta mensualmente a la meta por actividades Distrital en el aplicativo que integra las acciones del proyecto inversión 7830, Para un total de seguimientos para el componente de cadena de frío se realizaron seguimiento a movimiento de biológico y arqueos 20, y 88 seguimiento a las subredes y EAPB frente al cumplimiento de los componentes del programa por profesionales de visitas.

**Programa Enfermedades Transmitidas por Vectores - ETV:**

Durante el año 2020 se mantuvo la oportunidad respecto a la instauración de tratamiento en los pacientes diagnosticados con malaria, monitoreo que realiza el distrito a través del indicador proporción de Pacientes de malaria con instauración oportuna de tratamiento, el cual durante el IV trimestre tuvo un comportamiento del 97%, y acumulado durante el año del 95%.

**Programa Tuberculosis - Lepra:**

Durante el año 2020, se realizó revisión periódica de planes de acción e informes de los programas de Tuberculosis y Lepra de las 4 subredes integradas de servicios de salud, lo cual permitió hacer seguimiento continuo a las acciones desarrolladas, así como evidenciar, las oportunidades de mejora que se pudieran dar en los diferentes momentos.

**Rutas Integrales - Canalización:**

Durante el año 2020, el proceso de Activación, gestión y seguimiento a rutas integrales de atención en salud y servicios sociales distritales se logró aumentar el acceso efectividad de los usuarios detectados con necesidades en servicios sociales y de salud canalizados en los diferentes entornos y procesos transversales detectados desde el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas PS-PIC a nivel sectorial e intersectorial. Se realizó articulación para la implementación de cada una de las rutas integrales de atención en salud y diferentes servicios sociales direccionados a la oferta distrital intersectorial con cada uno de los referentes líderes de los procesos de nivel central y local. Se ha logrado realizar mesas de trabajo con referentes de entidades distritales como el IDRD con el fin de articular acciones y actividades que se puedan gestionar mediante el módulo SIRC. Es de resalta que el proceso de Activación de RIAS se ha venido articulando con las diferentes dependencias y direcciones de la Secretaria de Salud, como también se ha logrado integrar acciones en el cual aporta al cumplimiento de algunas metas del nuevo PDD. Así mismo, el módulo del aplicativo SIRC ha logrado dar continuidad a la mejora permitiendo así dar respuesta a cada uno de los actores que intervienen en el proceso de canalizaciones que se activan desde cada una de las subredes integradas de servicios de salud.

i. Se realizó seguimiento a las acciones realizadas de gestión de la información en el marco de la PSPIC (GESI): - Elaboración de los conceptos de calidad que se encontraban atrasados desde el año 2019. -Elaboración de validadores para la data de los aplicativos con el fin de garantizar la calidad del dato. -Elaboración de matriz de salidas de información para los aplicativos GESI.

j. Se realizaron las actividades requeridas y/o programadas de asistencia técnica en el marco del PSPIC (Espacio de vida cotidiana)

ESPACIO - ENTORNO TRABAJO: Asistencia técnica ejecutada conforme a la programación en cumplimiento de los requerimientos y necesidades identificadas en respuesta a la operación para la implementación de las acciones integradas y los productos desarrollados en el espacio trabajo.

ESPACIO - ENTORNO EDUCATIVO: Participación en el proceso de asistencia técnica programado por los referentes técnicos para cada uno de los productos, previstos en el entorno educativo. En estos espacios se vinculan los profesionales de apoyo y profesionales operativos de cada una de las subredes.

ESPACIO - ENTORNO COMUNITARIO: Asistencia técnica mensual a los equipos que desarrollan en los territorios (localidades- UPZ) de los productos del espacio -entorno comunitario en la cual se llegaron a acuerdos, se solucionaron dudas y se generaron acciones de direccionamiento técnico y operativo.

ESPACIO - ENTORNO VIVIENDA: Se desarrollan espacios virtuales para el desarrollo de las sesiones propuestas, brindando precisiones técnicas, operativas y metodológicas para la operación.

k. Se realizó las actividades requeridas y/o programadas de asistencia técnica de políticas, programas, estrategias y acciones de interés en salud pública en el marco de la GSP:

Política de Salud Mental: Se realizan asesorías técnicas y acompañamientos de manera periódica a los equipos que operan los lineamientos en los diferentes entornos y que aportan al desarrollo de procesos de promoción de la salud mental y la convivencia, la gestión de riesgo colectivo de problemáticas psicosociales, trastornos mentales o eventos prioritarios de salud mental.

Política de Ambiente: Se impartieron orientaciones para el desarrollo del producto de la Política Distrital de Salud Ambiental.

Política Trabajo: Asistencia técnica a equipos operativos para la revisión de protocolos de bioseguridad de los sectores económicos en etapa de reactivación. Asistencia técnica a equipos operativos para el acompañamiento a unidades de trabajo informal en la implementación de medidas de bioseguridad.

Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional - SAN: Promoción de la participación ciudadana y estrategia de comunicaciones, en el marco de la implementación de la PPSAN

Difusión del referencial de la PPSAN, ciudadanía alimentaria, mediante la generación de asistencia técnica a los equipos.

Avance en el cumplimiento de los objetivos de la PPSAN, responsabilidad del sector salud.

Política Pública de Víctimas del Conflicto Armado: De manera periódica se realizan asistencias técnicas, seguimiento y acompañamiento a las acciones implementadas en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas PSPIC en los diferentes componentes establecidos en el anexo operativo. Las cuales permiten construir balances frente a la implementación e identificar las acciones de mejora correspondientes. Para este cuarto trimestre las asistencias técnicas y

seguimiento se realizan de manera remota en el marco de la emergencia sanitaria.

#### Política de Salud Sexual y Reproductiva - SSR:

Componente 1. Materno Perinatal: Dentro del seguimiento a las metas distritales planteadas en el proyecto de inversión de disminución de Razón la mortalidad materna (Meta 1) y de la Tasa de Mortalidad perinatal (Meta 2), de acuerdo a los indicadores planteados se evalúa el comportamiento de estos eventos de manera anual (mes de marzo), por lo que mensualmente se realiza una revisión en el número de casos, mostrando en la vigencia 2020 un leve incremento comparativamente con la línea base establecida (2018) posiblemente ocasionada por la disminución en la adherencia a los servicios esenciales de atención en contexto de la Pandemia por COVID-19, tales como: planificación familiar, control prenatal, interrupción voluntaria del embarazo, atención del parto institucional y atención oportuna de las emergencias obstétricas

Componente 2: Prevención de la Maternidad y Paternidad Temprana: Dentro de las metas propuestas para el seguimiento al embarazo en la adolescencia, se destaca la tendencia a la reducción de casos de nacimientos en mujeres menores de 19 años. Aunque se enuncia la reducción de casos las metas propuestas se miden en tasas anuales, se espera el dato final para evaluar el alcance logrado durante este año, sin embargo, continúa siendo un reto para la ciudad mantener la tendencia a la reducción en las tasas de fecundidad e adolescentes. La Pandemia ha visibilizado el riesgo de retroceder en el avance del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Aun es desconocido el impacto del confinamiento social en cuanto a tasas de fecundidad. Es un reto para la SDS aportar a la garantía de las atenciones en SSR para el curso de vida adolescencia.

Componente 3. ITS/VIH: Teniendo en cuenta las acciones realizadas en el Distrito la meta de transmisión materno infantil de VIH se mantiene en menos de 2 casos.

Teniendo en cuenta las acciones realizadas en el Distrito la meta de transmisión materno infantil de Hepatitis B se mantiene en 0 casos.

#### Dimensión Condiciones Crónicas No transmisibles:

Asistencia técnica en módulo de cáncer infantil de la estratégica AIEPI que se realizó a las Subred integradas de servicios en salud.

Se actualiza y se dan lineamientos para la implementación de la intervención Cuidate se feliz en el marco del plan territorial, el Plan Estratégico y Operativo en Bogotá y la necesidad de tamización e identificación de riesgos de la población expuesta y/o afectada por condiciones crónicas.

#### Programa Ampliado de Inmunización - PAI:

Se dio cumplimiento al 100% de la programación de los comités distritales mensuales programados, donde se presentó el avance de coberturas por localidad y EAPB, además en cada uno se presentaron temas de interés para el programa con lo son eventos interés salud pública, tecno vigilancia, seguimiento a coberturas y orientación en los lineamientos para la operación del PAI en el marco de la Pandemia COVID-19

Se generaron asesorías técnicas en las subredes y EAPB con el fin de fortalecer la elaboración y evaluación del plan acción 2020, además de la orientación para la implementación de la estrategia vacunación en casa.

Programa Enfermedades Transmitidas por Vectores - ETV: Durante el año 2020 se mantuvo la oportunidad respecto a la instauración de tratamiento en pacientes diagnosticados con malaria, monitoreo que realiza a través del indicador proporción de Pacientes de malaria con instauración oportuna de tratamiento, el cual durante el IV trimestre tuvo un comportamiento del 97%, y acumulado durante el año del 95%.

Programa Tuberculosis - Lepra: Mensualmente los equipos de los programas locales de

Tuberculosis y Lepra recibieron asistencia técnica dada por el nivel central, mediante la cual, se realizó fortalecimiento de capacidades continuo, de acuerdo, a las necesidades evidenciadas en los procesos de seguimiento, acompañamiento y las encuestas de percepción realizadas en las mismas asistencias técnicas.

Rutas Integrales - Canalización: Durante el 2020 proceso de Activación de Rutas, se logró fortalecer a las Subredes Integradas de Servicios de Salud, Empresas Administradoras de Planes de Beneficio, línea 106, línea psicoactiva en relación a la activación, gestión y seguimiento oportuno a cada uno de los casos que se generan en los diferentes espacios y procesos transversales, sobre la operación el PSPIC y cómo operan las canalizaciones con el fin de realizar la gestión mediante el módulo de Activación de Rutas (SIRC) y así , dar a a) respuesta a las necesidades en salud que se detectan en cada una de las 20 localidades; como también articulación con referentes locales para tener en cuenta los servicios actuales que se encontraban disponibles en el marco de la pandemia para la activación de las necesidades de servicios sociales.

El instrumento de canalizaciones y el Sistema de referencia y Contrareferencia (SIRC) de la Secretaría Distrital de Salud, continúa en proceso de ajustes y actualización, lo que permitirá fortalecer el proceso conforme a los proyectos, programas e intervenciones ejecutadas desde los espacios de vida cotidiana y direccionados a nivel sectorial e intersectorial, en el marco del PDS y emergencia sanitaria por COVID.

**l.** Se realizó las actividades requeridas y/o programadas de asistencia técnica para la gestión de la información de las acciones colectivas en salud pública (GESI):

Se realizaron asistencia técnica con las subredes para revisión del proceso, cajas de herramientas aplicativos. -Mejora en la atención de soporte por medio de mesa de ayuda y correo GESI.

**m.** Se lograron las actividades requeridas y/o programadas de asistencia técnica sobre procesos de Información, Educación y Comunicación (IEC), en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas PSPIC.

Se realizaron Asistencias Técnicas que permitieron fortalecer el producto del componente 3 de gobernanza consolidando una Estrategia de Comunicación en Salud Pública, vinculando diferentes dependencias y componentes de la GSP y el PSPIC.

-Se realizaron Asistencia Técnicas para el fortalecimiento del talento humano de los equipos del componente 3 de gobernanza en temas relacionados con: Resoluciones que abordan la IEC, Cultura de la Salud, Cultura del Cuidado y Educación para la salud.

**n.** Estabilización de aplicativos web UTIS, entornos escolares, regulación de fecundidad y madres comunitarias.

-Diseño y desarrollo de los aplicativos web Caracterización barrial y Salud mental.  
Cada uno con su respectiva ficha e instructivo.

Generación de exportables de los aplicativos para cada una de las subredes y -Centralización de las bases de datos en los servidores de la SDS.

Centralización de los aplicativos web en los servidores de la SDS. Actualización de las fichas e instructivos para los aplicativos de la nueva vigencia desde junio de 2020.

**Dificultades:**

1. La llegada del virus SARS- CoV 2 a la ciudad y el rápido avance de la Pandemia COVID-19, afectó la ejecución de las actividades planteadas para el primer semestre del año 2020, dado que por una parte, las acciones e intervenciones en salud pública, en los espacios de vivienda, educativo, trabajo y público, no podían realizarse como estaban establecidas, por condiciones de bioseguridad, distanciamiento, confinamiento y cierre de establecimientos comerciales, educativos y de servicios no esenciales; por otra parte, las condiciones laborales de los equipos de trabajo de salud pública, también requerían adaptarse a la nueva realidad y responder a las necesidades sobrevinientes de la población. Aunado a lo anterior, siendo responsabilidad del proceso, se debieron adoptar las normas del nivel nacional y distrital, y por lo tanto, adaptar las estrategias de intervención para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, enfocadas en la Pandemia COVID-19, lo cual implicó que el proceso GSP se revisara y modificara, así como los procedimientos asociados, los lineamientos para ejecutar las acciones colectivas contratadas y los recursos requeridos; esto, de acuerdo con el análisis de la información del avance de la pandemia y las necesidades de la población en lo referente a la salud colectiva, sin dejar de garantizar continuidad de los productos priorizados para las intervenciones colectivas esenciales del PSPIC, y la respuesta en salud pública, desde lo local, ante la emergencia sanitaria por Coronavirus – COVID–19.
2. Fue necesario realizar varias modificaciones contractuales a los contratos interadministrativos con las Subredes Integradas de Servicios de Salud, adiciones presupuestales, ajustes en los Anexos 6 , 7, 8 y 9 de los contratos Interadministrativos; esto, dada la situación cambiante de propagación del virus Coronavirus y la enfermedad Covid-19, su dinámica impredecible, los cambios normativos y la necesidad de dar respuesta a las decisiones del Gobierno Nacional y Distrital, siendo necesario fortalecer las estrategias y la adaptación de actividades en espacios de vivienda, educativo, trabajo y público, dado que no se pueden desarrollar actividades planeadas, por medidas de restricción, cuarentena y situación de riesgo en salud que debe ser abordada bajo otros parámetros.
3. Debido a la emergencia derivada del COVID-19 y los ajustes que se realizaron en el marco de las acciones del PSPIC y apoyo a la GSP, se generan cambios en los referentes de las políticas, por lo cual se evidencia la necesidad de desarrollar asistencias técnicas que posibiliten su contextualización con el proceso de las políticas y su gestión en la ciudad.
4. Ante las necesidades de información desde la salud pública sobre temas relacionados con el COVID-19, de la población y las entidades, durante el primer semestre de 2020, se desbordó la capacidad de respuesta de requerimientos, presentándose una situación de respuesta inoportuna, la cual requirió reorganizar la gestión y asignar recurso humano adicional, acciones que permitieron normalizar los tiempos y calidad de las respuestas.

#### **Acciones de Tratamiento:**

Teniendo en cuenta que el cumplimiento de las metas establecidas es del 100%, no se requiere establecer acciones de tratamiento, no obstante, para la mejora continua dada la situación emergente por la Pandemia COVID-19, es necesario plantear nuevos productos a contratar con las Subredes Integradas de Servicios de Salud, por lo que se realizó un proceso continuo de ajuste en lineamientos, priorización de productos y recursos, para dar respuesta a la emergencia, de manera más efectiva, así como la adición de recursos requeridos; lo cual se justificó y describió en las solicitudes de modificaciones contractuales, a contratación. Además, revisar y actualizar el proceso GSP y sus procedimientos asociados, los procedimientos Seguimiento a las acciones de Salud Pública, acciones colectivas y gestión y evaluación de políticas, planes, programas, estrategias en Salud Pública en el SGC del proceso, de manera que se ajustaran los cambios

normativos y operativos. Es necesario revisar y actualizar los procedimientos de lineamientos para el desarrollo de las acciones de apoyo a la gestión de la salud pública en lo local y del PSPIC y gestión de información de las acciones colectivas en salud pública, así como los instructivos, formatos y demás documentos asociados, teniendo en cuenta los cambios en la normatividad, generados, con la llegada del Coronavirus a la ciudad.

Para el caso del seguimiento a los contratos PSPIC, es necesario establecer necesidades ante el actual escenario, de manera que los contratos, ya contemplen actividades según problemática actual, en el marco del nuevo Plan Territorial de Salud y las directrices del Ministerio de Salud y Protección Social, y que cuenten con mecanismos de apoyo a la supervisión o interventoría.

**META 2:** Coordinar, implementar y seguir las acciones de articulación intersectorial y sectorial propuestas para la vigencia 2020 de las políticas públicas, planes, programas, proyectos y estrategias de salud pública en el Distrito Capital.

**INDICADOR ASOCIADO:** Porcentaje de cumplimiento de las actividades realizadas para implementación y seguimiento de las acciones para la articulación intersectorial y sectorial de las políticas públicas, planes, programas, proyectos y estrategias de salud pública a cargo de la Dirección de Salud Colectiva.

**Logros:**

Se participó en los espacios Distritales y articulación intersectorial y sectorial requeridos y programados donde se generó la coordinación y fortalecimiento técnico, relacionados con la implementación y monitoreo de políticas públicas, estrategias y programas:

**Política de Salud Mental:**

En el marco del grupo funcional de salud mental se avanza en la formulación del Programa Distrital de Salud Mental, estructurando posibles componentes a considerar y determinando posible metodología y trabajo en equipo para el desarrollo institucional. Se avanza en los posibles componentes del programa los cuales incluirán la promoción y prevención, gestión de riesgo individual, gestión del conocimiento, coordinación intersectorial y vigilancia en salud pública.

**Política de Ambiente:**

Se mantiene coordinación intersectorial permanente con diferentes entidades como la Secretaría de Ambiente, de Educación, Instituto de Protección y Bienestar Animal y Ministerio de Salud para la implementación de las acciones de la Política Distrital de Salud Ambiental.

**Política Trabajo:**

Capacitación brindada a los diferentes sectores económicos respecto a los protocolos de bioseguridad establecidos por el Gobierno Nacional y Distrital.  
Articulación y conformación de equipos intersectoriales para realizar seguimiento a la implementación de medidas de bioseguridad en el sector formal e informal de la economía.  
Desarrollo de acciones articuladas desde la Mesa PETIA para abordar el tema de trabajo infantil y la mendicidad en la ciudad.

**Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional - SAN:**

Coordinación y desarrollo como secretaria técnica de sesiones ordinarias y extraordinarias de la CISAN, UTA y CLSAN en las veinte localidades.

**Política Pública de Víctimas del Conflicto Armado**

Participación activamente en los Subcomités Temáticos de la Política Pública de Víctimas del Conflicto Armado convocados por la Alta Consejería para los Derechos de las Víctimas, la Paz y la Reconciliación (ADVPR) cabeza del Sistema Distrital de Atención y Reparación Integral a Víctimas del Conflicto Armado.

Por otro lado, la SDS propicia los espacios con las Mesas de Participación Efectiva para Comunidades Negras, Afrodescendientes, Palanqueras y Raizales, así como con los diferentes pueblos indígenas víctimas del conflicto armado residentes en el D.C.

#### Política Salud Sexual y Reproductiva - SSR:

Componente 1. Materno Perinatal: Se realiza de forma articulada y coordinada con el equipo de referentes técnicos de las diferentes dependencias de la secretaría, la implementación de acciones de seguimiento a planes de mejora en la atención de la población materno perinatal y de indicadores relacionados en las EAPBs en donde se presentan eventos priorizados de vigilancia en salud pública para la salud materna y neonatal como Plan de Choque.

Componente 2: Prevención de la Maternidad y Paternidad Temprana: Se realiza de forma mensual la reunión intersectorial del Programa Distrital para la Prevención y Atención de la Maternidad y Paternidad Temprana, se generan acciones de articulación y seguimiento a las metas definida en el Plan de Desarrollo

Componente 3: ITS/VIH: El comité Distrital de Promoción de la salud y prevención de las Enfermedades de transmisión sexual y del Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida VIH Creado por el artículo 45 del Decreto Nacional 1543 de 1997 como un órgano intersectorial de planificación, coordinación y asesoría de la Administración Distrital fue adoptado para el ámbito Distrital por el artículo 22 del Acuerdo 143 de 2005. Sin embargo, a partir del Decreto 547 de 2016 este Acuerdo fue modificado y el espacio fue fusionado con el Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud a pesar de encontrarse activo, cumpliendo su objeto y ser de obligatorio cumplimiento en el marco normativo nacional. Persiste la necesidad de un espacio continuo y específico para el tema de VIH-ITS en la ciudad, por lo cual se viene realizando la mesa técnica de VIH bimensual como espacio participativo de otras instancias sin ser de asistencia obligatoria ni normado.

#### Dimensión Condiciones Crónicas No transmisibles:

Mediante la intervención de acciones colectivas en zonas de severidad se realiza articulación con EAPBs a fin de lograr atención integral a personas expuestas o afectadas con enfermedades crónicas. Con las EAPB se realizó propuestas de atención integral en salud para las personas con enfermedades crónicas en el marco de la pandemia por COVID-19. Las EAPB participantes son Compensar, Coomeva, Capital Salud, Famisanar, Sanitas Aliansalud y Nueva EPS.

#### Programa Ampliado de Inmunización - PAI:

Se realizó articulaciones con SENA, DANE, Ministerio con el fin de generar alianzas para el fortalecimiento de la captación de población objeto de esquema regular de vacunación. Además, se generaron adopción y socialización a las subredes, EAPB, Educación y los espacios vivienda, educación, trabajo, y los programas que pertenecen a la subsecretaría de salud pública: de los lineamientos de la jornada de vacunación que se llevó a cabo con la intensificación vacunación de septiembre a diciembre, Se generó reuniones de articulación con los referentes de vigilancia y gerentes de subredes para planear la vacunación COVID-19 en el 2021.

#### Programa Enfermedades Transmitidas por Vectores - ETV:

Se coordinó espacio para actualización de las Arbovirosis (dengue, zika, chikungunya) para el personal de salud del Distrito Capital.

#### Programa Tuberculosis - Lepra:

La participación del programa de Tuberculosis en reuniones de pacientes y expacientes de Tuberculosis y Lepra, permite acercar a los usuarios a la institucionalidad, brindarles herramientas

para afrontar su diagnóstico y tratamiento, con el fin de mejorar la adherencia al tiramiento hasta lograr la curación.

#### SEGUIMIENTO SDQS ALCALDIA SISTEMA WEB

Se cumplen con los tiempos de oportunidad, cerrando en el aplicativo de la Alcaldía los requerimientos realizados en las fechas estipuladas.

#### SEGUIMIENTO PETICIONES DE LA SECRETARIA GENERAL –ALCALDIA DE BOGOTA Y CONCEJO DE BOGOTA

Se realizó el direccionamiento y seguimiento a la gestión administrativa y financiera de los contratos cuando corresponde, de persona jurídica y persona natural, a cargo la Dirección de Salud Colectiva, donde se genera por la contingencia de la emergencia manifiesta del COVID 19 aumento de la contratación de Persona Jurídica reportados con corte al 31 de diciembre de 2020: Contrato interadministrativo de comunicaciones firmado

Dieciséis (16) Contratos por Emergencia Manifiesta COVID 19 firmados.

Se realizó seguimiento al avance de metas y actividades del proyecto 1186, hasta junio de 2020, y se proporcionó información para el Plan de Salud 2020 - 2024, se realiza seguimiento de los nuevos proyectos de inversión con cumplimiento de metas para el Nuevo Plan Distrital de Salud de competencia de salud pública.

#### **Dificultades:**

1. Dada la emergencia sanitaria del COVID - 19 se presentan algunas dificultades para realizar la coordinación y seguimiento a las políticas, programas y estrategias de salud pública. Igualmente, ante el incremento en SDQS, se presentaron dificultades para cumplir de manera suficiente y aplicar los correctos controles de seguimiento para detectar el vencimiento de los términos de la SDQS de la Subsecretaría de Salud Pública.

#### **Acciones de Tratamiento:**

1. Se establecen mecanismos y estrategias para establecer la coordinación y seguimiento en forma remota. 2. Se realiza organización interna para la gestión y respuestas a requerimientos donde se logró establecer acciones inmediatas identificando el tipo y cantidad promedio de requerimientos que son asignados a la dependencia así como los flujos de información actual, se documenta el manejo a respuestas de requerimientos internos y externos de la Subsecretaría incluyendo el formato de control el cual se encuentra en aprobación por los directivos para que se oficialice en el sistema de gestión de calidad. Se realiza seguimiento y control a todas las respuestas de requerimientos de la Subsecretaría de Salud Pública.

**META 3:** Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS

**INDICADOR ASOCIADO:** Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS

#### **Logros:**

Se logra la actualización de la gestión documental del proceso incluyendo elementos de la normatividad y gestión. Se logra la actualización de los procedimientos de preparación acciones de apoyo GSP competencia y PSPIC, Seguimiento a las acciones de Salud Pública, acciones



colectivas, gestión y evaluación de políticas, planes, programas, estrategias en Salud Pública y gestión de información del proceso incluyendo elementos de la normatividad, igualmente, se revisa y actualiza la caracterización del proceso, toda la gestión documental del Centro de Zoonosis muy importantes para el aseguramiento de la calidad en la gestión de la Dependencia.

Se revisan e identifican normatividad vigente para el proceso realizando la actualización e inclusión al nomograma de la Dirección de Salud Colectiva y Subdirecciones con seguimiento a lo legal, donde por más que se reprogramo esta actividad en el I trimestre para el II trimestre se logró cumplir al 100% con lo programado, así como para el III y IV trimestre. Se actualiza el nomograma donde se incluyeron toda la normativa aplicada de la emergencia social, sanitaria y ambiental, por la llegada del Coronavirus – COVID-19 a la ciudad.

Se desarrollaron el 100% de las acciones programadas para el año 2020, los cumplimientos de las mismas aseguran el mantenimiento del sistema de Gestión de Calidad, en el marco de la certificación de la entidad en la norma, se reportó el POGD correspondiente, en el cual se realizó análisis de la gestión del proceso. Se cuenta con los informes de SEGPLAN del 2020.

Se autoevalúa los controles con los que se cuenta, permitiendo revisar si permiten mitigar la materialización de los riesgos y se realiza la actualización del mapa de riesgo mediante los resultados de la autoevaluación. Se realiza monitoreo de los riesgos de proceso y de corrupción, generando las evidencias de cumplimiento en los controles establecidos. El informe permite establecer las necesidades de ajustar los riesgos y controles.

Se realiza revisión por la Dirección de Salud Colectiva los cual permite establecer recursos, oportunidades de mejora a implementar en el año 2021 y se evalúan las acciones realizadas en el año 2020, Obteniendo como resultado el 100% de avance a la mejora planteada.

Se logró realizar la medición de la satisfacción del Cliente externo del proceso de Gestión en Salud Pública de la Subsecretaria de Salud Pública: Para el I semestre en las acciones implementadas en el Programa Distrital de Tuberculosis - lepra en Subredes Integradas de Servicios de Salud, IPS y personas afectadas por tuberculosis - lepra y se generaron mediante los resultados obtenidos acciones para abordar riesgos del proceso. Para el II semestre se evidenciaron los resultados de la percepción de calidad que las Subredes Integradas de Servicios de Salud tienen en lo referente a los contratos interadministrativos suscritos con el FFDS-SDS - 2020, para la ejecución de las acciones de apoyo a la Gestión en Salud Pública -GSP y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas -PSPIC.). Según los resultados obtenidos, no fue necesario establecer acciones en ISOLUCION, no obstante, se revisaron los diferentes comentarios de los encuestados, permitiendo así, fortalecer estrategias para la mejora.

"Ciclos de mejoramiento continuo del proceso de Gestión en Salud Pública, el cual se evidencia mediante la gestión del 100% de las acciones enfocadas a la mejora, salidas no conformes, planes con resultado efectivos de las visitas de control Interno en auditorias basadas en riesgos y calidad, logrando organizar la información de activos de información y actualizar lo correspondiente a la información de víctimas de conflicto armado y de salud oral, conciliaciones a nivel financiero. Se logra establecer oportunidades de mejora propias para el proceso en cuanto respuestas en el SDQS, talento humano, gestión documental, sistema de información. Adicionalmente, atendiendo a las acciones de mejora comprometidas con entes externos como la Contraloría General de la República y la de Bogotá, se gestionaron acciones de fortalecimiento en la supervisión de contratos PSPIC, control de reservas, avance en liquidaciones pendientes de contratos de persona jurídica, a cargo de la Subsecretaría; igualmente, se fortalecieron acciones para aumentar la cobertura de vacunación, para organizar la gestión en la línea 106, y se logró el cierre con cumplimiento, de todas las acciones de mejora vigentes a diciembre de 2019 - FFDS con la Contraloría de Bogotá.

Se realizaron distintas asistencias técnicas y socializaciones al interior de las dependencias de la

SSSP, para la preparación de la auditoria de renovación de la NTC ISO 9001- 2015, se logra obtener la renovación de la certificación para la SDS."

#### **Dificultades:**

1 Durante el primer trimestre de 2020, se presentaron situaciones sobrevinientes y ajenas a la voluntad y a la gestión del proceso de la Dirección, que implicaron la priorización en la destinación de tiempos, esfuerzos y recursos para atender la emergencia social, sanitaria y ambiental, por la llegada del Coronavirus — COVID-19 a la ciudad, afectando así la oportunidad y suficiencia de recursos para contratación inmediata de algunos referentes técnicos responsables de acciones no priorizadas en ese momento, entre estos, la de los gestores de calidad y el referente jurídico, lo cual generó la reprogramación de la actividad en el POGD para el II trimestre de 2020, se subsana y no se presente en el resto del año 2020.

2. Dada la cantidad de nuevas normas y necesidades de intervención en lo local, de acuerdo con la dinámica de la pandemia y por la emergencia sanitaria por COVID-19, fue requerido realizar de manera continua, varias modificaciones en los contratos interadministrativos con las Subredes, con múltiples adiciones presupuestales, prórrogas y otros; de manera que se pudiera dar respuesta a las necesidades de la población y al cumplimiento de la normatividad vigente; no obstante, que estas modificaciones estaban justificadas, la gestión contractual en este sentido, implicó acciones adicionales a las planeadas al inicio del 2020, al interior de la Subsecretaría y de otras dependencias. Así, fue requerido incrementar las actividades de seguimiento contractual en los aspectos técnicos y financieros, así como las administrativas tendientes a disponer de los recursos necesarios; igualmente, fue reiterado realizar el proceso de alistamiento de documentos, ajustes de lineamientos, justificaciones y formalización de las solicitudes de modificaciones contractual.

#### **Acciones de Tratamiento:**

Se revisó la arquitectura del proceso ajustando la caracterización y los procedimientos, realizando la inclusión de nuevas actividades y controles y evidenciando la interacción entre los mismos. Lo anterior, alineado con las metas del nuevo Plan de Desarrollo y de acuerdo con los cambios normativos y operativos que se presentaron en el año 2020.

**META 4:** Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.

**INDICADOR ASOCIADO:** Medición de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.

#### **Logros:**

- a. Revisión mensual del PAAC (Plan anticorrupción) e informe de seguimiento para el proceso de Gestión Salud Pública. Con cumplimiento del 100%
- b. Participación en la planeación e Implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) en la SDS para lo pertinente a la Subsecretaría de Salud Pública.
- c. Actualización de los numerales correspondientes a la Subsecretaría de Salud Pública, de la norma de transparencia estipulado en la Ley 1712 de 2014, en el Decreto 103 de 2015, y en la Resolución de Min TIC 3564 de 2015.
- d. Cumplimiento de la actividad aseguran el mantenimiento del sistema de Gestión de Calidad, en el marco de la certificación de la entidad en la norma.

#### **Dificultades:**

1. Dificultad en el seguimiento y control al inventario algunos elementos publicados sin actualizar en página web.

#### **Acciones de Tratamiento:**

1. Para garantizar el seguimiento y control se establece nuevo responsable desde la Dirección de Salud Colectiva, el cual garantizara su disponibilidad y actualización, de los contenidos en página web PSPIC y la GSP. Donde está realizando la articulación y solicitud con la Oficina de Comunicaciones y la Dirección de TIC.

#### **CONCLUSIONES**

1. 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 pesar de haber incrementado las necesidades de respuesta desde la salud pública ante la llegada de ella Pandemia COVID-19, se logró cumplir con las metas y actividades establecidas para el año 2020, de manera eficaz y de acuerdo con lo planeado. Igualmente, que a través de la gestión de la salud pública 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.

2. La Dirección de Salud Colectiva con sus dos subdirecciones: Acciones Colectivas y Determinantes en Salud Pública; a través del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y las acciones de apoyo de la Gestión en de la Salud Pública cumplió el 100% de las metas y actividades establecidas para el año 2020, las cuales aportan a las metas de ciudad y a la vez, se han adoptado y ajustado para dar respuesta integral a las necesidades de la población frente a la pandemia por COVID-19, respondiendo con ajustes y adiciones a los contratos PSPIC, gestión contractual para contar con recursos mediante las necesidades de la población.

3. El desarrollo de actividades de seguimiento a través verificación y supervisión permite generar asistencias técnicas, (asesorías, acompañamiento técnico) permanente y oportuno a través de diferentes medios (escrito, presencial, virtual), que realizan los profesionales de la Subsecretaría de Salud Pública a los productos o servicios; ha permitido cumplir con las metas propuestas al interior de la Dirección, propendiendo porque estos servicios o productos sean dados con criterios de calidad como son, la integralidad, oportunidad, continuidad y coherencia.

4. La dependencia cuenta con las herramientas para analizar, obtener información, generar conocimiento (las herramientas de medición y control), lo que ha permitido realizar la planificación, el control, el aseguramiento y la mejora de los procesos, en el marco del Sistema de Gestión de la Calidad.

**OBJETIVO 5. Fortalecer los procesos que soporten la gestión misional y estratégica de la entidad, mediante acciones que promuevan la administración transparente de los recursos, la gestión institucional, el ejercicio de la gobernanza y la corresponsabilidad social en salud.**

**Dirección:** ADMINISTRATIVA

**META 1:** Prestar los servicios administrativos de la Dirección Administrativa - Subdirección de Bienes y Servicios

**INDICADOR ASOCIADO:** Servicios administrativos de almacén, Propiedad Planta y Equipo, seguridad y control, transporte, correspondencia, gestión documental y realizar la Gestión Ambiental y la gestión contractual de la Entidad prestados

**Logros:**

- Las actividades de recepción, registro, almacenamiento, custodia y control de los bienes (de consumo y devolutivos) adquiridos por la entidad y que conforman la propiedad, planta y equipo se realizaron en un 100%.
- Los Servicios administrativos de Emergencias, Seguridad Estratégica y Control de Acceso a las Sedes que conforman la SDS prestados, así como continuidad en el manejo garantizado y el monitoreo y control de equipos que se administran desde el Sistema de Automatización Seguridad y Control se prestaron en un 100%.
- Las actividades del Plan Institucional de Gestión Ambiental se realizaron en un 100%.
- El servicio administrativo de transporte a los funcionarios de la SDS con vehículos propios y/o contratados se prestó en un 100%.
- El mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura física y bienes muebles e inmuebles de la SDS se realizó en un 100 % de lo programado
- Las actividades de contratación, seguimiento de proyecto de inversión y comodatos de la dirección se realizaron en un 100%

**Dificultades:**

1. En el primer trimestre el mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura física y bienes muebles e inmuebles de la SDS se realizó en un 66,66%, porque no se instalaron las llaves ahorradoras programadas

**Acciones de Tratamiento:**

Se compraron las llaves ahorradoras para la instalación

**META 2:** Realizar las acciones para la contratación

**INDICADOR ASOCIADO:** Acciones para la contratación realizadas

**Logros:**

- a. Se gestionaron las solicitudes de contratación tanto del Plan Anual de Adquisiciones aprobado para esta vigencia como los requerimientos nuevos que surgieron por la emergencia (COVID19), y las contrataciones con recursos IDEGER solicitadas.
- b. Se gestionaron las novedades contractuales que fueron radicadas en la subdirección las cuales incluyen adiciones, prorrogas, terminaciones anticipadas, cesiones entre otras.
- c. Se gestionaron las solicitudes de liquidación y/o pérdida de competencia que ingresaron al área durante el semestre.

**Dificultades:**

Por la emergencia sanitaria fue necesario ampliar el plan de adquisiciones y cumplir en el menor

tiempo posible con la contratación de diferentes servicios para el apoyo de la Emergencia.

**META 3:** Realizar las Acciones para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.

**INDICADOR ASOCIADO:** Acciones para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS realizadas

**Logros:**

- Las acciones para el cumplimiento de la Política Gestión Documental se gestionaron en un 83,00%.
- Las acciones para el cumplimiento de la Política de Fortalecimiento Institucional se gestionaron en un 100%
- El Modelo Integrado de Planeación y Gestión en la SDS se implementó en un 100%

**Dificultades:**

El Banco Terminológico de Series y Subseries Documentales para la SDS no se pudo elaborar, la Contratación de consultoría para el diseño del Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo -SGDEA no se pudo realizar y la actualización e implementación del Sistema Integrado de Conservación, según las necesidades de la entidad no se realizó.

**Acciones de Tratamiento:**

Programar para el 2021 la elaboración del Banco Terminológico de Series y Subseries Documentales para la SDS y la actualización e implementación del Sistema Integrado de Conservación, según las necesidades de la entidad.

**META 4:** Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS

**INDICADOR ASOCIADO:** Acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS realizadas

**Logros:**

- La documentación del Sistema de Gestión de la SDS fue gestionada en un 100 %.
- Las acciones que contribuyeron a la política de mejora normativa fueron implementadas en un 100%.
- El desempeño del proceso fue gestionado y monitoreado en un 100%.
- Los riesgos del proceso se gestionaron en un 100%
- El informe de revisión por la dirección se gestionó en un 100%
- La mejora continua del proceso fue gestionada en su mayoría con oportunidad.
- Mensualmente se consolidaron las normas expedidas o modificadas y se envían para actualización del normograma
- en el tercer trimestre se remitió la información para revisión por la Dirección.
- Se realizó el ejercicio para tres grupos: Referentes contractuales, Supervisores y Contratistas para medir la satisfacción del cliente externo en el servicio de expedición de certificaciones.
- Se elaboró el informe el cual arrojó resultados satisfactorios, sin embargo, se continuará afianzando por medio de capacitaciones en diferentes temas.
- Se apoyó en la auditoría para la renovación de la certificación SGC.

**META 5:** Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción

**INDICADOR ASOCIADO:** Acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción realizadas

**Logros:**

- Los componentes del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano se gestionaron y monitorearon en un 100%.
- Los requisitos establecidos en el Índice de Transparencia de las Entidades Públicas (ITEP) de la dirección administrativa y los estándares de publicación y divulgación de la información de transparencia y acceso a la información pública (TAIP) se cumplieron en un 98 %

**Dificultades:**

- No se remitieron oportunamente algunos documentos soporte en cumplimiento al TAIP - ITEP. ITB- (Tener en cuenta los tiempos establecidos en la normatividad vigente, así como los definidos en el plan de trabajo)
- La construcción del directorio de contratistas es dispendiosa puesto que debe realizarse de manera manual y carpeta por carpeta.
- No se remitieron oportunamente algunos documentos soporte en cumplimiento al TAIP - ITEP. ITB- (Tener en cuenta los tiempos establecidos en la normatividad vigente, así como los definidos en el plan de trabajo)

**Acciones de Tratamiento:**

- La Subdirección de Contratación está ajustando el Sistema de Contratación SISCO, con el fin de contar con la información contractual en tiempo real y en los desarrollos solicitados se incluyó los de recopilar información para este reporte.
- A partir de octubre se logró enlace al SIDEAP, se eliminó el formato en Excel y se está realizando la actualización a partir del reporte de la cuenta mensual.
- Remitir oportunamente para el 2021 el documento soporte en cumplimiento al TAIP - ITEP. ITB- (Tener en cuenta los tiempos establecidos en la normatividad vigente, así como los definidos en el plan de trabajo)

**CONCLUSIONES**

- La Subdirección de Contratación ha dado cumplimiento a las actividades plasmadas en el Plan Operativo de Gestión y Desempeño aun cuando las situaciones que se han generado a nivel interno (rotación de personal) y externo (emergencia) han obligado a esta área a dirigir sus esfuerzos para atender de manera prioritaria otros temas.
- Se prestaron en el 2020 un 100 % de los servicios administrativos de la Dirección Administrativa - Subdirección de Bienes y Servicios
- Se realizaron en el 2020 un 99,88% de las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS
- Se realizaron en el 2020 un 91,50 % de las acciones para la Implementación de las

Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS

- Se realizaron en el 2020 un 98,80% de las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.

**Dirección:** PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN TERRITORIAL Y TRANSECTORIALIDAD

**META 1:** Cumplir al 100%, las actividades propias para el funcionamiento de la Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio al Ciudadano.

**INDICADOR ASOCIADO:** Porcentaje de actividades realizadas para el funcionamiento Administrativo de la Subsecretaría.

**Logros:**

- a. Procesos Contractuales de persona Natural al 100% tramitados.
- B. Seguimiento a la ejecución de los cuatro convenios suscritos con las Subredes Integradas de Servicios de Salud.
- C. Desarrollo de actividades de orden Físico, financiero y presupuestal del proyecto de Inversión 7525 y 7750 al 100%.

**META 2:** Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS

**INDICADOR ASOCIADO:** Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS

**Logros:**

- a. Actualización de la Documentación conforme al Inventario documental del Proceso GSS
- b. Normatividad del Proceso GSS actualizado
- c. Cumplimiento en el reporte del POGD
- d. Actualización Mapa de Riesgos del Proceso GSS y de Corrupción.
- e. Aportes al Informe de Revisión por la Dirección
- f. Ejercicio de percepción del cliente realizado.
- g. Planes de mejora del Proceso gestionados.

**Dificultades:**

- 1. Problemas en el acceso a ISOLUCIÓN para realizar seguimiento a la Acción 2020

**Acciones de Tratamiento:**

- 1. Se realizó solicitud al supervisor del aplicativo y se gestionó el respectivo seguimiento.

**META 3:** Realizar las acciones para la implementación de las políticas de gestión y desempeño.

**INDICADOR ASOCIADO:**

**Logros:**

- Fortalecimiento del control social mediante la asistencia técnica a las Veedurías de nuevos hospitales, del Plan de Intervenciones colectivas, Salud Plena para las mujeres con enfoque diferencial, a los Proyectos de Inversión Local, Call Center, Infraestructura, docentes pensionados del Magisterio y a la Red de veedurías ciudadanas en salud.
- Rendición de Cuentas del Sector Salud 2020. Evento de modalidad Mixta (presencial SDS y Virtual Canal de YouTube y Facebook); Se obtuvieron los siguientes resultados: 315 asistentes, 280 espectadores conectados y 6193 alcance
- Cuatro (4) Diálogos de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones. "Diálogos

#### Ciudadanos Cuentas con Salud”

- Informe de Evaluación de la Estrategia “Cuentas con Salud 2020”
- Asistencia en el seguimiento de los Proyectos de Inversión Local en salud en las 20 localidades.
- Fortalecimiento de procesos organizativos en salud de la población víctima del conflicto armado en las localidades del Distrito Capital.
- Desarrollo de procesos participativos en salud con enfoque poblacional al 100%.
- Plan de adecuación 2019, IV Trimestre; e informe de Caracterización de Usuarios SDS
- Propuesta Plan Adecuación MIPG 2020, y Sostenibilidad del MIPG.
- Matriz para la alineación de Planes Institucionales y estratégicos de la SDS.
- informe de Gestión y Desempeño de Política de Participación ciudadana en el marco del MIPG

**META 4:** Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.

**INDICADOR ASOCIADO:** Medición de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.

#### **Logros:**

1. Formulación del Componente de Rendición de Cuentas del PAAC.
2. Reporto la matriz de PAAC, componente 3 de Rendición de Cuentas
3. Publicación de las convocatorias de Participación social de la vigencia 2020, con la información relacionada sobre Control social e instancias y formas de la red centro oriente, norte y sur Occidente

#### **Dificultades:**

1. Para realizar reuniones presenciales con ocasión de la Pandemia del COVID 19.

#### **Acciones de Tratamiento:**

1. La Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad, optó por incentivar la participación de la ciudadanía a través de las herramientas digitales. Por tanto, se decide impulsar el movimiento social digital a partir de la creación de la página en Facebook “Co-creando Buen Vivir”.

#### **CONCLUSIONES**

1. Cumplimiento de las 4 metas establecidas en el POGD de la Dirección de Participación social en Salud.
2. En la vigencia se ha cumplido con las actividades propias para el funcionamiento de la Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio al Ciudadano.
3. Se ha aportado en el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS, con la ejecución de acciones para este fin.
4. Se han desarrollado las acciones propias para el cumplimiento de la Política de Participación ciudadana en la Gestión Pública.

**Dirección:** PLANEACIÓN Y GESTIÓN SECTORIAL y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN



**META 1:** Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS

**INDICADOR ASOCIADO:** Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS

**Logros:**

Octubre a Diciembre: Se da cumplimiento al 100% de la actualización del Inventario Documental de la DPS y GCI acorde con la programación establecida.

Julio a septiembre: Con los siguientes productos, se da cumplimiento al porcentaje de ejecución pendiente del II trimestre (8,86%), y el programado para el III trimestre (13,33%), con la actualización de los siguientes documentos: \* procedimiento SDS-PGS-PR 024 "Administración de la información de RIPS" \*SDS-PGS-FT 025 "Resultado validación registros individuales de prestación de servicios de salud RIPS" \*SDS-PGS-FT 026 "Resultado de la validación RIPS de urgencias" \*Lineamiento SDS-PGS-LN 010 "Seguimiento Mensual a los Proyectos de Inversión del FFDS" \*Lineamiento SDS-PGS-LN 003 "Formulación y Modificaciones de Proyectos de Inversión del PDD". Es de precisar, que el proceso de GC+I cumplió con la actualización del inventario documental conforme a la programación del II trimestre.

Abril a junio: \*Del proceso GCI se actualizó el procedimiento SDS-GCI-PR-004-V2 ADQUISICIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL MATERIAL BIBLIOGRÁFICO. \*Del proceso PGS se actualizó el formato SDS-PGS-FT-084 V.1 Ficha técnica de indicadores a versión 3. y se desarrolló el formato SDS-PGS-FT-085 CONCEPTO VIABILIDAD DE PROYECTOS. \*Solicitud para la codificación de un nuevo documento del Proceso de RIPS. Manual de Usuario Cargador de RIPS SDS.

\*Se desarrollaron mesas de trabajo con el equipo de Gestión del Conocimiento para la actualización del procedimiento SDS-PGS-PR-024 Administración de la información de RIPS.

Enero a marzo: \*Del proceso GCI se actualizó: Formato cód. SDS-GCI-FT-016 Material bibliográfico para donar /reciclar.

\*Del proceso PGS se actualizó: 1. Formato SDS-PGS-FT-016 V.3. Seguimiento a metas - Proyectos de Inversión. 2. SDS-PGS-FT-017. V.3 Seguimiento a actividades - Proyectos de Inversión 3. SDS-PGS-FT-022. V.3 Territorialización. Además, se crean nuevos formatos:

4. SDS-PGS-FT-084 V.1 Ficha técnica de indicadores. 5. SDS-PGS-FT-083 V1 Acta de Validación RIPS."

Octubre a Diciembre: Se realiza el reporte Matriz Normograma de la Dirección de Planeación Sectorial actualizada al IV Trimestre. Del proceso de GCI no se presentaron normas nuevas durante el IV trimestre.

Julio a septiembre: Desde el grupo de Proyectos, se reportó al referente jurídico de la Subsecretaría, el Acuerdo 761 de 2020 PDD "Un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del Siglo XXI", y la Resolución 1242 de julio 2020 "Por la cual se modifica la Resolución 1252 de 2019 "Por la cual se definen los lineamientos para la gestión de los proyectos de inversión, gastos de funcionamiento del Fondo Financiero Distrital de Salud y los Financiados con recursos del Sistema General de Regalías" y se establecen otras disposiciones"" Circular No 039 de 2020 los demás grupos de la DPS, manifiestan que no hay normatividad nueva para reportar desde su proceso

Enero a julio: Actualización de normograma de los procesos PGS y GCI

Producto de una construcción participativa, la DPS formula su PGD, el cual contiene los retos y productos que nos proponemos alcanzar para la vigencia 2020. Así mismo, se genera instrumento

de formulación al interior de la dirección, que permite tener trazabilidad de nuevo base a los resultados de gestión de la DPS alcanzados al cierre de la vigencia 2019, presentamos a la DPIYC informe de gestión que contiene el resultado consolidado del seguimiento al POA 2019 de acuerdo a las metas propuesta para cada equipo funcional de la DPS esta gestión por equipos funcionales.

Octubre a Diciembre: Se diligencia el formato de POGD IV Trimestre por cada uno de los equipos funcionales de la DPS y se establecen las respectivas evidencias.

Julio a septiembre: A partir de las mesas de trabajo realizadas con los diferentes grupos que conforman la Dirección, con el propósito de determinar estado de avance, y verificación de la evidencia que lo sustenta; se construye reporte trimestral del PGDI.

Abril a junio: Reporte PGDI DPS

Enero a marzo: Reporte PGDI DPS

Con base a los resultados de gestión de la DPS alcanzados al cierre de la vigencia 2019, presentamos a la DPIYC informe de gestión que contiene el resultado consolidado del seguimiento al POA 2019 de acuerdo a las metas propuestas para cada equipo funcional de la DPS.

Julio a septiembre: Se cuenta con mapa de Riesgos actualizado conforme a la actividad establecida en el tablero de control de la Dirección de PIYC, para los procesos de PGS y GCI. Durante el mes de julio se logró desarrollar la autoevaluación, informe, y actualización del Mapa de riesgos.

Abril a junio:

1. Con el fin de actualizar el mapa de riesgos, se realizó contexto estratégico.
2. Se actualizo mapa de riesgos de corrupción acorde con el contexto estratégico de PGS ya que el proceso de GCI no cuenta con riesgos de corrupción.
3. Se realizó mesa de trabajo con los servidores de la DPS, a fin de actualizar la matriz de necesidades y exceptivas de las partes interesadas.
4. De manera participativa, el equipo de la DPS en cabeza del equipo funcional de calidad, consolida matriz ACI y PESTEL de para los procesos de PGS y GCI, actualmente, la matriz DOFA se encuentra en consolidación, debido a los inconvenientes presentados por la contingencia actual, lo cual no ha permitido el avance en la actividad.

Julio a septiembre: Se realizó informe de revisión por la Dirección, y fue socializado el día 28 de agosto, en el espacio "Comité Institucional de Gestión y Desempeño"

Octubre a Diciembre: Se desarrolla la actividad de Percepción del cliente con los procesos de GCI, Plan Anual de Adquisiciones y Traslado entre proyectos por parte de la Dirección de Planeación Sectorial.

Se consolidan los respectivos informes correspondientes a la Encuesta de Percepción del Cliente de los procesos de los procesos de GCI, Plan Anual de Adquisiciones y Traslado entre proyectos por parte de la Dirección de Planeación Sectorial.

Abril a junio: Matrices de resultados de las encuestas de percepción del cliente de los procesos de GCI y PGS.

Se realizó ejercicio e informe de percepción al cliente de los procesos de PGS y GCI, los cuales fue remitido a la D PIYC. Se aclara que él envió de éste se realizó (pendiente determinar fecha) dado

que la muestra con la que se contaba para realizado durante el II trimestre, no era suficiente en tamaño, (según concepto técnico del profesional estadístico con quien cuenta la DPS), a fin de realizar un análisis que refleje la realidad de los procesos, se aplica instrumento y consolidad informe, durante el III trimestre.

Octubre a Diciembre: Se gestionan los planes de acción establecidas en la Plataforma ISOIUCIÓN acorde con los tiempos establecidos por cada actividad.

Se gestionaron el cierre (1) y desarrollo (4) de 5 acciones y 2 oportunidades de mejora se gestionaron en la primera semana de Enero (46 y 47)

7/7= 100%

ICONTEC=100%

Promedio= 100%

Julio a septiembre:

El equipo de la DPS, participó activamente del espacio de cualificación y preparación para la visita ICONTEC convocado por la Dirección de PIYC.

Se determinará el estado de las siguientes acciones: ASIS. dos acciones en relación con ODS. GCI. Auditoria de Biblioteca con plan de mejoramiento reportado a OCI Proyectos. Balance Social con plan de acción al día. Contraloría. Abiertas 5 acciones con cumplimiento a plan de mejoramiento (Informe CVN, PAA, ASIS). Se aclara que la medición de tablero de control de la DPIYC se realiza en virtud de las acciones ISOLUCION las cuales se encuentran cerradas

Abril a junio: Archivo con seguimiento a las acciones de la DPS con corte a junio.

Enero a marzo: Archivo con seguimiento a las acciones de la DPS con corte a marzo.

#### **Dificultades:**

1. Frente a la actividad "Analizar la percepción al cliente", en el 1er Semestre de 2020 No se logró entregar los informes consolidados en las fechas establecidas, debido a que las muestras obtenidas para elaborar los respectivos informes no eran suficientes, por tanto, no pudo ser válida la información obtenida.

2. Por motivos de la emergencia sanitaria se incumplieron los cronogramas establecidos para la actualización del inventario documental de DPS en el primer Semestre de 2020. Sin embargo, en el segundo semestre se implementaron estrategias para dar cumplimiento a las actividades

#### **Acciones de Tratamiento:**

1. Frente a la actividad "Analizar la percepción al cliente" se optó por insistir en la aplicación de las encuestas a las partes interesadas, hasta que finalmente se obtuvo una muestra válida, y se cumplió con la actividad propuesta, iniciando el 3er trimestre.

2. Al finalizar la vigencia 2020 se logró concluir con la revisión y actualización del inventario documental de la DPS a través de mesas de trabajo virtual.

**META 2:** Realizar las acciones para la implementación de las políticas de gestión y desempeño.

**INDICADOR ASOCIADO:** Implementación de las políticas de gestión y desempeño.

**Logros:**

Frente al propósito de formular Plan de Gestión en Ciencia, tecnología e innovación para la salud para el cuatrienio 2020-2023.

Enero a marzo

1. Se cuenta con inventario, análisis y caracterización del talento humano de planta y de contrato de la SDS.
2. Se avanzó en la construcción de documento preliminar de plan de gestión.

Abril a junio

1. Se realizó documento de Aproximación a un análisis de situación en CT+II para la salud en la Secretaría de Salud de Bogotá
2. Se realizó documento: Hitos propuestos para la implementación de la Política Distrital de Ciencia, Tecnología e Innovación para el Sector Salud

Abril a junio

1. Se cuenta con inventario, análisis y caracterización del talento humano de planta y de contrato de la SDS.
2. Se avanzó en la construcción de documento preliminar de plan de gestión.

Julio a septiembre

Se cuenta con documento "Hitos propuestos para la implementación de la política Distrital de CT+I - Sector salud" el cual se define a partir de la pandemia, el PDD, las PP de salud y las PP de CT+I.

Frente al propósito de lograr apropiación social del conocimiento, a través de dos (2) números del volumen 22 de la Revista de Investigaciones en Seguridad Social y Salud.

Enero a marzo

1. Se revisó el diseño y diagramación del Volumen 21:2.
2. Se avanza en la construcción del Volumen 22: Contando con revisión de pares para doce (12) artículos y en Autores nueve (9) artículos.
3. Se encuentran indexados en la plataforma OJS los números de la Revista Investigaciones en Seguridad Social y Salud (intranet) 20-1, 20-2, 19-1, 19-2, 18-1-2.
4. Se realizó análisis comparativo entre la Resolución de la SDS y las orientaciones de Minciencias para los Comités de ética de investigación, remitiendo éste análisis a los miembros del Comité y a la espera de su retroalimentación.
5. Se solicitó a las dependencias que hacen parte del Comité, designar su delegado.
6. Se está participando en la Mesa de Gobernanza para el fortalecimiento de los Comités de ética de Minciencias, y de la actualización del directorio de actores para la ética de investigación de Minciencias, a la fecha se cuenta con la confirmación de 25 actores.

Abril a junio

1. Se revisó el diseño y diagramación del Volumen 21:2.
2. Se avanza en la construcción del Volumen 22: Contando con revisión de pares para doce (12) artículos y en Autores nueve (9) artículos.
3. Se encuentran indexados en la plataforma OJS los números de la Revista Investigaciones en Seguridad Social y Salud (intranet) 20-1, 20-2, 19-1, 19-2, 18-1-2.
4. Se realizó análisis comparativo entre la Resolución de la SDS y las orientaciones de Minciencias para los Comités de ética de investigación, remitiendo éste análisis a los miembros del Comité y a la espera de su retroalimentación.
5. Se solicitó a las dependencias que hacen parte del Comité, designar su delegado.
6. Se está participando en la Mesa de Gobernanza para el fortalecimiento de los Comités de ética de Ministerio de Ciencia Tecnología e Innovación, y de la actualización del directorio de actores para la ética de investigación de Ministerio de Ciencia Tecnología e Innovación, a la fecha se cuenta con la confirmación de 25 actores.

#### Julio a septiembre

1. Se cuenta con plan de trabajo, el cual fue construido en desarrollo del Comité Editorial y Científico de la Revista, y se socializó en dicho Comité, se está en proceso de realizar el cargue de este en formato dispuesto por ISOLUCION.
2. Se cuenta con el volumen 22:1 de la revista, el cual se encuentra listo para iniciar proceso de revisión de estilo y diagramación.
3. V22:2 se encuentra en proceso de construcción de artículos.
4. La revista se encuentra alojada en la plataforma OJS.
5. Está abierta la convocatoria para el volumen 23 vigencia 2021.
6. Se elaboraron los estudios previos para la contratación de la revista.
7. Se han realizado los avales éticos, que han sido solicitados durante en el periodo comprendido entre julio y septiembre.
8. Se cuenta con el primer documento borrador, de lineamiento del Comité de Investigaciones y Ética de la SDS.
9. Se realizaron 3 sesiones del Comité, en el cual se avalaron 8 investigaciones.
10. Se cuenta con Tabla Maestra actualizada hasta la reunión de septiembre.

Frente al propósito de implementar y Sostener la Dimensión de gestión del conocimiento e innovación de MIPG en la SDS para 2020.

#### Enero a marzo

1. Se realiza seguimiento a los compromisos adquiridos en el Plan de Adecuación.
2. Se crea la carpeta Drive 2020 con los documentos relacionados trabajados en el proceso.
3. Se envía memorando a las dependencias de la SDS, a fin de solicitar la designación de referente a las mesas de trabajo en la Dimensión Gestión del conocimiento e Innovación de MIPG.
4. Se actualiza directorio de referentes de MIPG para vigencia 2020.
5. Se realiza mesa de trabajo, en la cual se socializan los compromisos adquiridos en el Plan de adecuación de MIPG.
6. Se socializa a referentes, plan de trabajo del Repositorio Institucional.
7. Repositorio: Contiene documentos preliminares de lineamientos y plan de trabajo para la construcción del mismo.
8. Semillero de Innovación: Se avanzó en la programación de la primera actividad, y proceso de convocatoria.
9. Investigaciones Habla: se ajustó el diseño de la plantilla de Investigaciones Habla. Inició el proceso de comunicados relacionados con aprendizajes y bibliografía como apoyo a la situación de Pandemia.
10. Punto vive digital y Biblioteca: Se participa en reunión de la Alta Consejería de TIC, con el fin de buscar aliados para nuevas proyecciones del PVD 2020 - 2024.
11. Coordinación con Capital Salud para nuevos cursos: Se entregaron 130 paz y salvos de biblioteca y se realizó la gestión para la pintura de las instalaciones.

#### Abril a junio

1. Se realiza seguimiento a los compromisos adquiridos en el Plan de Adecuación.
2. Se crea la carpeta Drive 2020 con los documentos relacionados trabajados en el proceso.
3. Se envía memorando a las dependencias de la SDS, a fin de solicitar la designación de referente a las mesas de trabajo en la Dimensión Gestión del conocimiento e Innovación de MIPG.
4. Se actualiza directorio de referentes de MIPG para vigencia 2020.
5. Se realiza mesa de trabajo, en la cual se socializan los compromisos adquiridos en el Plan de adecuación de MIPG.
6. Se socializa a referentes, plan de trabajo del Repositorio Institucional.
7. Repositorio: Contiene documentos preliminares de lineamientos y plan de trabajo para la construcción del mismo.
8. Semillero de Innovación: Se avanzó en la programación de la primera actividad, y proceso de convocatoria.

9. Investigaciones Habla: se ajustó el diseño de la plantilla de Investigaciones Habla. Inició el proceso de comunicados relacionados con aprendizajes y bibliografía como apoyo a la situación de Pandemia.

10. Punto vive digital y Biblioteca: Se participa en reunión de la Alta Consejería de TIC, con el fin de buscar aliados para nuevas proyecciones del PVD 2020 - 2024.

11. Coordinación con Capital Salud para nuevos cursos: Se entregaron 130 paz y salvos de biblioteca y se realizó la gestión para la pintura de las instalaciones.

#### Julio a septiembre

1. Se cuenta con seguimiento, a los compromisos adquiridos en el Plan de Adecuación.

2. Se cuenta con los documentos de soporte a cada una de las actividades del Plan de Adecuación, en la carpeta OneDrive 2020.

3. Se realizaron tres (3) mesas de trabajo de la Dimensión de Gestión del Conocimiento, dando cumplimiento a nueve (9) compromisos

4. Se continúa enviando comunicados a diferentes dependencias, mediante los cuales se solicita avance en los compromisos de la Dimensión Gestión del Conocimiento e Innovación en MIPG.

5. Se mantiene actualizado el directorio de referentes de MIPG para el 2020.

6. Se realiza mesa de trabajo donde se socializan los compromisos adquiridos en el Plan de adecuación de MIPG, y se trabaja en temas conceptuales.

7. Mesa de Gestión del conocimiento: De los (21) compromisos adquiridos, se cuenta con cumplimiento de nueve (9), los cuales se pueden verificar en la matriz de seguimiento y en OneDrive.

#### Octubre a Diciembre:

1. Se cuenta con el plan estratégico de la Revista de Investigaciones en Seguridad Social y Salud.

2. Se cuenta con el lineamiento del Comité de Investigaciones y Ética de la SDS.

3. Se realizó seguimiento mensual al plan de adecuación de la dimensión de gestión del conocimiento.

4. Se realizaron dos mesas de trabajo para el seguimiento y evaluación de las actividades anuales de la Mesa de Gestión del Conocimiento.

\*Se mantiene actualizado el directorio de referentes de MIPG para la vigencia 2020.

\*Se realiza mesa de trabajo donde se socializan los compromisos adquiridos en el Plan de adecuación de MIPG, y se trabaja en temas conceptuales.

5. \*Mesa de Gestión del Conocimiento: Se cuenta con la mesa de gestión del conocimiento activa, con reuniones de seguimiento mensual, de acuerdo con el Plan de Adecuación.

\* Se realizó seguimiento al 100% de los compromisos del Plan de Adecuación.

Frente al propósito de desarrollar, actualizar y mantener las herramientas tecnológicas de la DPS:

1. Automatización de tablas de referencia del BD RIPS.

#### Enero a marzo

Se adicionaron modificaciones a la aplicación Servicio RIPS que permiten mantener actualizadas las tablas de referencia de CUPS y prestadores de la base de datos local, con la información de la base de datos Rips de una forma simple.

#### Abril a junio

Automatizar las tablas de referencia de la base de datos RIPS para que la consulta se produzca más ágil y simplificada

2. Unificación de la codificación de errores del validador RIPS.

#### Enero a marzo

Se actualizó la aplicación Validador RIPS con las tablas de referencias a la fecha y se generó versión 3.7 para publicación en la página de la entidad

3. Cuadros de mando incorporando las bases de datos de población especial, administrada por la

## Dirección de Aseguramiento de la SDS en el Visualizador

Enero a marzo

Se construyó los diferentes cuadros de mando para las poblaciones especiales entregadas por la Dirección de Aseguramiento.

Abril a junio Se construyó los diferentes cuadros de mando para las poblaciones especiales entregadas por la Dirección de Aseguramiento

Frente al propósito de diseñar e implementar estrategias de capacitación en la información a cargo de la DPS

Capacitaciones.

Capacitación a Prestadores con atenciones a pacientes particulares

Enero a marzo

1. El día 05 de febrero de los corrientes, se capacitó a 154 prestadores con atenciones a pacientes particulares en el proceso necesario para realizar el reporte mensual de los RIPS.

Abril a junio: Se desarrolló una herramienta de autoaprendizaje (E-learning) como estrategia para realizar la capacitación a los prestadores con atenciones a pacientes particulares y se llevaron a cabo los encuentros virtuales de capacitación los días 11, 16, 17 y 18 de junio de 2020.

Videos tutoriales.

Enero a marzo

1. Se realizó propuesta con nuevas plantillas para videos tutoriales, las cuales fueron remitidas a la Oficina asesora de Comunicaciones para contar con su aprobación.

2. La oficina asesora de comunicaciones de la SDS, aprobó la plantilla definitiva para videos tutoriales, de las propuestas presentadas por el EF de gestión de la información de la DPS.

Octubre a Diciembre: Se realizaron las modificaciones respectivas, así como la actualización de las tablas de referencia y otros cambios solicitados. Se genera versión de validador 3.11

Se elabora documento de diseño del modelo de datos OLAP para la nueva base de datos, incluyendo el propósito, los objetivos y la definición del proceso de negocio de la primera etapa RIPS

Se crea ETL para la actualización de la información del DataWarehouse. Se diseña la estructura inicial para el proceso de actualización

Se entregó la nueva versión y código fuente de la plataforma al área de TIC para que se realizaran pruebas respectivas de la nueva versión, se publicó en los servidores de la SDS.

Se capacitó a dos ingenieros internos en la administración y a los prestadores con atención a pacientes particulares en el nuevo uso de la plataforma Web "Cargador RIPS".

Se hace el envío a la oficina de comunicaciones previa presentación del Visualizador de Poblaciones Especiales a los integrantes de la oficina de Comunicaciones. Lo anterior, para su aprobación y publicación en la Intranet de la Institución.

Se capacitaron de forma virtual a 392 prestadores con atenciones a pacientes particulares en los meses de octubre a diciembre.

Se inicia proceso de inscripciones a capacitaciones de enero de 2021.

Se gestionó el proceso de publicación de los videos actualizados con toda la imagenología del nuevo gobierno, el equipo de comunicaciones publicó los videos en el canal de YouTube

Se realizó capacitación el día 13 de noviembre sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo IVE dando los lineamientos para el proceso de validación RIPS al Materno perinatal de la Subred Suroccidente.

Se realizaron capacitaciones a las cuatro (4) subredes, cuyas fechas fueron programadas de la siguiente forma: Subred Centro Oriente noviembre 18, Subred Sur noviembre 19, Subred Norte noviembre 25 y Subred Suroccidente noviembre 26 del año 2020, despejando las dudas en cuanto al reporte y la codificación de las actividades, para el cargue de RIPS. Se dio línea frente a la normatividad vigente, y codificación utilizada en el procedimiento, para el correcto reporte de las actividades establecidas para Covid19. La población objeto de esta capacitación fueron los facturadores, admisiones, autorizaciones y trabajo social

Lineamiento Proceso de Validación RIPS Subredes, estado actual de información aprobada por tipo de población, cargue información web.

Documento "Informe Capacitación Virtual"

Socialización de la versión 3.10 del validador cuyo objetivo es el mejoramiento continuo de la calidad de la información tanto, para la red Adscrita como para la No Adscrita.

Se realizaron auditorias virtuales a las cuatro (4) subredes, cuyas fechas fueron programadas de la siguiente forma: Subred Centro Oriente octubre 22, Subred Sur octubre 26, Subred Norte octubre 27 y Subred Suroccidente octubre 29 del 2020. La población objeto de esta capacitación fueron los facturadores, admisiones, autorizaciones y trabajo social

Se dieron observaciones y posibles hallazgos de no conformidad según evidencias.

Documento "Informe Auditoria Virtual"

Actualización del ASIS de la población de la ciudad, integrando análisis epidemiológico, aseguramiento y condiciones de vida de los habitantes de la capital.

Enero a marzo

1. Se consolidó propuesta de lineamiento para análisis Distrital y local, la cual será presentada y debatida en el espacio del comité ASIS.
2. Se solicitará a las dependencias de la SDS mediante memorando, designación de delegado ante el comité ASIS.
3. Se iniciará proceso de organización de mesas de trabajo al interior del comité

Abril a junio

1. Salidas de información organizada
2. Avances documentos preliminares que aportan al análisis de situación de calidad de vida y salud del Distrito capital.

Elaboración y actualización de los diagnósticos en salud de las veinte (20) localidades y a nivel de Subredes integradas de servicios de salud

Enero a marzo

1. Se consolidó propuesta de lineamiento para análisis Distrital y local, la cual será presentada y debatida en el espacio del comité ASIS.
2. Se solicitará las dependencias de la SDS mediante memorando, designación de delegado ante



el comité ASIS.

3. Se iniciará proceso de organización de mesas de trabajo al interior del comité

Abril a junio

1. Bases de datos y documentos consultados para obtener la información requerida, por localidad

2. Salidas de información organizada, por localidad

3. Se avanza en la construcción de documentos preliminares, que aporta a localidad

Espacio interdependencias para el análisis de eventos en salud priorizados para el Distrito Capital

Enero a marzo

Se consolidó propuesta de lineamiento para análisis de prioridades, la cual será debatida en desarrollo del Comité ASIS

Abril a junio

Se cuenta con bases de datos y documentos consultados para obtener la información requerida para cada localidad

Octubre a Diciembre: Se realizó socialización de documentos y versión resumida mediante envío por correo a profesionales del sector salud.

Se consolidó documento con el análisis econométrico de movilidad de aseguramiento en salud, Bogotá 2010\_2020

Se socializaron resultados con el Director como insumo para la toma de decisiones.

Marzo a junio: 1. Se consolida el cierre e informe de seguimiento al Plan financiero territorial en salud para las vigencias 2015-2019

2. Se da inicio al proceso de planificación de las finanzas públicas que permitirán alcanzar las metas propuestas por el sector salud para la vigencia 2020-2024 en concordancia con el plan de desarrollo Distrital "Un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI"

3. Se proyecta y logra la aprobación del PAS para la vigencia 2020, el cual demarca la línea de acción de la SDS en concordancia con el PDD y PTS 2016-2020. julio a octubre. \* Se cuenta con Plan Financiero de recursos administrados por la SDS, el cual fue enviado a la SDH en mes de agosto. \* El anteproyecto del FFDS, fue presentado a la SDH en los términos y tiempos solicitados.

Enero a marzo: Se realizó el cierre de la territorialización con corte a diciembre 2019, a partir de las variables: presupuesto ejecutado y análisis cualitativo. 2. Se realiza control a la ejecución de los proyectos de inversión por fuente con corte a marzo 31 2020. 3. Para el cargue del primer trimestre de la territorialización del presupuesto en las localidades 2020, se espera contar con el seguimiento a los proyectos de inversión.

Abril a Junio: 1. Se realizó informe cuantitativo y cualitativo de la ejecución presupuestal a través de los proyectos de inversión del Fondo Financiero Distrital en Salud que territorializan el presupuesto en las localidades de Bogotá. Fecha de corte marzo 2020. Plan Distrital de Desarrollo Bogotá Mejor para Todos. 2. Por el proceso de armonización presupuestal se presenta informe cuantitativo de la ejecución presupuestal a través de los proyectos de inversión del Fondo Financiero de Salud que territorializan presupuesto en las localidades con fecha de corte mayo 2020. Cierre Plan Distrital de Desarrollo Bogotá Mejor para Todos. Julio a octubre. Se preparó el instrumento de seguimiento a la inversión directa del FFDS (Matrices de seguimiento), éstas fueron socializadas a cada uno de los referentes de PI, y remitidas para su diligenciamiento vía correo electrónico. Se instituyeron comités semanales de seguimiento a la ejecución financiera, con participación de

Directivos de la entidad. Se cuenta con formato SDS PGS FT 087 "Matriz programación, y seguimiento PI del FFDS" el cual ha sido codificado y se encuentra en proceso de aprobación por el director de la DPS, de cara a contar con instrumentos de control y seguimiento frente a una Auditoría.

Octubre a Diciembre: Asistencia técnica a los referentes de las diferentes direcciones en el seguimiento a los proyectos de inversión del FFDS correspondiente a los meses de octubre a noviembre de 2020, en los diferentes instrumentos dispuestos como las matrices de seguimiento y en el aplicativo SPI Territorio de la Dirección Nacional de Planeación - DNP.

Abril a Junio: Formulación en la metodología MGA de los 17 proyectos de inversión del Fondo Financiero Distrital de Salud, para el Plan de Desarrollo Distrital "Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para el siglo XXI" 2020-2024 y registrados apropiadamente en el aplicativo MGA de Planeación Nacional

Octubre a Diciembre: Se elaboró en conjunto con la Dirección Financiera la Circular de Cierre 2020 y apertura 2021 para los proyectos de inversión del FFDS en el marco del Plan de Desarrollo "Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI"

Enero a marzo: Se realizó el cierre 2019 y actualización para la vigencia 2020 de los 13 proyectos de inversión del FFDS en conjunto con los referentes de cada una de las direcciones a cargo y de los referentes de la dirección de Planeación Sectorial.

Abril a Junio: \* Durante el II trimestre de 2020, en el proceso de seguimiento, se realizó el seguimiento a los proyectos de inversión correspondiente a los meses de marzo, abril y mayo de los 13 proyectos de inversión en su componente técnico y financiero. \* En el proceso de formulación, a partir del mes de mayo se inició la formulación de los 17 proyectos del Plan de Desarrollo "Un Nuevo Contrato Social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI", aprobado por el Concejo de Bogotá mediante Acuerdo 761 de 11 de junio de 2020.

Julio a octubre: 1. Se realizaron mesas de trabajo, a fin de cualificar a ejecutores y gerentes de PI, en las herramientas de ser seguimiento: Sistema de Seguimiento de Proyectos de Inversión (SPI) del Departamento Nacional de Planeación (DNP) y el Sistema de Seguimiento a la Planeación (SEGPLAN) de la Secretaría Distrital de Planeación (SDP). 2. Se brindó asesoría y asistencia técnica, frente a instrumento de seguimiento "Matriz programación, y seguimiento PI del FFDS" incluyendo variables asociadas a enfoque poblacional, diferencial, territorial y de género, e indicadores, la cual ha sido retroalimentada y convalidada por los actores que participan en el proceso. 3. Se han venido clarificando, la situación que surgió en el proceso de formulación de los PI frente a la construcción de los indicadores de medición, situación que a la fecha ha sido sorteada. 4. Se ha brindado asistencia profesional en el componente financiero a los PI del FDS durante este trimestre.

Octubre a Diciembre: Se efectúan al cierre de cada mes los correos de asistencia técnica en los seguimientos físicos y financieros con los respectivos Gerentes de los proyectos de Inversión

Enero a marzo: 1. Balance de Gestión vigencia 2019, a partir de los indicadores del Acdo 067 de 2002. 2. Informe de indicadores ODS SDS vigencia 2019.  
Abril a junio: Plan trabajo y Guía para el seguimiento y balance de resultados de los ODS, por el Sector Salud en el Distrito Capital.

Julio a octubre. Se realiza Análisis y generación de información de eventos en salud priorizados a demanda, se cuenta con doce (12) análisis que desde la Dirección se emitieron durante éste trimestre, para dar respuesta a instancias de control y ciudadanía.

Octubre a Diciembre: Se definió la matriz de seguimiento a los Objetivos de Desarrollo Sostenible - ODS, teniendo como fuente de información los avances en la ejecución de los Proyectos de Inversión del Fondo Financiero Distrital de Salud -FFDS para el periodo 2020-2024.

Enero a marzo: Se presenta a la directora de DPS, mediante correo electrónico: Tablero de Control e Informe de seguimiento a Proyectos de Inversión con corte al mes de diciembre 2019, con el fin de ser presentado en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

Abril a junio: Se presenta al Director de la DPS, Tablero de Control de los meses de abril y mayo. Se consolida Informe de seguimiento a Proyectos de Inversión con corte al mes de mayo 2020 y presentación de éstos resultados, con el fin de ser presentados por el Director en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

Julio a octubre. \*Se adelanta proceso de alistamiento de la herramienta que permitirá consolidar el Tablero de control de la ejecución física y financiera de los PI del FFDS. \*Se ha iniciado proceso de articulación entre los grupos ASIS, y gestión de la información, de la Dirección; a fin de mejorar y automatizar la herramienta tecnológica a partir de la cual se consolida el Tablero de control, y ahondar en el análisis de los indicadores que dan cuenta de la situación en salud de Bogotá DC. Para éste fin, se avanza en procedimiento de articulación.

Octubre a Diciembre: Se consolida la información del Tablero de Control de los proyectos de Inversión con corte III Trimestre de 2020.

Enero a marzo: Se dio cumplimiento al Decreto 171 de 2013, en el sentido de implementar y realizar el seguimiento de la gestión y la inversión realizada por el sector salud en el marco de los Planes de Acción de las Políticas Públicas poblacionales:

- \*Infancia y adolescencia
- \*Discapacidad
- \*Habitante de calle
- \*Familia
- \*Adulthood
- \*Vejez y envejecimiento
- \*Etnias[Afros, Indígenas, Rrom, Raizal]

---

\*LGBTI

\*Víctimas del conflicto armado

De acuerdo con la normatividad establecida para estas dos políticas, los informes de seguimiento deben entregarse de manera trimestral.

Abril a Junio: e acuerdo con lo establecido en Decreto 171 de 2013, respecto a realizar el seguimiento de la gestión y la inversión realizada por el sector salud en el marco de los Planes de Acción de las Políticas Públicas poblacionales:

- \*Discapacidad
- \*Habitante de calle
- \*Familia
- \*Adulthood
- \*Vejez y envejecimiento
- \*Etnias [Afros, Indígenas, Rrom, Raizal]

se avanza en el envío de los lineamientos a los referentes poblacionales para la realización de los informes de seguimiento (I semestre 2020), los cuales deben ser entregados el 23 de julio de 2020, en cumplimiento del Decreto 171.

\*LGBTI

\*Informe FUT [Seguimiento a la inversión]-Victimas del conflicto armado

De acuerdo con la normatividad establecida para estas dos políticas, los informes de seguimiento deben entregarse de manera trimestral.

\*Juventud [Informe I Trimestre 2020]

Julio a octubre. Se cuenta con la actualización y armonización de Planes de Acción de las políticas públicas de: Discapacidad e Infancia y Adolescencia, para la vigencia 2020, y propuesta para vigencia 2021. julio a octubre. Se cuenta con la actualización y armonización de Planes de Acción de las políticas públicas de: Discapacidad e Infancia y Adolescencia, para la vigencia 2020, y propuesta para vigencia 2021.

Octubre a Diciembre:

1.1 En el marco del Artículo 66 del Plan de Desarrollo Un nuevo contrato Social, se realizó seguimiento a las Acciones afirmativas para las poblaciones étnicas 2021-2024: Indígenas, Afrodescendientes, Rrom, Palenqueros y Raizales.

1.2 Se realizó el seguimiento a la implementación del Plan de Acción de la Política LGBTI correspondiente al III trimestre de 2020, este informe fue enviado a la Secretaría Distrital de Planeación a través del aplicativo SIPA.

1.3 Se brindó asistencia técnica para la elaboración de los Informes de seguimiento a los Planes de acción de las Políticas Poblacionales (Infancia y adolescencia, juventud, adultez, vejez y envejecimiento, familias, habitante de calle y discapacidad) correspondiente al II semestre de 2020, puntualmente se enviaron lineamientos a los referentes poblacionales de la SDS y se realizó reunión de asistencia técnica.

1.4 Asistencia y aportes técnicos para la elaboración y entrega del informe correspondiente al tercer trimestre de 2020 de la Política distrital de juventud 2019-2030.

Octubre a Diciembre:

2.1 Con el fin de dar cumplimiento a la Circular 00014 de 2020, se culminó y entregó a la Secretaría de Hacienda el cierre presupuestal 2020 y Anteproyecto de presupuesto 2021 de Infancia, Adolescencia y juventud.

2.2 Dando cumplimiento a la Directiva No. 004 de 2013, nos permitimos enviar el Formulario Único Territorial - FUT III Trimestre 2020

Enero a marzo: 1. Se cuenta con la herramienta PAA actualizada a 31/03/2020 a través de las modificaciones presentadas por los referentes del PAA para los diferentes PI. 2. Una vez se da trámite a la modificación, se actualiza el PAA en One drive, SISCO y SECOP, actividad que se viene realizando de manera permanente y a demanda, para este primer trimestre se han realizado cuarenta y ocho (48) modificaciones al PAA. 3. Se realiza seguimiento mensual a la ejecución del PAA con corte 29/02/2020. 4. El 25/01/2020 se hizo entrega de presentación e informe trimestral de ejecución del PAA frente a su planeación correspondiente al IV Trimestre 2019 consolidado (corte 31/12/2019), para ser presentado en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño. 5. Se brindó capacitación a nuevos referentes del PAA de los proyectos 7522, 7523 y 7524. La actividad de asesoría es permanente para todos los usuarios de información relacionada con el PAA de la entidad.

Abril a junio:1. Se cuenta con la herramienta PAA actualizada a 30/06/2020 a través de las modificaciones presentadas por los referentes del PAA para los diferentes PI. 2. Una vez se da trámite a la modificación, se actualiza el PAA en One drive, SISCO y SECOP, actividad que se

viene realizando de manera permanente y a demanda, para este segundo trimestre se han realizado ciento dieciséis (116) modificaciones al PAA. 3. Se realiza seguimiento mensual a la ejecución del PAA con corte 30/06/2020. Cerrando así seguimiento a la ejecución del presupuesto en el PAA para la administración BMPT. 4. Se hizo entrega de informe de ejecución del PAA frente a su planeación para el periodo abril - mayo 2020 consolidado solicitado por el Director de Planeación Sectorial; el 29/04/2020 Se entrega informe trimestral de ejecución del PAA (enero-marzo de 2020) para ser presentado en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño. 5. Se brindó soporte técnico a los referentes del PAA de los proyectos de inversión relacionado con el cierre del PAA\_BMPT y formulación del nuevo PAA\_UNCSAB. La actividad de asesoría es permanente para todos los usuarios de información relacionada con el PAA de la entidad.

julio a octubre. Se cuenta con PAA actualizado a la fecha, se ha revisado, y avalado las diferentes solicitudes de modificación al PAA, recepcionadas en la DPS, que para éste trimestre fueron sesenta (60), una vez verificado el cumplimiento de los requisitos. información que se encuentra disponible para consulta de los interesados en el repositorio y carpeta compartida, dispuesta para este fin; una vez surtido el proceso, se verifica el cargue de la información en OneDrive, SISCO y SECOP. julio a octubre. Se cuenta con PAA actualizado a la fecha, se ha revisado, y avalado las diferentes solicitudes de modificación al PAA, recepcionadas en la DPS, que para éste trimestre fueron sesenta (60), una vez verificado el cumplimiento de los requisitos. información que se encuentra disponible para consulta de los interesados en el repositorio y carpeta compartida, dispuesta para este fin; una vez surtido el proceso, se verifica el cargue de la información en OneDrive, SISCO y SECOP.

Enero a marzo: 1. Se realizó la reprogramación del Plan de Acción del PDD vigente, actualizando todos los proyectos de inversión en cuanto a su programación física (metas, indicadores y actividades) y financiera (Ppto. inicial y reservas) en los módulos del aplicativo SEGPLAN (componente de inversión, componente de gestión, territorialización de la inversión y actividades). 2. Se actualizaron las Fichas EBI para los 13 proyectos en el módulo Banco de Proyectos.

Abril a junio: 1. Se diligenció la información correspondiente a las fichas EBI para los 17 proyectos formulados en el marco del nuevo Plan de Desarrollo Distrital 2020-2024 y se inscribieron los proyectos en el BDPP. 2. Se realizó la armonización presupuestal en el aplicativo SEGPLAN y se procedió a cerrar el módulo. 3. Se realizó la actualización y seguimiento a la inversión con corte a 31 de mayo de 2020 para los 13 proyectos en el marco del PDD "Bogotá mejor para todos". Lo anterior se hizo en los componentes de inversión, gestión, territorialización, actividades y en el módulo Banco de Proyectos.

Julio a octubre. \*Se finalizó proceso de programación inicial del Plan acción de la SDS, conforme al vigente PDD. \*Se realizó el cargue de la información de armonización presupuestal en el aplicativo SEGPLAN, con base al POAI. julio a octubre. \*Se finalizó proceso de programación inicial del Plan acción de la SDS, conforme al vigente PDD. \*Se realizó el cargue de la información de armonización presupuestal en el aplicativo SEGPLAN, con base al POAI.

Octubre a Diciembre: Se registró la información correspondiente a la actualización y seguimiento a la inversión del FFDS con corte a 30 de septiembre en el aplicativo SEGPLAN, en sus componentes de: 1) Banco Distrital de Programas y Proyectos, 2) Componente de Inversión, 3) Componente de Gestión, 4) Territorialización y 5) Actividades.

Octubre a Diciembre:

1. Se cuenta con PAA actualizado a 31/12/2020 mediante gestión y trámite de las solicitudes de modificación presentadas por los referentes del PAA para los diferentes PI.
2. Una vez se da trámite a la modificación, se actualiza el PAA en One drive, SISCO y SECOP, actividad que se realiza de manera permanente y a demanda, para el cuarto trimestre de 2020, el

acumulado de modificaciones al PAA\_UNCSAB es de ciento ochenta (180), es de resaltar que durante las dos últimas semanas del mes de diciembre se gestionaron y tramitaron todos los traslados entre proyectos de inversión y Cambios de Montos entre conceptos de gasto, los cuales representaron el 98% de las modificaciones solicitadas y tramitadas en el mes de diciembre\_2020 .

3. Se realiza seguimiento mensual a la ejecución del PAA con corte 30/11/2020.

4. Se actualiza información y documentos requeridos para la formulación del PAA vigencia 2021.

5. En reunión de cierre 2020 y apertura 2021, realizada el 06/11/2020 en el auditorio del Hemocentro, se socializa con todos actores del PAA de la Entidad presentación en la que se informa los lineamientos establecidos para el proceso de formulación del PAA\_2021.

6. Se da continuidad a la actividad de asistencia técnica permanente para todos los usuarios de información relacionada con el PAA de la entidad, en lo que a la formulación del PAA\_2021 se refiere; de manera especial se brindó soporte técnico a los nuevos referentes de los proyectos de la Subsecretaría de Salud Pública, Proyecto 7827 - Implementación Modelo de Salud y al PAA para Remuneración de Servicios Técnicos.

7. Se efectúa consolidación del PAA\_2021 y presentación del mismo para su aprobación ante el Comité de Contratación.

Enero a marzo: Se ha realizado seguimiento de PMR actualizado a 29/02/2020, actualización del aplicativo predis con la información de ejecuciones a la misma fecha, ajuste del presupuesto final 2019 para PMR en PPREDIS.

Abril a junio: Se realizó seguimiento de PMR quedando actualizado y cerrado a 30/06/2020 correspondiente a la Administración BMPT en aplicativo PREDIS con la información de ejecuciones a la misma fecha. Queda pendiente formulación de los proyectos de inversión para la nueva administración UNCSAB y su correspondiente programación de indicadores y metas de PMR, así como la programación del presupuesto por productos y proyectos.

julio a octubre. Se ha reportado seguimiento a PMR en la plataforma dispuesta para este fin, con corte a agosto 2020. Se envía a SDH propuesta de productos PMR 2021, la cual se encuentra en revisión para aprobación.

Octubre a Diciembre:

1. Se realizó seguimiento y reporte mensual de PMR quedando actualizado y cerrado a 30/11/2020 correspondiente a la Administración UNCSAB en aplicativo PREDIS con la información de ejecuciones a la misma fecha.

2. Se realizó ajuste a programación de indicadores y metas de PMR, en el marco del nuevo PDD\_UNCSAB, así como la programación del presupuesto por productos y proyectos, conforme lineamientos de la SDH.

3. Se socializo con el grupo de Proyectos de la Dirección de Planeación Sectorial el correo electrónico proveniente de la SDH en el cual se establece fechas de entrega de informe trimestral y reporte del mes de diciembre en aplicativo PREDIS para cierre de la vigencia 2020, esto con el propósito de disponer oportunamente de la Información requerida como insumo para elaboración de los citados informes.

Enero a marzo: 1. Se consolida la información de ejecución física y financiera con corte al mes de diciembre en el aplicativo del Plan Decenal de Salud Pública correspondiente al COAI.

2. Se consolida la información de ejecución física y financiera por actividades y fuentes de financiación con corte al mes de diciembre en el aplicativo del Plan Decenal de Salud Pública correspondiente al Plan de Acción.

3. Se finaliza el seguimiento en el aplicativo del Plan Decenal de Salud Pública en el componente de Plan de Acción por tanto físico por trimestre y financiero por fuentes de financiación a nivel de actividades para dar cumplimiento al seguimiento al cuarto trimestre de la vigencia 2019.

4. Se hace revisión y control de calidad a la información reportada en el aplicativo PDSP y se generan los reportes finales de la vigencia 2019.

Abril a Junio: 1. Reportes del aplicativo SEGPLAN versiones Reprogramación (Fecha reporte 31 de marzo de 2020) para los módulos de inversión, gestión, territorialización y actividades. Reporte actualizado del Banco Distrital de Programas y Proyectos para los 13 proyectos de inversión registrados y vigentes actualmente.

Julio a octubre: Teniendo en cuenta el contexto de armonización entre planes de Desarrollo 2016-2020 y 2020-2024, conforme a la directriz del MSPS se realiza el cargue de la programación del Plan Decenal de salud pública 2020-2023, y seguimiento a primer y segundo trimestre 2020.

Octubre a Diciembre: Se consolida la información y se actualiza en sus componentes físico y financiero con corte al mes de septiembre en el aplicativo del Plan Decenal de Salud Pública correspondiente al COAI (metas) y Plan de acción (Actividades) desagregado por magnitudes físicas y fuentes de financiación.

- Se realiza el seguimiento en el aplicativo del Plan Decenal de Salud Pública en el componente de Plan de Acción desagregado por magnitudes físicas y financiero por fuentes de financiación a nivel de actividades para dar cumplimiento al seguimiento al tercer trimestre de la vigencia 2020.
- Se hace revisión y control de calidad a la información reportada en el aplicativo PDSP y se generan los reportes finales de la vigencia 2020 correspondiente al tercer trimestre.

Enero a Marzo: 1. La DPS ha liderado la construcción participativa del PTS en concordancia con el PDD para la vigencia 2020-2024 "Un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI" a la fecha se avanza en la construcción de metas que responden a los propósitos 1, 2, 3, y 5 del PDD, éste logro se ha ido materializando con el aporte de la comunidad y las dependencias que conforman la SDS. 2. Se presenta al Concejo Distrital de Bogotá, propuesta de reforma a la ley de financiamiento de la salud vigente.

Abril a Junio: d. Abril a junio: Producto del liderazgo de la DPS y la participación de los actores involucrados en el proceso, Bogotá cuenta con Plan Territorial de Salud 2020 - 2024, que responde a los propósitos, logros de ciudad y programas del Plan de Desarrollo "Un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI"

Julio a octubre. El proceso se materializa, con el acuerdo y elaboración del documento técnico presentado, el cual fue aprobado por las instancias competentes (SDH y SDP), en el marco del nuevo PDD.

Octubre a Diciembre: En el IV trimestre 2020 se continuó con la revisión de estilo acorde con los lineamientos de la oficina de comunicaciones.

Julio a octubre: Se culmina el proceso, con el documento técnico Plan Territorial de Salud, el cual se encuentra en la Oficina Asesora de comunicaciones en revisión de estilo, éste ha sido viabilizado conforme a Acuerdo 761 de 2020 en su artículo 101, el cual define la compatibilidad entre PTS y PDD.

Octubre a Diciembre: En el IV Trimestre de 2020 se recibieron de la oficina de comunicaciones solicitud de ajustes de estilo al documento de plan territorial. La DPS realizó los ajustes solicitados y los remitió a la oficina de comunicaciones en Dic de 2020.

Julio a octubre. El equipo adelanto la labor necesaria, y producto de ella se formularon, inscribieron y registraron 17 PI del FFDS en BPP SDP, en el marco del PDD 2020-2024.

Octubre a Diciembre: Se formuló, inscribió y registró en Banco de Programas y Proyectos de SDP

el proyecto de inversión 7904 que inicia su ejecución en 2021

Octubre a Diciembre: Se realizó informe de Gestión del III Trimestre correspondiente a la Dimensión de Gestión del Conocimiento e Innovación.

Enero a marzo: La DPS participo en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño de la SDS el 27 de enero, en la cual se presentó las metas del tablero de control de inversión. Abril a junio: La DPS participo en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño de la SDS en el mes de marzo. Se elaboró el informe de gestión y desempeño del I trimestre de la Dirección de Planeación Sectorial.

Julio a octubre. Se participó de manera virtual, del Comité Institucional de Gestión y Desempeño de la SDS, el día 28 de agosto 2020, con presentación de informe de los procesos de Planeación y Gestión Sectorial y Gestión del Conocimiento e Innovación

Enero a marzo: Se elaboró reporte de monitoreo del cumplimiento al plan de adecuación. Abril a junio: En el Trimestre se realizaron mesas de trabajo de la dimensión de Gestión de Conocimiento para realizar seguimiento y monitoreo del Plan de Adecuación de MIPG.

julio a octubre. Se participó de éste espacio, con la socialización de los resultados del seguimiento y medición física y financiera de la inversión de los recursos del FFDS con corte a mayo 2020.

Octubre a Diciembre: Se realiza la participación en el IV Comité Institucional de Gestión y Desempeño

1. Se entregó el plan de adecuación y sostenibilidad de la Dimensión de Gestión del Conocimiento el día 10 de enero de 2020
2. La DPS elaboro la resolución 3751 de 2019 en cual se elaboró el plan de acción de la SDS para la vigencia 2020.
3. La DPS participo en la elaboración del FURAG junto con la DPlyC.

#### **Dificultades:**

- Gestión del conocimiento e innovación. Los cambios en las directrices de la SDS, debido a la emergencia sanitaria. La necesidad de contar con un profesional especializado en bibliotecología, quien asuma el liderazgo de la Biblioteca. La necesidad de contar con recurso humano especializado en desarrollo de software para unidades de información.
- Análisis de Situación en Salud. La principal dificultad, es no haber podido contar con la participación de todos los integrantes del grupo ASIS interdependencias para avanzar en la propuesta de integración para llevar a cabo el análisis de condiciones de calidad de vida, salud y enfermedad; teniendo en cuenta que la Pandemia por lo del COVID 19, ha exigido que gran parte de los compañeros se hayan enfocado en la respuesta a la pandemia, por lo cual los planes de trabajo y prioridades se han ajustado.
- Frente al grupo de ASIS de la DPS, desde el mes de febrero no contaba con el aporte de uno de los profesionales del grupo (Epidemióloga), lo que vio reflejado en la elaboración del producto del análisis de morbilidad y aporte a la documentación técnica que está en construcción, y adicionalmente, se requiere avanza en la integración con los otros grupos al interior de la Dirección.
- Gestión de Proyectos. Frente al Plan Anual de Adquisiciones, las actividades diarias dependen de la información que nos proveen referentes tanto del área, como de las diferentes áreas responsables de proyectos, para la formulación del PAA del segundo semestre las dificultades se concentraron en la demora para la entrega de la información, en la demora



para la formulación de proyectos y por ende para la formulación de los Planes de adquisiciones de cada área, las diversas razones para estas demoras, hacen que el equipo del PAA genera sobrecarga para poder responder con las responsabilidades adquiridas. De igual forma sucede con el seguimiento con corte a 31 de mayo en SEGPLAN, la demora en el reporte de la información por parte de las fuentes generó dificultades para el cumplimiento de la fecha establecida por Planeación Distrital. Finalmente, para la consolidación del Tablero de control y semaforización de cumplimiento físico y financiero de los proyectos de inversión, no contar con la información de los seguimientos a tiempo y con calidad (definición concreta de los logros alcanzados y dificultades presentadas en la ejecución de cada proyecto de inversión), impide realizar mayor análisis de la información, y mayor esfuerzo para cumplir con los productos en los términos establecidos.

- Gestión de Información. Dificultad para realizar las auditorias y capacitaciones presenciales a las subredes y prestadores por efecto de la emergencia sanitaria, lo cual generó una reprogramación en las actividades establecidas en la vigencia 2020.

#### **Acciones de Tratamiento:**

- Gestión del conocimiento e innovación. Las dificultades han sido sorteadas a través de la redistribución del trabajo y el fortalecimiento de trabajo en equipo. Para el final de la vigencia 2020, se cuenta con personal adicional para poder solventar las dificultades y fortalecer el equipo.
- Análisis de Situación en Salud. Se utilizaron las herramientas disponibles que han facilitado la realización de reuniones virtuales como Teams, y además compartiendo contenidos mediante carpetas diferenciadas por producto del Grupo ASIS; a fin de ser consultadas, revisadas y actualizadas según la competencia de cada integrante del grupo ASIS interdirecciones y de la Dirección de Planeación. Igualmente se está trabajando en la integración al interior de la Dirección
- Gestión de Proyectos. Trabajando horarios extensos, incluyendo fines de semana y festivos. Se está trabajando en una circular donde se establezcan las fechas límite para el reporte de la información de seguimiento mensual a los proyectos, teniendo en cuenta las nuevas directrices que para ello se impartan desde Planeación Distrital y Planeación Nacional, las cuales deben ser de obligatorio cumplimiento.
- Gestión de Información. El equipo reorganizó la metodología de trabajo frente a las capacitaciones y auditorias presenciales, desarrollando estas actividades de forma virtual logrando una mayor aceptación y ampliando la cobertura en los prestadores de servicios y las subredes.

**META 3:** Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.

**INDICADOR ASOCIADO:** Medición de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.

#### **Logros:**

Se efectúa el seguimiento al PAAC del III Trimestre

Se realizó la publicación del PAA 2020 de un nuevo contrato social en la página WEB de la SDS. Plan de Desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas del Distrito capital 2020-2024 Un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI Se desarrolló junto a Subsecretaría de Participación Social, estrategia de rendición de cuentas 2020 en la página WEB. Se actualizó la información en la página WEB de coordinación de instancias. Se realizó la

actualización de las investigaciones y otras publicaciones, en página web.

Resolución 3751 publicada, en formato Word. 2, Acuerdo 761 de 2020

- ✓ Publicación del seguimiento de los proyectos de inversión a corte de 31 diciembre de 2019
- ✓ fichas EBI publicadas en página Web
- ✓ Informe del Balance Social Publicado
- ✓ Informe del Concejo Publicado
- ✓ Resolución 3751 publicada.

Se realiza revisión y seguimiento al informe de Monitoreo de Transparencia correspondiente al II Semestre de 2020 la cual se desarrolla en conjunto con la DPlyC para su respectiva consolidación de la información.

- Resolución 3751 publicada, en formato Word.
- 2, Acuerdo 761 de 2020.

Se remitió oportunamente los documentos soporte en cumplimiento al TAIP - ITEP. ITB, así como los definidos en el plan de trabajo

- Publicación del seguimiento de los proyectos de inversión a corte de 31 diciembre de 2019
- fichas EBI publicadas en página Web
- Informe del balance Social Publicado
- Informe del Concejo Publicado
- Resolución 3751 publicada.

## CONCLUSIONES

1. Los resultados de la Dirección de Planeación Sectorial, alcanzaron los niveles de ejecución de las actividades propuestas frente a las tres políticas de gestión y desempeño en las cuales lideramos y participamos, las acciones del sistema de gestión de la SDS, y aquellas de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción. Éste logro se alcanza gracias a la articulación y maximización del recurso humano, la interdisciplinariedad y experticia de este; éste avance de ejecución frente a las metas propuestas, garantiza la consecución de los productos diferenciales y propositivos propuestos para esta vigencia y que apuntan al mejoramiento de los procesos a cargo de la Dirección de Planeación Sectorial en beneficio de la Institución.

2. 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.

3. La Dirección reconoce la importancia de retroalimentar y construir a partir de la cohesión lograda como equipo, bajo esta premisa, acoge la invitación de innovar y dejar huella, por lo que el accionar en esta vigencia le sigue apuntando al criterio de “cadena de valor”, ahondando en la finalización de los productos propuestos en términos de calidad.

**Dirección:** Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS

## **META 1: Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS**

### **INDICADOR ASOCIADO:**

#### **Logros:**

Se actualizaron 20 tipos documentales de la Dirección entre los cuales se destacan:

1. Informe plan operativo de gestión y desempeño.
2. Plan Anticorrupción y de atención al ciudadano.
3. Lineamiento Gestión del riesgo en la SDS.
4. Formato de Autoevaluación de riesgos y controles.
5. Mapa de riesgos SDS.
6. Plan de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción.
7. Lineamiento Elaboración de actas de reunión en la SDS.
8. Plan de adecuación y sostenibilidad SIG-MIPG.
9. Lineamiento para la formulación y reporte plan operativo de gestión y desempeño - POGD.
10. Plantilla plan anticorrupción y de atención al ciudadano - PAAC.
11. Formato Creación de mesas técnicas - MIPG.
12. Formato Reporte plan operativo de gestión y desempeño (POGD).
13. Formato Monitoreo al plan anticorrupción y de atención al ciudadano - PAAC.
14. Formato de Formulación plan de gestión y desempeño institucional
15. Modelo de Análisis productos y/o servicios FURAG.
16. Formato de Hoja de vida de indicadores.
17. Política del sistema de gestión de calidad de la SDS.
18. Lineamiento de Toma de acciones correctivas y para abordar riesgos.

546 Normas Cargadas y Reportadas en el aplicativo ISOLUCIÓN, así mismo se apoyó en la revisión y consolidación de los informes trimestrales de reportes al seguimiento al normograma de los procesos.

Apoyo en la formulación del 100% de los POGD de las dependencias, así como del reporte de los trimestres correspondientes.

Actualización del mapa de riesgos del proceso y se realizó la autoevaluación de riesgos de proceso y de corrupción.

Presentación de los resultados e informe de revisión por la Dirección.

Se elaboró el informe de percepción del cliente de la Dirección de Planeación Institucional y Calidad, donde se evidenció un nivel óptimo de satisfacción frente al instrumento del POGD, no obstante, hay que mejorar los canales de comunicación para el conocimiento de las metas e indicadores de los procesos y servidores de la SDS.

Así mismo, se consolidaron y revisaron 19 informes de percepción del cliente de los procesos relacionados.

Gestión del 100% de las acciones programadas en los planes de mejoramiento de la Dirección.

Se efectuaron 70 informes con el fin de monitorear la gestión de las acciones correctivas y/o para abordar riesgos que se generan en la Secretaría Distrital de Salud registradas en el aplicativo de gestión documental ISOLUCIÓN.

Se efectuaron 1278 acciones de soporte, tales como Activación Usuario, Ajustes de Acciones Correctivas, Fallas de Visualización, Reasignación de acciones, Solicitud de adjunto obsoleto, Ajuste de acciones de la OCI, entre Otros.

Se gestionaron el 100% de los requerimientos de la Dirección en los términos fijados.

Gestión del 100% de acciones de contratación en el periodo, entre las cuales se destacan: Gestión la contratación de los profesionales de la Dirección - OPS. (Informes de Supervisión), Novedades, Modificaciones, PAA, SEGPLAN, otros.

#### **Dificultades:**

Se logró finalizar la vigencia con un alto cumplimiento de la actualización documental, así mismo se gestionaron en oportunidad los planes de mejora en el aplicativo de gestión documental ISOLUCIÓN, no obstante, se evidenció una alta carga laboral en los procesos derivado de la emergencia sanitaria que se encuentra en curso.

#### **Acciones de Tratamiento:**

Durante la vigencia se generó una acción para abordar riesgos registrada con el Numero de ID.543 en el aplicativo de gestión documental ISOLUCIÓN.

**META 2:** Realizar las Acciones para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.

**INDICADOR ASOCIADO:** Implementación de las políticas de gestión y desempeño.

#### **Logros:**

Se estructuran las políticas de: Política de Planeación Institucional y Diseño y socialización de los Documentos Controlados No Codificados: (1) Análisis de Factores de Contexto Externo - PESTEL, (2) Análisis de Factores Internos - ACI, (3) Matriz de Impacto Cruzado y (4) Descripción Estratégico, modelo CANVAS así mismo se definen productos tales como: metodología, plan de trabajo, cronograma y herramientas para realizar la revisión y actualización de la plataforma estratégica.

Así mismo, es preciso indicar que las acciones asociadas a la actualización de la Plataforma Estratégica de la SDS, están inmersas en la meta 4 del proyecto de inversión No. 7824 a cargo de la dependencia, el cual cuenta con una proyección para su ejecución hacia el 2022 y una programación de actividades para cada vigencia (2020, 2021 y 2022)

\* Acto Administrativo Política anti soborno

\*Política de Calidad de la SDS.

\*Política del Sistema de Gestión Ambiental

\*Borrador Política de Gobierno Corporativo

\*Primer puesto en la medición del Índice del Desarrollo Institucional del FURAG (Formulario Único de Avances de la Gestión)

\*Aprobación Plan de Adecuación - Cierre de Brechas 2020.

Desarrollo del 100% de los comités programados del MIPG en cumplimiento a lo establecido en el decreto 1499 de 2017.

\*Elaboración y/o consolidación de los informes de gestión y desempeño de las políticas asociadas y matrices de seguimiento al plan de adecuación cierre de brechas 2020.

\*Se actualiza la resolución mediante la cual se constituye el comité institucional de gestión y desempeño (Resolución 414 de 2020)

#### **Dificultades:**

✓ Se identifica que las acciones asociadas a la actualización de la Plataforma Estratégica y el

modelo CANVAS de la SDS, están inmersas en las metas del proyecto de inversión de la dependencia y se cuenta con una programación específica la cual se desarrollará en el primer semestre de 2021.

- ✓ Se logró avances significativos con el desarrollo de la política y demás elementos asociados, los cuales fueron aprobados por el comité institucional de gestión y desempeño.
- ✓ Se identifica una mejora representativa en el último trimestre de la vigencia de la meta, debido a las acciones asociadas principalmente al desarrollo de la Plataforma Estratégica, para lo cual ya se cuenta con un profesional contratado, coordinando el desarrollo de la misma, así mismo se formuló un plan de mejora identificado con ID 2258 registrado en el aplicativo de gestión documental ISOLUCIÓN.

#### **Acciones de Tratamiento:**

Durante la vigencia se generaron dos acciones correctivas numero 2125 y 2258 la cual se encuentra registrada en el aplicativo de gestión documental ISOLUCIÓN.

#### **CONCLUSIONES**

- ✓ Se han desarrollado en mayor medida las acciones según lo establecido en la vigencia, no obstante, se evidencia que, por lo suscitado en la emergencia sanitaria, algunas de las metas del POGD de la Dirección sufrieron ajustes en su programación inicial.
- ✓ Es importante mejorar el control y seguimiento a la actualización documental de la dependencia según el diagnóstico identificado.
- ✓ Igualmente, el proceso adelantó acciones adicionales para el desarrollo de la arquitectura de procesos, estudio de tiempos en el LSP, aplicación de la metodología RACI y apoyo en la sala de crisis entre otros.
- ✓ Se identifica el alto compromiso de los referentes, gestores y Alta Dirección, para el cumplimiento de las metas transversales.
- ✓ Se identifica el alto compromiso de los referentes, gestores y Alta Dirección para el cumplimiento de las metas transversales.

#### **Dirección: DIRECCIÓN DE SERVICIO A LA CIUDADANÍA**

**META 1:** Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS

**INDICADOR ASOCIADO:** Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS

#### **Logros:**

- ✓ Se elaboró y publicó en la página web de la entidad el Plan Anticorrupción y se construyó la malla correlacional.
- ✓ Permanentemente se realizó seguimiento a las normas que expidió el gobierno nacional y distrital, lo que representó la actualización normativa actualizada.
- ✓ Se reportó bajo los términos establecidos en la norma los informes trimestrales de la gestión de desempeño.
- ✓ Se gestionó el documento para la identificación de riesgos del proceso.
- ✓ Se dio cumplimiento al informe correspondiente de revisión por la dirección.
- ✓ Semestralmente se elaboró el informe y se analizó por parte de la dirección el resultado de la percepción del ciudadano y el mismo se socializó al interior de la dependencia.
- ✓ En ISOLUCION, se encuentra publicadas las acciones de mejora que realizó la dirección y su cumplimiento.

**Dificultades:**

1. La declaratoria de la pandemia afectó la normalidad de las actividades, por lo que se tuvo que realizar cambios permanentes y ajustarlos a las necesidades de la dirección, se tuvo que reprogramar actividades y se les dio cumplimiento a lo largo de los otros trimestres.

**Acciones de Tratamiento:**

1. Ajustar los documentos en la plataforma de ISOLUCION.

**META 2:** Realizar las acciones para la implementación de las políticas de gestión y desempeño.

**INDICADOR ASOCIADO:** Implementación de las políticas de gestión y desempeño

**Logros:**

1. Se mantuvo informada a la ciudadanía sobre los puntos de atención de servicio y trámites de la SDS.
2. Se identificó las barreras de acceso que ha tenido la ciudadanía en el Distrito Capital.
3. Se brindó información a los colaboradores sobre las políticas de calidad.
4. Se identificó la oportunidad, calidad, y eficacia de las respuestas de las peticiones realizadas por los ciudadanos.
5. Se implementó plantillas para el chat virtual.
6. Se digitalizaron cuatro trámites.
7. Mantener actualizada la información de los puntos de atención, trámites y servicios.

**Dificultades:**

1. Se tuvo que modificar los puntos de atención, por el cierre de los CADE y SUPER CADE.

**Acciones de Tratamiento:**

1. Se reforzaron otros canales de atención como la línea telefónica, el Chat Virtual y la digitalización de cuatro trámites.

**META 3:** Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.

**INDICADOR ASOCIADO:** Medición de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.

**Logros:**

1. Se reportó a tiempo la información de transparencia en la página web.
2. Se surtió el periodo de análisis y recopilación de la información.

**META 4:** Desarrollar las acciones administrativas necesarias para el buen funcionamiento organizacional de los Puntos de Servicio al Ciudadano de la SDS

**INDICADOR ASOCIADO:** Acciones realizadas para el buen funcionamiento de los puntos de atención servicio al ciudadano de la DSC

**Logros:**

1. Se virtualizó la capacitación y orientación a los colaboradores que trabajan en los Superadas.
2. Se tuvo personal capacitado para la atención presencial, cuando fue posible.

**Dificultades:**

1. Declaratoria de pandemia, lo cual ocasiono el cierre de los puntos.
2. Se orientó de manera presencial parcial, mientras se tuvieron los puntos abiertos.

**Acciones de Tratamiento:**

1. Empleo de medios tecnológicos para el cumplimiento de la meta.
2. Digitalización de trámites y servicios

**META 5:** Implementar en la Dirección de Servicio a la Ciudadanía, el correo certificado electrónico como canal de respuesta digitalizada a las personas jurídicas y al 10% de las personas naturales que radican peticiones en la SDS

**INDICADOR ASOCIADO:** Respuestas por correo electrónico certificado a las peticiones

**Logros:**

- ✓ Control y aumento de respuestas electrónicas certificadas.
- ✓ Aumento el volumen de respuesta por correo certificado, teniendo en cuenta que los ciudadanos acudieron a la SDS por medio digitales.

**Dificultades:**

Algunos correos electrónicos que relacionan los ciudadanos en las peticiones no existen, por lo cual es imposible comunicar la respuesta al peticionario.

**Acciones de Tratamiento:**

Se publican en cartelera de acuerdo con la normatividad vigente.

**META 6:** Aumentar en 4 puntos, el servicio de orientación e información al ciudadano en el Distrito Capital

**INDICADOR ASOCIADO:** Ejecución de las acciones programadas para el aumento de los puntos de atención

**Logros:**

1. Se realizaron las gestiones administrativas correspondientes para mantener activos los puntos de atención.
2. Se fortalecieron los canales de atención telefónica y virtual.
3. Aumento el número de solicitudes a través de los canales digitales, pero se tomaron medidas administrativas como la reorganización del personal que entró a apoyar los canales virtuales y telefónicos.

**Dificultades:**

1. En marco de la pandemia, se tuvo que reorganizar los canales y puntos de atención

**Acciones de Tratamiento:**

1. Se fortalecieron los canales virtuales con mayor número de colaboradores.

**META 7:** Adelantar acciones con el fin de incrementar la confianza y la satisfacción de la ciudadanía con los servicios prestados por la SDS

**INDICADOR ASOCIADO:** Acciones adelantadas por la DSC, para aumentar la confianza de la ciudadanía

**Logros:**

Se expidió acto administrativo que implementa el defensor del ciudadano en la SDS.

Se presentó el informe de gestión del primero y segundo semestre.

Se realizaron dos encuentros con actores del sistema en el Distrito.

**DIFICULTADES**

La declaratoria de la pandemia afectó el normal desarrollo de las actividades programadas con el personal que se tenía presupuestado. Sin embargo, se tuvo que reubicar a los colaboradores que estaban asignados a la atención presencial y ubicarlos en los canales telefónicos. También se digitalizaron cuatro trámites los cuales se encuentran en agilice de la página web de la entidad.

**CONCLUSIONES**

Resultado de las metas: Para este periodo, se destaca el avance que tuvo la dirección en la digitalización de cuatro trámites, así como la puesta en funcionamiento del chat virtual y frente a la declaratoria de la pandemia, el fortalecimiento de otros canales como el de la línea telefónica.

**Dirección: GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO**

**META 1:** Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS

**INDICADOR ASOCIADO:** Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS

**Logros:**

- Se actualizaron los siguientes documentos 17 formatos, 5 instructivos, 3 lineamiento, 2 programa y 8 planes
- Se gestionaron las acciones de mejora, producto de las diversas auditorías recibidas durante el año
- Se formuló el POGD, se hicieron seguimientos y reportes trimestrales y se remitieron informes semestral y consolidado
- Se hizo autoevaluación de riesgos, se actualizó mapa de riesgos del proceso y se elaboraron informes
- Se diligencio y remitió la información pertinente para la elaboración del informe de revisión por la Dirección
- Se realizaron dos encuestas de percepción del cliente y se realizaron los respectivos informes
- Se gestionaron las acciones de mejora a cargo de la Dirección, se atendieron las distintas auditorías y en particular la auditoría de Icontec para la renovación de la certificación de calidad de la Entidad

**META 2:** Realizar las Acciones para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.



**INDICADOR ASOCIADO:** Implementación de las políticas de gestión y desempeño.

**Logros:**

- Se elaboraron los planes anuales de vacantes, bienestar e incentivos, capacitación, entre otros, se realizó expedición de certificaciones de vacantes y se implementó un cuadro control, los Pat que se generan desde nómina se vienen desarrollando, así mismo la implementación y ejecución de las acciones de seguridad y salud en el trabajo, dando cumplimiento al Plan Estratégico de la Dirección de Talento Humano
- Se desarrolló el plan de trabajo para los gestores de integridad de conformidad con lo propuesto en la Política de Integridad
- Se elaboró el plan de adecuación de gestión y desempeño, se desarrollaron las acciones y se elaboraron los informes de gestión solicitados por la DPIYC.

**Dificultades:**

1. Se presentaron dificultades en el cumplimiento del plan Institucional de capacitación de la vigencia 2020, debido a la pandemia por el Covid-19
2. El proceso de reinducción no se pudo llevar a cabo en el segundo semestre de la vigencia, debido a la emergencia producto del Covid-19
3. Frente a las competencias Comportamentales, no se logró realizar por que requiere la presencialidad de los funcionarios.

**META 3:** Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.

**INDICADOR ASOCIADO:** Medición de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.

**Logros:**

- Se desarrollaron la totalidad de las actividades del PAAC 2020
- Se cumplió con los requerimientos de la Dirección de Planeación Institucional y Calidad, entre los que se cuenta:
- El directorio de los funcionarios publicado en la página web de la entidad.
- La entrega las normas del proceso.
- La publicación de las modificaciones al manual de funciones., entre otras.

**CONCLUSIONES**

Pese a las dificultades por la Pandemia de COVID 19, se realizaron todas las actividades propuestas por la Dirección de Talento Humano durante el año 2020.

**Dirección:** FINANCIERA

**META 1:** Lograr un nivel de ejecución presupuestal igual o mayor al 80% a través de actividades de seguimiento

**INDICADOR ASOCIADO:** Lograr un nivel de ejecución presupuestal igual o mayor al 80% a través

## de actividades de seguimiento

### Logros:

Durante la vigencia 2020, se realizaron 12 cierres presupuestales y se remitieron las correspondientes ejecuciones a las dependencias de la SDS y diferentes entidades.

Igualmente se generaron informes mensuales del comportamiento de la ejecución presupuestal de los proyectos de inversión y se remitieron a los gerentes.

Se realizaron las conciliaciones de la información presupuestal de forma diaria y mensual de la información registrada en los sistemas presupuestales tanto de la Entidad como de la SDH.

Durante la vigencia 2020 se tramitaron todas las solicitudes de CDP allegadas, sin embargo, algunas de ellas no fue posible tramitarlas dentro del tiempo estimado debido a la contingencia que se presentó con la plataforma Bogdata.

### Dificultades:

1. Se remitieron los seguimientos mensuales de la ejecución de reservas y reservas fenecidas extemporáneamente durante el 1 trimestre y 4 trimestre, lo que afectó el cumplimiento del 100% de la meta.

2. De las 4,831 solicitudes de CDP se gestionaron en 3 días 2,269 CDP alcanzando un 45% de la meta establecida que era el 95%. Es importante realizar la aclaración que los retrasos que se han presentado en el cumplimiento del 100% de metas, obedece gran parte a la contingencia que se ha venido presentando con la plataforma Bogdata.

### Acciones de Tratamiento:

Adoptar e implementar la nueva herramienta de información financiera BOGDATA, diseñada por la SDH

**META 2:** Generar mensualmente estados financieros de conformidad con lo dispuesto en el Nuevo Marco Normativo para las Entidades del Gobierno.

**INDICADOR ASOCIADO:** Generación de estados financieros

### Logros:

- a. Durante la vigencia 2020 se lograron generar los estados financieros en los tiempos establecidos.
- b. Durante la vigencia 2020, se logró fortalecer las conciliaciones con las dependencias y entes externos de acuerdo con lo programado.

### Dificultades:

El plan de depuraciones se elaboró a finales del cuarto trimestre, aspecto que no permitió cumplir con la actividad propuesta de realizar 1 seguimiento trimestral al Plan de depuración y revisión de cuentas contables de acuerdo con el plan de contabilidad.

### Acciones de Tratamiento:

Se elaboró el Plan de depuraciones con el propósito de avanzar en la actividad y realizar seguimiento al cumplimiento del mismo.

**META 3:** Sustanciar la totalidad de los expedientes de vigencias anteriores al 2017.

**INDICADOR ASOCIADO:** Porcentaje expedientes de cobro coactivo gestionados en el periodo

**Logros:**

- a. Durante la vigencia 2020, se logró realizar el inventario de los expedientes que se tiene en Cobro Coactivo y definir su plan de trabajo con el propósito de evitar la prescripción.
- b. Se realizó la asignación de expedientes con el propósito de evitar el fenómeno de la prescripción y desde el mes de septiembre de 2020 se implementó un seguimiento semanal respecto de las gestiones y actuaciones que desarrollan los colaboradores y funcionarios del área de cobro coactivo

**Dificultades:**

Teniendo en cuenta la emergencia sanitaria relacionada con el COVID 19, se suspendieron los términos desde marzo hasta agosto de 2020, lo que obstaculizo el cumplimiento total de la meta, sin embargo, se ha avanzado en el trámite de cada uno de ellos.

**Acciones de Tratamiento:**

1. A partir del mes de septiembre se retomaron las actividades de sustanciación de los expedientes que por la emergencia sanitaria COVID-19 se habían suspendido afectando el cumplimiento de la meta programada.
2. Se implementó un seguimiento semanal respecto de las gestiones y actuaciones que desarrollan los colaboradores y funcionarios del área de cobro coactivo.
3. Se planteó una estrategia de organización del equipo de cobro coactivo, asignando roles, creando pares y actividades específicas.

**META 4:** Lograr una ejecución presupuestal de ingresos mayor o igual al 90%

**INDICADOR ASOCIADO:** % de ejecución presupuestal de ingresos

**Logros:**

- a. Durante la vigencia 2020, se logró generar la ejecución presupuestal de ingresos junto con el análisis mensual del comportamiento del recaudo de los ingresos, así como seguimiento a los usos y fuentes.
- b. Durante la vigencia de 2020, se logró reintegrar todos los rendimientos financieros y saldos de capital de las Resoluciones asignadas al FFDS, con recursos de la Nación, a través de la resolución 1052 de junio 2020.
- d. Durante la vigencia 2020 se logró depurar 271 partidas, alcanzando un porcentaje del 80,13% a 31 de diciembre 2020.
- d. Se logró presentar los cuatro informes trimestrales de devoluciones, en el cual se reportan 128 devoluciones en total.

**Dificultades:**

En el 4 trimestre quedó pendiente la gestión de 50 radicados los cuales llegaron a gestión de pago los 2 últimos días del mes de diciembre y no fue posible tramitarlos por la premura de tiempo.

**Acciones de Tratamiento:**

Para el tercer y cuarto trimestre de 2020, debido a la reorganización del área financiera, se modificó la medición tomando la fecha de recibido por parte del área contable y no el radicado

inicial de recibo en el área financiera.

**META 5:** Cumplir con los reportes a entes externos e internos en las fechas establecidas

**INDICADOR ASOCIADO:** Porcentaje de reportes externos emitidos

**Logros:**

Durante la vigencia 2020, se realizaron los reportes a los entes externos y el cumplimiento a las tareas internas.

**Dificultades:**

Algunos informes no fue posible entregarlos de manera oportuna por dificultades presentados con los sistemas de información financiera.

**META 6:** Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS

**INDICADOR ASOCIADO:** Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS

**Logros:**

- a. Durante la vigencia 2020 se revisaron y se actualizaron 25 documentos en ISOIUCIÓN, entre formatos, instructivos y procedimientos.
- b. Durante la vigencia 2020 se realizó el reporte del Normograma en los tiempos establecidos.
- c. Durante la vigencia 2020 se formuló el POGDI y se realizó el reporte correspondiente cada trimestre.
- d. Durante la vigencia 2020 se actualizaron los riesgos del proceso de Gestión Financiera en el segundo trimestre.
- e. Durante la vigencia 2020 se realizaron dos ejercicios de percepción del cliente, relacionados con el trámite de estado de cuenta y la creación de terceros, en los cuales se identificaron oportunidades de mejora.
- f. Durante la vigencia 2020 se formularon todos los planes de mejoramiento como resultado de auditoría y se realizó seguimiento a las acciones de mejora correspondientes.

**Dificultades:**

Algunas actividades no alcanzaron el cumplimiento proyectado en los tiempos establecidos, dado que la implementación del nuevo sistema de información financiera BOGDATA afecto la gestión del proceso presentando retrasos y cambios en las diferentes actividades.

**Acciones de Tratamiento:**

1. Se realizó nuevo inventario documental para depurar y actualizar los documentos que se encuentran en el Sistemas de Gestión asociados al proceso.
2. Se solicita la reasignación de responsable de las acciones de mejora con el objetivo de optimizar el control y seguimiento a los planes de mejoramiento existentes.
3. Se generó un cronograma de trabajo que permita hacer una gestión más oportuna de las diferentes acciones que tiene el proceso.
4. Organizar con el equipo de trabajo la entrega oportuna de información solicitada por los entes internos y externos.

**META 7:** Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.

**INDICADOR ASOCIADO:** Publicar los estados financieros y ejecuciones presupuestales mensualmente

**Logros:**

Durante la vigencia 2020, se realizaron los reportes a los entes externos e internos y se realizó el seguimiento a los mismos.

**Dificultades:**

Entrega extemporánea de información presupuestal durante el segundo trimestre por dificultades presentadas en los sistemas de información financiera.

**Acciones de Tratamiento:**

Organizar con el equipo de trabajo la entrega oportuna de información solicitada por los entes internos y externos.

**CONCLUSIONES**

1. Durante la vigencia 2020, las 7 metas del POGDI de Gestión Financiera, se lograron cumplir con un porcentaje mayor al 90% de lo programado.

2. La implementación de la plataforma Bogdata se tomó como una oportunidad de mejora para optimizar el proceso de Gestión Financiera y aunque se presentaron algunos retrasos en la prestación de algunos servicios, se lograron cumplir los objetivos propuestos.

3. Durante la vigencia 2020, se implementaron mecanismos y herramientas de seguimiento que permitieron llevar el control de las actividades realizadas al interior de la Dirección Financiera.

4. La Dirección Financiera se encuentra en un proceso de reorganización en cuanto a estructura y caracterización documental con el objetivo de reformular y simplificar los procesos del área.

**Dirección:** Dirección TIC

**META 2:** Gestionar la implementación de la herramienta analítica de datos

**INDICADOR ASOCIADO:** Gestión en la implementación de la herramienta analítica de datos

**Logros:**

a. Con base en la definición, especificaciones y condiciones técnicas las funcionalidades del portal Saludata del Observatorio de Salud de Bogotá, la plataforma RISS Financiera en relación con los indicadores de proceso, resultado e impacto de carácter técnico y financiero para el Monitoreo y Evaluación del Modelo de Atención en Salud en el mes de enero y febrero de 2020 se realizan los siguientes avances:

Saludata y actualización de mapas:

- Demografía y salud
- Enfermedades Transmisibles
- Oferta de Servicios de Salud
- Salud Sexual y Reproductiva
- Dimensión Financiera

• Actualización y publicación de mapas

b. Verificación de rutas mapa que ubica todas las Unidades de Servicios de la Red Adscrita.

c. Verificación de ruta del nuevo visor de Mapa para las Unidades de Servicios de Salud de la Red Adscrita D.C se anexa enlace y embebido.

d. Verificación de la ruta del proyecto actualizado de Organizaciones Sociales en Bogotá D.C.

e. Verificación de la ruta del proyecto actualizado de MORTALIDAD POR IRA Y NEUMONIA VS RIESGO 2018 EN BOGOTÁ D.C y se integra al geoportal de la intranet.

Verificación de la ruta de la intranet del Geoportal donde se publicaron los proyectos solicitados por la Salud Pública

f. Se realizó seguimiento de actualización diaria de Datalake reportando prioridad de carga, fuente de información, fecha de cargue, fecha de reporte, estado del cargue, hora de actualización y responsable de cargar archivos en SharePoint Anexo 1 Seguimiento DataLake

g. Se realizó Tabla de Frecuencias de EAPB a solicitud de la coordinación del Laboratorio de Salud Pública Anexo 2 Tabla de Frecuencias EAPB y Anexo 3 Evidencia envió Tabla de Frecuencias

h. Se ajustó documento de estudios Previos para Adquirir infraestructura como servicio (IAAS) como lago de datos de fuentes de información de la SDS para analítica teniendo en cuenta el marco de nube publica III Anexo 4 Estudios Previos Lago de Datos de acuerdo Marco de Nube Publica III

i. Se ajustó presentación para Secretario de Salud referente al proyecto HCEU y SDB de Analítica Anexo 5 Presentación Analítica y Datos V3.pptx

j. Se realizó cargue diario de 20 DataSets para alimentación de DataLake para la estructuración de todos los indicadores asociados a Covid 19 Anexo 6 Evidencia Cargue DataSets Lago de Datos

k. Se realizó documento de Análisis del sector para Adquirir infraestructura como servicio (IAAS) como lago de datos de fuentes de información de la SDS para analítica teniendo en cuenta el marco de nube publica III Anexo 7 Análisis del Sector 2020.docx, Anexo 8 Calculadora de precios de GCP, Anexo 9 Cotización Nube Publica IaaS Acuerdo Marco II0049, Anexo 10 CSV\_NubePublica3G y Anexo 11 RFI Cotización Analítica IaaS Nube Publica III

**Dificultades:**

1. Se realizó una reprogramación respecto al instrumento de contexto estratégico la cual fue autorizado por la Dirección de Planeación Institucional y Calidad y se realizó en el segundo trimestre

**META 3:** Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión y Desempeño

**INDICADOR ASOCIADO:** Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión del Desempeño

**Logros:**

a. Se actualizo el inventario documental de la Dir. TIC y Construcción de ETLs procesos automatizados

b. Se realizó el inventario de Diagnóstico documental para actualizarlos en el año 2021

- c. Se realizó el reporte de nuevas normas para incluirlas en el Normograma de la Dirección.
- d. Se envió el seguimiento del POGD correspondiente al 4o. Trimestre.
- e. Se realizó el informe de Gestión y Desempeño en el Marco de MIPG.
- f. Se remitió la matriz de seguimiento del Plan de Adecuación de Cierre de Brechas 2020

**Dificultades:**

- 1. No se realizó la actualización del inventario Documental dentro de las fechas programada dentro del año 2020

**Acciones de Tratamiento:**

- 1. Se formuló nuevas fechas para realizar la actualización de los formatos publicados en ISOIUCIÓN

**META 4:** Realizar las acciones para la implementación de las políticas de Gestión y Desempeño

**INDICADOR ASOCIADO:** Implementación de las políticas de gestión y desempeño.

**Logros:**

- a. Se prestó los servicios de: almacenamiento, impresión, Bases de Datos, Core, Carpetas Compartidas, Aplicaciones, Seguridad de la Información, Redes, Comunicaciones Unificadas, Internet, Página Web, Centro de Computo
- b. En la mesa de servicios se recibieron 4869 incidentes y 12501 requerimientos
- c. Se atendieron 398 solicitudes para publicación en la página web y 49 para publicación en la intranet en el 4o trimestre
- d. Se realizó el análisis de la documentación del proyecto ERP Bogdata con s4/Hana de Sap para PY y Succes factor
- e. Se realizó la mesa técnica de Gobierno y Seguridad Digital para la revisión de nuevas políticas de Seguridad de la Información
- f. Se realizó el desarrollo de las actividades 1.2,4 y 5 del Plan de Tratamiento de Riesgos de seguridad digital.
- g. Se avanzó en el desarrollo de las actividades 3, 4, 5 y 6 del Plan de Seguridad y Privacidad de la Información.

**META 5:** Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia , acceso a la información y Lucha contra la Corrupción.

**INDICADOR ASOCIADO:** Medición de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.

**Logros:**

- a. Se realizó el reporte del PAAC de los trimestres.
- b. Se remitieron los documentos soporte para dar cumplimiento al TAIP y ITEP dentro de los tiempos establecidos

**CONCLUSIONES**

- ✓ El proceso Gestión presento una reprogramación debido a la meta transversal de calidad no obstante el producto fue entregado en el segundo trimestre de la evaluación.
- ✓ Las otras metas no presentaron dificultades y se logró el cumplimiento de las actividades

programadas.

**Oficina:** ASESORA DE COMUNICACIONES

**META 1:** Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS

**INDICADOR ASOCIADO:** Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS

**Logros:**

El proceso Gestión de Comunicaciones durante el 2020 contribuyó con acciones de tipo documental, de planeación y de análisis para el mantenimiento del Sistema de Gestión de la Secretaría. En este sentido, se realizó la percepción del cliente en dos ocasiones para evaluar los canales de comunicación interna y las redes sociales institucionales (junio) y la gestión general de la oficina (diciembre). En ambos se obtuvo un nivel por encima de 85 %. También se realizaron los respectivos seguimientos a los planes de mejora en ISOIUCIÓN, aunque aún hay pendientes actividades para cerrar.

**META 2:** Realizar las Acciones para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS

**INDICADOR ASOCIADO:** Implementación de las políticas de gestión y desempeño.

**Logros:**

Creación y desarrollo de 31 campañas de comunicación externa las cuales tuvieron soporte con acciones periodísticas a través de 301 boletines y 84 ruedas de prensa, 1460 actualizaciones de la página web, grabación y edición de 481 videos y creación de 81 sinergias para redes sociales con las cuales se logró ser tendencia en 10 ocasiones.

Las campañas también se divulgaron en las EAPB, IPS privadas y entidades del Distrito.

La gestión free press se vio reflejada en el registro de 3.084 noticias de la Secretaría entre agosto y diciembre de 2020.

En cuanto al público interno, se implementó una campaña de comunicación y se brindó información permanente a los colaboradores por medio de los canales de comunicación interna.

Durante el 2020, el proceso pudo conocer que el canal de comunicación por medio del cual los colaboradores se enteran de la información institucional es el correo SDS/Comunicaciones (90 %), seguido de la intranet (45 %) y las pantallas digitales (39 %). Así mismo, el canal mejor calificado fue el SDS/Comunicaciones, el 56,86 % lo considera excelente y el 33.73 %, bueno. Lo anterior equivale a un 91 % de favorabilidad.

Desde el mes de mayo la Secretaría abrió cuenta en la red social TikTok, la cual permite divulgar nuestros mensajes en grupos de edad diferentes a los que se llega a través de Facebook, Twitter e Instagram. En menos de 15 días se logró verificar la cuenta y llegar a más de 5 mil seguidores.

**META 3:** Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción

**INDICADOR ASOCIADO:** Medición de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.

**Logros:**

Participación en la formulación del Plan de Anticorrupción y Atención al Ciudadano, así como el



respectivo seguimiento a las 2 actividades de comunicación planteadas en el componente 4. Actualización permanente de las noticias más relevantes del sector salud para los usuarios, ciudadanos y grupos de interés, así como del calendario de actividades.

## CONCLUSIONES

1. Fortalecimiento de las redes sociales institucionales mediante la creación de contenidos diversos y pedagógicos.
2. La gestión de la Oficina Asesora de Comunicaciones fue calificada como excelente por el 43, 14 % de quienes respondieron la encuesta de percepción (88 personas) y como buena por el 43,92 % (112 personas). 4 personas calificaron como regular la gestión. Lo anterior, da como resultado una calificación de 88.04 %, lo que equivale a una gestión satisfactoria.
3. A partir de este año se incluyeron en el PECO las metas por cada lineamiento.
4. Para mejorar el posicionamiento de los mensajes emitidos a la ciudadanía, se construyó un formato audiovisual, creativo con lenguaje claro y cercano a la gente (estilo YouTuber)

### Oficina: ASESORA JURÍDICA

**META 1:** 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

**INDICADOR ASOCIADO:** Indicador Asesoría

#### Logros:

Se elaboraron de 245 documentos relacionados con actos administrativos, documentos y oficios, se realizó el acompañamiento a 105 procesos especiales y se brindó apoyo institucional en 302 ocasiones

**META 2:** Realizar las Acciones para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS

**INDICADOR ASOCIADO:** Implementación de las políticas de gestión y desempeño.

#### Logros:

- a. Se ingresaron 32 procesos judiciales, 4 procesos administrativos, 49 conciliaciones extrajudiciales y 4 procesos penales. Así mismo, se realizó la calificación de 541 procesos judiciales y se ingresaron a los sistemas de información 3837 tutelas y se emitieron 244 conceptos técnicos durante en el año 2020; también ingresaron a la OAJ 646 investigaciones administrativas y 1 disciplinaria
- b. Durante el año 2020 se hizo el respectivo seguimiento a la política del daño antijurídico y se actualizó.
- c. Durante el año 2020 la OAJ asistió y participó en los cuatro Comités Institucionales de Gestión y Desempeño de la SDS y se elaboraron dos informes de reporte trimestral (plan de adecuación y sostenibilidad)

**META 3:** Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS

**INDICADOR ASOCIADO:** Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS

#### Logros:

- ✓ Se actualizaron los procedimientos SDS-JUR-PR-003 y SDS-JUR-PR-009 y se realizó programación de la revisión de documentos para el 2021
- ✓ Se envió la normatividad en las fechas establecidas
- ✓ Se realizó la formulación del PGDI y se reportó en las fechas establecidas. Así mismo se realizaron los informes correspondientes.
- ✓ Se realizó actualización de mapa de riesgos de acuerdo a la autoevaluación realizada y se presentó informe de riesgos.
- ✓ Se enviaron matrices para la revisión por la dirección
- ✓ Se realizó el ejercicio de percepción del cliente y se envió el informe el 16 de junio y el 18 de diciembre del 2020
- ✓ Se cargan evidencias en ISOLUCION de la acción para abordar riesgos #2198.
- ✓ Se consolida en informe la percepción del cliente.

**META 4:** Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción

**INDICADOR ASOCIADO:** Medición de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.

**Logros:**

Se realizan y reportan las actividades planteadas en el Plan de Trabajo TAIP. Las cuales están relacionadas en el Informe de Transparencia enviado por la DPIYC

**CONCLUSIONES**

Para el año 2020 el 100% de las actividades programadas se cumplieron en su totalidad. Se puede concluir que el proceso de Gestión Jurídica ha cumplido eficazmente con el desarrollo de las actividades y seguirá realizando las mejoras necesarias para que dicho cumplimiento siga siendo efectivo.

**Oficina: ASUNTOS DISCIPLINARIOS**

**META 1:** Al 31 de diciembre de 2020 evaluar y / o tramitar las quejas y/o informes radicadas por los diferentes canales

**INDICADOR ASOCIADO:** Requerimientos tramitados

**Logros:**

1. Para la vigencia 2020, se efectuó el cumplimiento de la meta, del 100 % programado, que corresponde a la sumatoria del 50% respecto al análisis, evaluación, gestión, tramite de quejas recibidas y el otro 50% referente a comunicar al ciudadano y/o informante el tramite dado a sus quejas y/o informes en términos legales; actividades descritas en el POGD 1,2, 3 y 4 trimestre del 2020, por parte de la Oficina de Asuntos Disciplinarios.

2. Se realizó de manera oportuna el análisis, evaluación, gestión, tramite y respuesta de las quejas recibidas, por intermedio del aplicativo Bogotá Te Escucha Sistema Distrital de Quejas y Soluciones (SDQS) y el Sistema CORDIS.

3. Se analizaron y evaluaron un total cuatrocientas treinta y nueve (439) Quejas allegadas a la Oficina de Asuntos Disciplinarios durante el año 2020. De las cuales se procedió a dar traslado por no competencia de la Oficina, a trecientas (300) Quejas.

4. De las Quejas recibidas por parte de la Oficina de Asuntos Disciplinarios durante el año 2020, se dio respuesta oportuna en términos de ley. (Fuente de información tomada del POGD 1,2, 3 y 4

trimestre 2020, datos reportados por la Secretaria Técnica de la OAD)

#### **Dificultades:**

Para el año 2020, por parte de la Oficina de Asuntos Disciplinarios no se presentaron dificultades en el desarrollo de la actividad y subactividades para la meta N° 1 del POGD de la OAD.

#### **Acciones de Tratamiento:**

Para el año 2020, por parte de la Oficina de Asuntos Disciplinarios no se presentaron acciones de tratamiento en el desarrollo de la actividad y subactividades para la meta N° 1 del POGD de la OAD.

**META 2:** Al 31 de diciembre de 2020 dar impulso procesal a las actuaciones disciplinarias aperturadas por la oficina

**INDICADOR ASOCIADO:** Eficacia del impulso procesal

#### **Logros:**

Para el año 2020, Se efectuó el cumplimiento de la meta en 100% por parte de la Oficina de Asuntos Disciplinarios; se procedió a dar impulso procesal a las actuaciones disciplinarias aperturadas para el respectivo periodo. Debido a la Pandemia COVID-19 y la declaratoria de estado de emergencia se tomaron medidas de suspensión de términos procesales en los Procedimientos Administrativos, Sancionatorio, Disciplinario, Multas, Sanciones y Declaratorias de incumplimiento en materia de Contratación Estatal, de la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. Mediante las siguientes Resoluciones;

1. Resolución 418 20/03/2020 del (24/03/2020 hasta 13/04/2020)
2. Resolución 423 24/03/2020 (Modifica Artículo 3 de la Resolución 418 20/03/2020).
3. Resolución 494 13/04/2020 del (14/04/2020 hasta 26/04/2020)
4. Resolución 575 24/04/2020 del (27/04/2020 hasta 10/05/2020)
5. Resolución 658 11/05/2020 del (11/05/2020 hasta 24/05/2020)
6. Resolución 931 22/05/2020 del (25/05/2020 hasta 31/05/2020)
7. Resolución 987 29/05/2020 del (01/06/2020 hasta 30/06/2020)
8. Resolución N° 1191 del 25/06/2020 del (01/07/2020 hasta 15/07/2020).
9. Resolución N° 1305 del 13/07/2020 del (16/07/2020 hasta 31/08/2020).

Para la vigencia del 2020, por parte de la Oficina de Asuntos Disciplinarios se adelantó en primera instancia noventa y seis (96) procesos disciplinarios en contra de los servidores y ex servidores públicos de la Secretaría Distrital de Salud, de conformidad con lo establecido en la normatividad vigente. Se continúa asumiendo el conocimiento de los asuntos de competencia de este Despacho con la observancia y respeto de las garantías procesales. Desde el 001-2020 hasta el 096-2020. Es de aclarar con respecto al expediente N° 096-2020, tiene auto de apertura de indagación preliminar con fecha del 2021. (Fuente de información tomada del POGD 1,2,3 y 4 trimestre 2020).

#### **Dificultades:**

Para el año 2020, por parte de la Oficina de Asuntos Disciplinarios no se presentaron dificultades en el desarrollo de la actividad y subactividades para la meta N° 2 del POGD de la OAD.

#### **Acciones de Tratamiento:**

Para el año 2020, por parte de la Oficina de Asuntos Disciplinarios no se presentaron acciones de tratamiento en el desarrollo de la actividad y subactividades para la meta N° 2 del POGD de la OAD.

**META 3:** Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS

**INDICADOR ASOCIADO:** Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS

**Logros:**

a. Para el año 2020, se efectuó el cumplimiento de la meta en el 100%, por parte de la Oficina de Asuntos Disciplinarios, Del 20% programado, este corresponde a la sumatoria de 5% por el cumplimiento de la gestión documental en cada Trimestre. (Descrita en el POGD 1,2,3 y 4 trimestre 2020); y se procedió:

1. Se realizó la actualización del formato de Acta de Reparto Modelo SDS- 131 V1.
2. Se realizó la actualización del formato Auto Inhibitorio quedando denominado AUTO INHIBITORIO OAD.
3. Se realizó la actualización del Instructivo Radicación de Queja codificado SDS-CDO-INS-001 V2.
4. Una vez aprobado y cargado el instructivo SDS-CDO-001 V.2 Radicación de la queja se procedió a la inhabilitación y/o obsolescencia del instructivo SDS-CDO-008 V.1 Radicación de queja Verbal (el cual quedó unificado en el instructivo SDS-CDO-INS-001 V.2), para dicho trámite se diligencio el formato Solicitud de obsolescencia de documentos SDS-PYC-FT-013 V. 03, el cual fue enviado a la DYPIC.
- 4,1, Se realizó la actualización del Instructivo Indagación Preliminar codificado SDS-CDO-INS-002 V.2.
5. Modelo Auto de pruebas en indagación y o investigación disciplinaria. SDS-CDO-FT-004.
6. Se Actualizo la caracterización del proceso CÓDIGO: SDS-CDO-CAR-001
7. Se realizó el Control Disciplinario verbal código SDS-CDO-PR-002 donde se unifico el instructivo denominado previas a la audiencia y Audiencia, creándose el procedimiento denominado Manual de Procesos y Procedimientos proceso disciplinario verbal código SDS-CDO-PR-002V.2, para tal efecto se diligencio el formato denominado: Solicitud de obsolescencia de documentos; donde se inhabilito los siguientes instructivos SDS-CDO-INS-09 INSTRUCTIVO PREVIA A LA AUDIENCIA. Y SDS-CDO-INS-010 INSTRUCTIVO AUDIENCIA; el cual fu remitido DYPIC (30/09/2020) soportado en el aplicativo ISOLUCION.
8. Se creó el formato, modelo N° 140 NOTIFICACION PERSONAL OAD.
9. Se realizó el formato modelo N° 141 NOTIFICACION POR EDICTO.
10. Se realizó el formato modelo N° 139 NOTIFICACION POR ESTADO.
11. Se creó formato modelo N° 142 de AUTORIZACIÓN NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA
12. Se realizó el formato modelo N° 143 de NOTIFICACIÓN POR MEDIOS ELECTRÓNICOS.

13. Actualización del Control Disciplinario Ordinario código SDS-CDO-PR-001 V3

14. Modelo Auto de terminación y Archivo de una indagación y/o Investigación Disciplinaria.

15. Se creó el formato asignación de trabajo, codificado SDS-CDO-FT-003 V.1.

16. Se realizó el Instructivo "Investigación Disciplinaria" donde se unifican los siguientes Instructivos: SDS-CDO-INS-004 FORMULACION DE CARGOS, SDS-CDO-INS-005 ETAPA PROBATORIA EN JUICIO, SDS-CDO-INS-006 ALEGATOS DE CONCLUSIÓN. SDS-CDO-INS-007 FALLO.

Con fundamento en lo anterior, se diligencio el formato "Solicitud de obsolescencia de documentos" SDS-PYC-FT-013 V. 03, el cual fue enviado a la DYIPC (30/06/2020). Con ello se inhabilito los siguientes instructivos: SDS-CDO-INS-004 FORMULACION DE CARGOS, SDS-CDO-INS-005 ETAPA PROBATORIA EN JUICIO, SDS-CDO-INS-006 ALEGATOS DE CONCLUSIÓN. SDS-CDO-INS-007 FALLO; soportado en el aplicativo ISOLUCION.

17. Se realizó la actualización de los siguientes documentos externos: "Modelo Acta de Reparto", "modelo de visita administrativa", "modelo auto concediendo recurso de apelación", "modelo auto concediendo recurso de queja", "modelo auto de indagación preliminar en averiguación", "modelo auto de indagación preliminar implicado", "modelo auto de apertura de investigación disciplinaria", "modelo auto de archivo", "modelo auto de cierre", "modelo auto declarando desierto el recurso de queja. "Modelo" Auto de pruebas en indagación preliminar o investigación disciplinaria, modelo Auto que declara un recurso improcedente, modelo Auto que rechaza recurso por extemporáneo, Auto inhibitorio, modelo Comunicación Apertura de Investigación Disciplinaria y 2210113FT0320 Auto Declarando prelucido el recurso de queja, Citación al testigo, Citación al quejoso y ratificación y ampliación de queja, Comunicación apertura de investigación.

a) 2310430-FT-166 Pliego de Cargos V2 -

b) 2310430-FT-168 Comunicación Auto Archivo quejoso V3.

c) 2310430-FT-171 Comunicación del Auto archivo al Implicado V2

d) 2310430-FT-172 V1 comunicación auto concede apelación.

e) 2310430-FT-173 Comunicación Auto Inhibitorio quejoso V2.

f) 2310430-FT-174 V1 comunicación auto de pruebas a sujeto procesal.

g) 2310430-FT-175 V1\_constancia de ejecutoria.

h) 2310430-FT-179 V1\_comunicacion prorroga apertura inv. investigado.

i) 2310430-FT-180 V1\_comunicacion traslado para alegar de conclusión.;

j) 2310430-FT-182 V1\_diligencia de ampliación y ratificación de la queja.

k) 2310430-FT-183 V1\_testimonio.

l) 2310430-FT-184 V1\_diligencia de versión libre.

m) 2310430-FT-201 V1\_edicto.

n) 2310430-FT-202 V1\_notificacion por estado.

o) 2310430-FT-204 Notificación Personal V2.

18. Se diligencio el formato Solicitud de obsolescencia de documentos; Donde se inhabilito los siguientes modelos de documentos externos:

a) 2110113FT0910 SOLICITUD DE DOCUMENTOS. b) 2210113ft0300 AUTO DECLARANDO DESIERTO EL RECURSO DE QUEJA. - c) 2210113ft0550 COMUNICACION APERTURA INDAGACION IMPLICADO. - d) 2210113ft0630 COMUNICACION AUTO RECHAZA EL RECURSO DE CION.

e) 2210113ft0720 COMUNICACION IMPLICADO NO APELANTE. -

f) 2210113ft0790 COMUNICACION REMISION EXPEDIENTE SEGUNDA INSTANCIA. -

g) 2211600ft0110 MEMORANDO.19. La Oficina de Asuntos Disciplinarios dio cumplimiento a la actualización documental para el año 2020; no obstante, lo anterior es dable señalar que en virtud de la entrada en vigencia de la nueva ley disciplinaria se efectuaran los ajustes respectivos de acuerdo con las Directrices emitidas por la Alcaldía Mayor de Bogotá (Dirección de Asuntos Disciplinarios del Distrito. (Fuente de información tomada del POGD 1,2, 3 y 4 trimestre 2020)

En el año 2020, del 16% programado este corresponde a la sumatoria de 8% por el cumplimiento de remitir las normas aplicables al proceso y otro 8% con realizar el informe trimestral establecido en el POGD de la oficina. Normograma (Fuente de información tomada del POGD 1,2,3 y 4 trimestre.2020).

1. Se remitió por parte de la Oficina de Asuntos Disciplinarios de manera oportuna las normas aplicables al proceso mensualmente a la DPIYC, durante el año 2020.
2. Se efectuó el reporte consolidado a la DPIYC en el formato nomograma de manera oportuna con código SDS-PYC-FT-031 (Todas las normas relacionadas en el aplicativo ISOLUCION), cada tres meses, durante el año 2020. (Fuente de información tomada del POGD 1,2,3 y 4 trimestre.2020).

En el año 2020. Del 28% programado, este corresponde al cumplimiento de la siguiente actividad: Gestionar y Monitorear el Desempeño de los procesos, descritos en el POGD de la oficina (1,2,3 y 4 trimestre).

1. El 6%: Se remitió la formulación del POGD vigencia 2020 por parte de la Oficina de Asuntos Disciplinarios de manera oportuna.
2. Con el 10 %: Se procedió a remitir por parte de la Oficina de Asuntos Disciplinarios de manera oportuna el Informe Anual del POA vigencia 2019 a la Dirección de Planeación Institucional y Calidad; de igual manera se remitió por parte de la Oficina de Asuntos Disciplinarios de manera oportuna el informe del POGD 1 semestre 2020.
3. El 12 %: Se remitió por parte de la Oficina de Asuntos Disciplinarios de manera oportuna el reporte del POGD 2, 3 y 4 trimestre 2020.

En la Vigencia 2020, Del 14% programado, este corresponde al cumplimiento de la siguiente actividad: Gestionar los Riesgos del Proceso, descritos en el POGD de la oficina 3 trimestre).Corresponde a la sumatoria del 6% por el cumplimiento de remitir por parte de la Oficina de Asuntos Disciplinarios de manera oportuna el reporte de la actualización del Mapa de Riesgos y de corrupción; el 4%: Se procedió a remitir de manera oportuna el reporte de la Autoevaluación de riesgos por procesos y de corrupción, y el otro 4%: Ese remitió por parte de la Oficina de Asuntos Disciplinarios de manera oportuna el informe resultados de la gestión del riesgo.(Fuente de información tomada del POGD 3 trimestre 2020).

Para el año 2020, del 10% programado, este corresponde al cumplimiento de la siguiente actividad: Gestionar Informe de revisión por la dirección, descrito en el POGD de la oficina 3 trimestre 2020).

1. Se remitió por parte de la Oficina de Asuntos Disciplinarios de manera oportuna el informe de revisión por la dirección. (Fuente de información tomada del POGD 3 trimestre 2020).

Para el año 2020, Del 12% programado, este corresponde al cumplimiento de la siguiente actividad: Gestionar la Mejora Continua de los Procesos, descritos en el POGD de la oficina 3 y 4 trimestre). Corresponde a la sumatoria del 10 % por el cumplimiento de participar en las actividades para la renovación de la certificación del SGC de la SDS, y el otro 2% por que el proceso de Control Disciplinario gestiono y cerro la Acción Para Abordar Riesgos -Oficina de Control Interno-536, de acuerdo con lo mencionado el proceso ya no tiene más acciones

pendientes por gestionar. (Fuente de información tomada del POGD 3 y 4 trimestre 2020).

#### **Dificultades:**

Para el año 2020, por parte de la Oficina de Asuntos Disciplinarios no se presentaron dificultades en el desarrollo de la actividad y subactividades para la meta N° 3 del POGD de la OAD.

#### **Acciones de Tratamiento:**

Para el año 2020, por parte de la Oficina de Asuntos Disciplinarios no se presentaron acciones de tratamiento en el desarrollo de la actividad y subactividades para la meta N° 3 del POGD de la OAD.

**META 4:** Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.

**INDICADOR ASOCIADO:** Medición de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción

#### **Logros:**

a. Para el año 2020, se efectuó el cumplimiento de la meta de un 100%, por parte de la Oficina de Asuntos Disciplinarios.

1. Se remitió por parte de la Oficina de Asuntos Disciplinarios de manera oportuna las normas aplicables al proceso mensualmente a la DPIYC, durante el año del 2020, descritos en el POGD de la oficina 1,2, 3 y 4 trimestre).
2. Se participó en la socialización del Plan de trabajo de transparencia (26/02/2020).
3. Se realizó la actualización de manera oportuna del Glosario de Términos de la Oficina de Asuntos Disciplinarios en los términos establecidos por la DPYC.
4. Se efectuó la revisión y actualización del procedimiento de toma de decisiones, enviado a la DPYC mediante memorando N° 2020IE14310 de fecha (16/06/2020).
5. Se participó en la revisión de la Política de Conflicto de Interés de la SDS.
6. Se remitió por parte de la Oficina de Asuntos Disciplinarios la actualización del registro de activos de información e índice de información clasificada y reservada de hardware y servicios,
7. Se remitió por parte de la Oficina de Asuntos Disciplinarios la actualización de la Política de Conflicto de interés de la SDS.
8. La Oficina de Asuntos Disciplinarios consolida la información del SDQS, y remite el informe a control Interno cuando lo requiera.
9. La Oficina de Asuntos Disciplinarios organizó charla sobre prevención de la corrupción el día 18 de noviembre de 2020 vía TEAMS,
10. Se realizó presentación herramienta para el trámite de denuncias de corrupción y protección al denunciante por parte de la Veeduría Distrital. Para la actualización del lineamiento de protección de datos al deportante y Custodia de los datos del deportante, Mesa de trabajo con las dependencias de Bienes y servicios, TIC, DPYIC y Atención a la Ciudadanía, para la creación de Acuerdo de confidencialidad e Instructivo Botón de Hechos de Corrupción.
11. La Oficina de Asuntos Disciplinarios cumplió con la actividad de manera oportuna de la elaboración y publicación del informe del ejercicio de la función disciplinaria en la página web.
12. La Oficina de Asuntos Disciplinarios cumplió con la actividad planteada mediante la socialización de la cartilla Disciplina Preventiva el día 28 de diciembre de 2020
13. Capacitación en materia disciplinaria en la inducción y/o reinducción programada por la Dirección de Gestión de Talento Humano, Presencial el 27/11/2020. Auditorio Cuarto Piso

(ICDBIS). . (Fuente de información tomada del POGD 1,2,3 y 4 trimestre 2020)

#### **Dificultades:**

Para el año 2020, por parte de la Oficina de Asuntos Disciplinarios no se presentaron dificultades en el desarrollo de la actividad y subactividades para la meta N° 3 del POGD de la OAD.

#### **Acciones de Tratamiento:**

Para el año 2020, por parte de la Oficina de Asuntos Disciplinarios no se presentaron acciones de tratamiento en el desarrollo de la actividad y subactividades para la meta N° 3 del POGD de la OAD.

### **CONCLUSIONES**

- ✓ Luego de la recopilación, validación y análisis de los resultados de cada meta para el año 2020, podemos concluir que la Oficina de Asuntos Disciplinarios ha logrado dar cumplimiento al cronograma, actividades y metodología planificados al inicio del año, frente a las cuatro (4) metas propuestas, dando un cumplimiento en un 100%.
- ✓ Para el año 2020, por parte de la Oficina de Asuntos Disciplinarios se dio cumplimiento de manera oportuna a las acciones y/o actividades establecidas, para dar cumplimiento a la meta referida al Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema Integrado de Gestión. Entre ellas podemos referenciar de manera relevante : La actualización de formatos e instructivos programados en el inventario documental, documentos externos ,la presentación del informe Anual Plan Operativo Anual- POA 2019, la elaboración y/o actualización de la matriz DOFA, el contexto estratégico para los riesgos de corrupción, PESTEL con su respectivo análisis de factores internos y externos, la formulación del POGD vigencia 2020 ; remisión de manera oportuna del reporte de POGD de 1,2,3 y 4 trimestre, así como el informe del POGD 1 semestre 2020, el reporte de la actualización del Mapa de Riesgos y de corrupción y la autoevaluación e informe de resultados de la Gestión de Riesgos; Por otra parte se realizó el informe de revisión por la dirección y la participación en las actividades para la renovación de la certificación del SGC de la SDS, y se gestionó y cerro la Acción Para Abordar Riesgos - Oficina de Control Interno-536. así como la continua actualización y reporte del Nomograma y Matriz de Cumplimiento Legal.

#### **Oficina: CONTROL INTERNO**

**META 1:** Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS.

**INDICADOR ASOCIADO:** Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS.

#### **Logros:**

- a. Se logró actualizar documentos de la Oficina de Control Interno, así como sus instructivos y lineamientos en un 93%.
- b. La Oficina Control Interno ha contribuido a la política de la mejora normativa enviando mensualmente las normas nuevas y las derogadas.
- c. Se realizó seguimiento y correspondiente envío del Plan Operativo de Gestión y Desempeño de la Oficina de Control Interno
- d. Se realizó análisis y evaluación de riesgos correspondiente al proceso



- e. Se remitió el informe de revisión por la Dirección
- f. Se realizó el ejercicio de percepción de del cliente y se logró mejorar el número de respuestas por parte de los procesos, de acuerdo al informe presentado en el II semestre.
- d. Se gestionaron los Planes de Mejoramiento de la Oficina de Control Interno.

**Dificultades:**

Se han presentado dificultades para concretar mesas de trabajo para la revisión de los documentos, lo que genera retrasos en la actualización de los mismos.

**Acciones de Tratamiento:**

Los documentos pendientes de actualizar a 31 de diciembre de 2020 por parte de la OCI, serán actualizados en la vigencia 2021.

**META 2:** Realizar las Acciones para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.

**INDICADOR ASOCIADO:** Implementación de las políticas de gestión y desempeño.

**Logros:**

- a. Se dio cumplimiento a las acciones propuestas para el cumplimiento de la Política de Control Interno.
- b. Se han realizado todas las actividades propuestas que contribuyen a la implementación del MIPG

**Dificultades:**

Para el II semestre se ajustó el PAA apretado lo que dificultó la oportunidad en la entrega de las actividades propuestas.

**Acciones de Tratamiento:**

Se informará al equipo de trabajo las actividades programadas en el tablero de control para mejorar la oportunidad en la entrega de los productos.

**META 3:** Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.

**INDICADOR ASOCIADO:** Medición de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.

**Logros:**

- a. Se ha realizado gestión y monitoreo al PAAC
- b. Se publicó y divulgó la información emitida por la Oficina de Control Interno, tales como Informes de auditoría, informes de ley y seguimientos, de acuerdo al Plan de trabajo.

**Acciones de Tratamiento:**

- ✓ Se mejorará la oportunidad en las actualizaciones y publicaciones de la información que emite la Oficina de Control Interno.
- ✓ Se realizará seguimiento a las publicaciones de la OCI.

**META 4:** Evaluar la gestión en los procesos.

**INDICADOR ASOCIADO:** Cumplimiento al Plan anual de auditorías de la OCI.

**Logros:**

Se cumplió con la ejecución del 100% de las auditorías programadas para la vigencia 2020.

**Dificultades:**

Consecuencia de la emergencia por Covid -19 algunas auditorías programadas presentaron retrasos, pero se logró su ejecución y cumplimiento a 31 de diciembre.

**Acciones de Tratamiento:**

Se presentará un PAA, de acuerdo a las necesidades de la entidad y a la situación actual producto de la pandemia.

**META 5:** Fortalecer la mejora de los procesos de Gestión.

**INDICADOR ASOCIADO:** Cumplimiento al Plan anual de auditorías de la OCI.

**Logros:**

El seguimiento mensual ha impactado en el sistema de control interno evaluando la efectividad y la eficacia de las acciones propuestas en los planes de mejoramiento como en el mejoramiento continuo de los procesos.

**META 6:** Gestionar informes y/o requerimientos de Entes de Control.

**INDICADOR ASOCIADO:** Entrega oportuna de informes de Ley.



**Logros:**

La Oficina de Control Interno ha dado cumplimiento a la presentación de los informes de Ley, así como el seguimiento y acompañamiento a los informes de Ley que debe presentar la Entidad.

**CONCLUSIONES**

1. Cumplimiento en la realización y seguimiento de los informes de Ley durante la vigencia.
2. Seguimiento de los planes de mejoramiento internos y los suscritos con entes externos de control en la vigencia.
3. Como consecuencia de la emergencia por Covid-19, el PAA fue ajustado en el II semestre lo que hizo que algunas actividades del tablero de control no fueran presentadas con oportunidad.

## ANEXO I – ANÁLISIS DE LOS INDICADORES VS METAS Y PORCENTAJES DE CUMPLIMIENTO

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD</b> <b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</b> <b>CONTROL DOCUMENTAL</b> <b>SEGUIMIENTO INDICADORES DE GESTIÓN</b> Código: SDS-PYC-FT-028 V.1	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

DIRECCIÓN / OFICINA	METAS	Total programado	Total Ejecutado	% de Cumplimiento
<b>DIRECCIÓN ANÁLISIS DE ENTIDADES PÚBLICAS DEL SECTOR SALUD</b>	Realizar seguimiento, monitoreo y evaluación a la implementación de las estrategias formuladas para desarrollar las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud y consolidar la Red Integrada de Servicios de Salud de Bogotá -RISS .	100,00%	96,50%	96,50%
	Realizar seguimiento y evaluación a la implementación de las estrategias formuladas para reducir para 2020 a cinco (5) días la oportunidad de la atención ambulatoria en consultas médicas de especialidades básicas.	100,00%	95,00%	95,00%
	Realizar seguimiento y evaluación a la implementación de las estrategias formuladas para disminuir a menos del 95% los porcentajes promedio de ocupación de los servicios de urgencias en las Subredes integradas de servicios de salud de Bogotá.	100%	98,5%	98,5%
	Diseñar y poner en operación completa y consolidada la estructura técnica y operativa de habilitación y acreditación de calidad al finalizar el	100,00%	95,83%	95,83%

	2020.			
	Diseñar y poner en marcha el Plan de Monitoreo y Evaluación del Modelo (Habilitación y acreditación) que incluya como mínimo la línea de base, los indicadores de proceso, resultado e impacto de carácter técnico y financiero a 2020.	100,00%	95,83%	95,83%
	Diseñar y poner en marcha el del Plan de Monitoreo y Evaluación del modelo que incluya como mínimo línea de base, los indicadores del proceso, resultado e impacto de carácter técnico y financiero a 2020. (Pago por Incentivos).	100,00%	100,00%	100,00%
	Realizar seguimiento, monitoreo y evaluación a la operación de EAGAT.	100,00%	100,00%	100,00%
	Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS.	100,00%	98,82%	98,82%
	Realizar acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción	100,00%	87,50%	87,50%
<b>CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD</b>	Cumplir con la programación de visitas de verificación de condiciones del Sistema Único de Habilitación para el 2020	100,00%	100,00%	100,00%
	Ejecución de las solicitudes y trámites presentados de Licencias de SST y Autorización de Títulos en los términos establecidos para el 2020	100,00%	100,00%	100,00%
	Lograr la participación del 50% de los PSS inscritos para visita previa a las asistencias técnicas grupales programadas de visita previa	100,00%	100,00%	100,00%
	Realizar las acciones necesarias para el	100,00%	100,00%	100,00%

	Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS			
	Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	100,00%	100,00%	100,00%
<b>DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA</b>	Prestar los servicios administrativos de la Dirección Administrativa - Subdirección de Bienes y Servicios	100,00%	100,00%	100,00%
	Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	100,00%	99,88%	99,88%
	Realizar las Acciones para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	100,00%	91,50%	91,50%
	Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción	100,00%	98,80%	98,80%
	Realizar las acciones para la contratación	100,00%	100,00%	100,00%
	Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	100,00%	100,00%	100,00%
	Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción	100,00%	100,00%	100,00%
<b>DIRECCIÓN DE INFRAESTRUCTURA</b>	Evaluar el 100% de los requerimientos de infraestructura y dotación hospitalaria	100,00%	99,67%	99,67%
	Realizar acciones necesarias para la actualización del Plan Maestro de Equipamientos en Salud (PMES) incluyendo informes de seguimiento trimestral	100,00%	100,00%	100,00%
	Adelantar las acciones	100,00%	100,00%	100,00%

	tendientes para mejorar el desarrollo de los proyectos de infraestructura y dotación hospitalaria priorizados para la vigencia 2020			
	Formular el piloto de la propuesta del repositorio de información digital de la Dirección de Infraestructura y Tecnología que integre la información asociada a la gestión en el componente de contratos y/o convenios en ejecución.	100,00%	100,00%	100,00%
	Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	100%	100%	100,00%
	Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	100,00%	100,00%	100,00%
<b>DIR. PARTICIPACIÓN SOCIAL, GESTIÓN T Y T.</b>	Cumplir al 100%, las actividades propias para el funcionamiento de la Subsecretaria de Gestión Territorial, Participación y Servicio al Ciudadano.	100,00%	100,00%	100,00%
	Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	100,00%	100,00%	100,00%
	Realizar las acciones para la implementación de las políticas de gestión y desempeño.	100,00%	100,00%	100,00%
	Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	100,00%	100,00%	100,00%
<b>PLANEACIÓN SECTORIAL Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN</b>	Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	100,00%	100,00%	100,00%
	Realizar las acciones para	100,00%	100,00%	100,00%

	la implementación de las políticas de gestión y desempeño.			
	Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	100,00%	100,00%	100,00%
<b>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y CALIDAD</b>	Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	100,00%	99,95%	99,95%
	Realizar las Acciones para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	100,00%	95,50%	95,50%
	Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	100,00%	100,00%	100,00%
<b>PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD</b>	Hacer seguimiento a implementación del modelo de atención en salud en el 100% de las EAPB autorizadas para operar en Bogotá D.C	100,00%	100,00%	100,00%
	Medir el proceso de implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud, en el 100% de las EAPB autorizadas para operar en Bogotá.	100,00%	100,00%	100,00%
	Medir el proceso de implementación de la Ruta Integral de atención para la población Materno Perinatal en el 100% de las EAPB autorizadas para operar en Bogotá.	100,00%	100,00%	100,00%
	Mantener la asistencia técnica, seguimiento y fortalecimiento al 100% de los Bancos de Sangre en las estrategias de Promoción de la donación voluntaria de componentes sanguíneos.	100,00%	100,00%	100,00%
	Fortalecer de la Gestión	100,00%	100,00%	100,00%

	operativa de la donación en la jurisdicción de la Regional N°1 (fuera de Bogotá), en IPS Generadoras y Trasplantadoras priorizadas.			
	Documentar el 100% del estado de los convenios vigentes o en proceso de liquidación de supervisión a cargo de la DPSS	100,00%	100,00%	100,00%
	Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema Integrado de Gestión	100,00%	100,00%	100,00%
	Liderar la Medición del Desarrollo Institucional de la Secretaría Distrital de Salud	100,00%	100,00%	100,00%
<b>DIRECCIÓN DE SALUD COLECTIVA</b>	Realizar direccionamiento, monitoreo y seguimiento de las acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas PSPIC y las acciones de Gestión de la Salud Pública - GSP establecidas para el 2020 en la Dirección de Salud Colectiva.	100,00%	100,00%	100,00%
	Coordinar, implementar y seguir las acciones de articulación intersectorial y sectorial propuestas para la vigencia 2020 de las políticas públicas, planes, programas, proyectos y estrategias de salud pública en el Distrito Capital.	100,00%	100,00%	100,00%
	Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	100,00%	100,00%	100,00%
	Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	100,00%	100,00%	100,00%
<b>DIRECCIÓN DE SERVICIO A LA CIUDADANIA</b>	Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema	99,00%	99,00%	100,00%



	de Gestión de la SDS			
	Realizar las acciones para la implementación de las políticas de gestión y desempeño.	100,00%	100,00%	100,00%
	Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	100,00%	100,00%	100,00%
	Desarrollar las acciones administrativas necesarias para el buen funcionamiento organizacional de los Puntos de Servicio al Ciudadano de la SDS	100,00%	100,00%	100,00%
	Implementar en la Dirección de Servicio a la Ciudadanía, el correo certificado electrónico como canal de respuesta digitalizada a las personas jurídicas y al 10% de las personas naturales que radican peticiones en la SDS	100,00%	100,00%	100,00%
	Aumentar en 4 puntos, el servicio de orientación e información al ciudadano en el Distrito Capital	100,00%	100,00%	100,00%
	Adelantar acciones con el fin de incrementar la confianza y la satisfacción de la ciudadanía con los servicios prestados por la SDS	100,00%	100,00%	100,00%
<b>DIRECCION DE TALENTO HUMANO</b>	Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	100,00%	100,00%	100,00%
	Realizar las Acciones para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	100,0%	99,08%	99,01%
	Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	100,00%	100,00%	100,00%
<b>DIRECCIÓN DE URGENCIAS ,</b>	Realizar seguimiento al nuevo modelo de atención	50,02%	50,02%	100,00%

<b>EMERGENCIAS Y DESASTRES</b>	en salud para Bogotá D.C. en el ámbito de la Atención Pre hospitalaria			
	Participar eficazmente del proceso de planeación, preparación y respuesta en situaciones de emergencias y desastres a nivel pre hospitalario, hospitalario y comunitario.	50,00%	50,00%	100,00%
	Realizar las acciones necesarias para el mantenimiento y sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS.	100,00%	99%	99%
	Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	100,00%	99,30%	99,30%
	Alcanzar la implementación del 100% de los componentes del sistema de emergencias médicas-sem, en su segunda fase.	100,00%	97,60%	97,60%
<b>DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGIA</b>	Realizar el 100% de las acciones establecidas en la vigencia, para el Mantenimiento y Fortalecimiento de la Vigilancia en Salud Pública, en el Distrito capital.	100,00%	100,00%	100,00%
	Realizar el 100% de los análisis asociados a los procesos del Laboratorio de Salud Pública, como apoyo a la Vigilancia en Salud Pública, con criterios de calidad y oportunidad.	100,00%	100,00%	100,00%
	Establecer las acciones relacionadas con la orientación técnica para la formulación e implementación, y desarrollar el monitoreo, análisis y evaluación de políticas, planes y proyectos de Salud Pública, según la normatividad vigente.	100,00%	100,00%	100,00%
	Desarrollar el 100% de las acciones establecidas en la vigencia, para el fortalecimiento de la gestión	100,00%	100,00%	100,00%

	y generación del conocimiento, en el marco de las competencias de la Subsecretaría de Salud Pública.			
	Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	100,00%	100,00%	100,00%
	Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	100,00%	100,00%	100,00%
<b>DIRECCIÓN FINANCIERA</b>	Lograr un nivel de ejecución presupuestal igual o mayor al 90% a través de actividades de seguimiento	100,00%	99,55%	99,55%
	Generar mensualmente estados financieros de conformidad con lo dispuesto en el Nuevo Marco Normativo para las Entidades del Gobierno.	100,00%	93,00%	93,00%
	Sustanciar la totalidad de los expedientes de vigencias anteriores al 2017.	100,00%	97,00%	97,00%
	Logrará una ejecución presupuestal de ingresos mayor o igual al 90%	100,00%	98,00%	98,00%
	Cumplir con los reportes a entes externos e internos en las fechas establecidas	100,00%	98,94%	98,94%
	Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	100,00%	92,13%	92,13%
	Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	100,00%	98,30%	98,30%
<b>DIRECCIÓN TIC</b>	1. Gestionar la puesta en producción de la solución integral de la Historia	100,00%	100,00%	100,00%

	Clínica Electrónica Unificada (HCEU), agendamiento centralizado de citas y gestión de fórmula médica			
	2. Gestionar la implementación de la herramienta analítica de datos	100,00%	100,00%	100,00%
	3. Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión y Desempeño	100,00%	97,60%	97,60%
	4. Realizar las acciones para la implementación de las políticas de Gestión y Desempeño	100,00%	100,00%	100,00%
	5. Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y Lucha contra la Corrupción.	100,00%	98,70%	98,70%
<b>OFICINA ASESORA DE COMUNICACIONES</b>	Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	100,00%	99,17%	99,17%
	Realizar las Acciones para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS	100,00%	98,66%	98,66%
	Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	100,00%	100,00%	100,00%
<b>OFICINA ASESORA JURIDICA</b>	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.	100,00%	100,00%	100,00%
	Realizar las Acciones para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	100,00%	100,00%	100,00%
	Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y	100,00%	97,00%	97,00%

	Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS			
	Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	100,00%	99,00%	99,00%
<b>OFICINA DE ASUNTOS DISCIPLINARIOS</b>	AL 31 de diciembre de 2020 evaluar y / o tramitar las quejas y/o informes radicadas por los diferentes canales	100,00%	100,00%	100,00%
	AL 31 de diciembre de 2020 dar impulso procesal a las actuaciones disciplinarias aperturadas por la oficina	100,00%	100,00%	100,00%
	Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	100,00%	100,00%	100,00%
	Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	100,00%	100,00%	100,00%
<b>OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>	Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema de Gestión de la SDS	100,00%	100,00%	100,00%
	Realizar las Acciones para la Implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño de la SDS.	100,00%	99,70%	99,70%
	Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	100,00%	99,00%	99,00%
	Evaluar la gestión en los procesos.	100,00%	100,00%	100,00%
	Fortalecer la mejora de los procesos de Gestión.	100,00%	100,00%	100,00%
	Gestionar informes y/o requerimientos de Entes de Control.	100,00%	100,00%	100,00%
<b>DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO</b>	Realizar las acciones necesarias para el Mantenimiento y Sostenibilidad del Sistema	100,00%	99,97%	99,97%

	de Gestión de la SDS			
	Realizar las acciones para el desarrollo de los componentes de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.	100,00%	100,00%	100,00%
	Gestionar el 100% de las actividades que fortalecen la administración, inspección, vigilancia y seguimiento del aseguramiento en salud y que facilitan el acceso a la prestación de los servicios de salud para la población de Bogotá, a cargo del Ente Territorial	100,00%	100,00%	100,00%
	Realizar el seguimiento y cierre al 100% de las tutelas registradas en el aplicativo de la población no asegurada de Bogotá D.C. en la vigencia 2012 - 2013, de competencia de la Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud.	100,00%	100,00%	100,00%

## ANEXO II – PLAN ESTRATEGICO DE LA SDS

Relación de los Objetivos Estratégicos, procesos, Direcciones u Oficinas y subsecretaría:

No	OBJETIVO ESTRATEGICO	PROCESO	DIRECCIÓN	SUBSECRETARIA
1	Garantizar la atención en la prestación de los servicios de salud a partir de la gestión del riesgo basado en un modelo de salud y en una estrategia de atención primaria en salud resolutiva.	Asegurar Salud	Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud.	SUBSECRETARIA DE SERVICIOS DE SALUD Y ASEGURAMIENTO
		DUES	Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud	SUBSECRETARIA DE SERVICIOS DE SALUD Y ASEGURAMIENTO
2	Implementar un modelo de prestación de servicios de salud a través de un esquema integrado de redes especializadas, la habilitación y acreditación de su oferta de servicios de salud, así como la gestión de sus servicios.	Planeación y Gestión Sectorial	Dirección de análisis de entidades públicas distritales del sector salud	SUBSECRETARIA DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN SECTORIAL
		Provisión de Servicios de Salud	Dirección de Provisión de Servicios de Salud	SUBSECRETARIA DE SERVICIOS DE SALUD Y ASEGURAMIENTO
3	Mejorar la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud a través de la actualización y modernización de la infraestructura física, la innovación tecnológica y de las comunicaciones de Secretaría Distrital de Salud y las instituciones de la red adscrita.	Planeación y Gestión Sectorial	Dirección de Infraestructura	SUBSECRETARIA DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN SECTORIAL
		Gestión de TIC	Dirección TIC	SUBSECRETARIA CORPORATIVA
4	Ejercer la rectoría en salud a través del cumplimiento de la función de inspección, vigilancia y control en la red y prestadores de servicios de salud, la gestión de riesgo colectivo, las condiciones de vulnerabilidad sanitarias y socioambientales, así como adoptar normas, políticas, estrategias,	Inspección Vigilancia y Control	Dirección Epidemiológica, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva	SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA
		Calidad de Servicios de Salud	Dirección de Calidad de Servicios de Salud	SUBSECRETARIA DE SERVICIOS DE SALUD Y ASEGURAMIENTO
		Gestión de Salud Publica	Dirección de Salud Colectiva	SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA
		Asegurar Salud	Dirección de Aseguramiento y	SUBSECRETARIA DE SERVICIOS DE

	planes, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que formule y expida la Nación.		Garantía del Derecho a la Salud.	SALUD Y ASEGURAMIENTO
5	Fortalecer los procesos que soporten la gestión misional y estratégica de la entidad, mediante acciones que promuevan la administración transparente de los recursos, la gestión institucional, el ejercicio de la gobernanza y la corresponsabilidad social en salud.	Gestión de Bienes y Servicios - Gestión Contractual	Dirección Administrativa	SUBSECRETARIA CORPORATIVA
		Planeación y Gestión Sectorial.	Dirección de Planeación Sectorial.	SUBSECRETARIA DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN SECTORIAL
		Gestión de TIC	Dirección TIC	SUBSECRETARIA CORPORATIVA
		Gestión Jurídica	Oficina Asesora Jurídica	OFICINAS ASESORAS
		Gestión de Comunicaciones	Oficina Asesora de Comunicaciones	OFICINAS ASESORAS
		Planeación Institucional y Calidad	Dirección de Planeación Institucional y Calidad	SUBSECRETARIA CORPORATIVA
		Evaluación, Seguimiento y control a la gestión	Oficina de Control Interno	OFICINAS ASESORAS
		Control Disciplinario	Oficina Asesora de Asuntos Disciplinarios	OFICINAS ASESORAS
		Gestión Financiera	Dirección Financiera	SUBSECRETARIA CORPORATIVA
		Gestión del Talento Humano	Dirección de Talento Humano	SUBSECRETARIA CORPORATIVA
		Gestión Social en Salud	Dirección de Servicio a la Ciudadanía	SUBSECRETARIA DE GESTIÓN TERRITORIAL, PARTICIPACIÓN Y SERVICIO A LA CIUDADANIA.
		Gestión Social en Salud	Dirección Participación Social, Gestión Territorial y Transectorial.	SUBSECRETARIA DE GESTIÓN TERRITORIAL, PARTICIPACIÓN Y SERVICIO A LA CIUDADANIA.

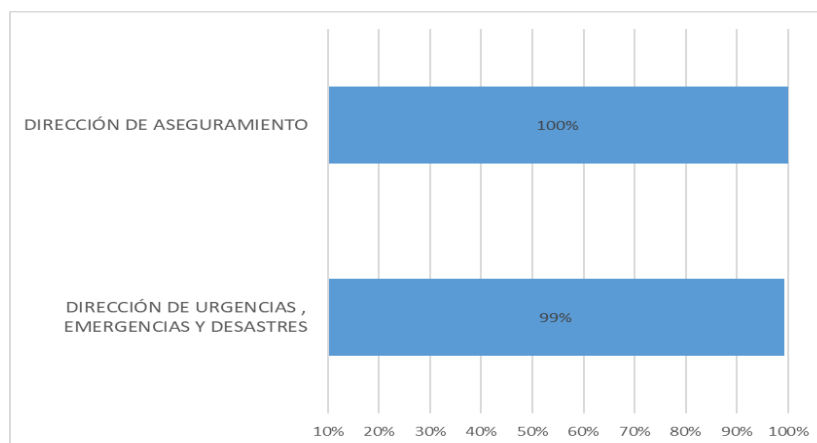


## Cumplimiento Plan Estratégico 2020

Para avanzar en el cumplimiento del direccionamiento estratégico de la Entidad, la Secretaría Distrital de Salud evaluará cada uno de los objetivos estratégicos<sup>2</sup> que se encuentran asociados a las metas institucionales definidas en el POGD.

Es preciso señalar que los datos presentados a continuación expresan el valor estimado y se determina de conformidad al cumplimiento de las metas POGD vs objetivos estratégicos relacionados, no significa que el porcentaje establecido defina el cumplimiento del objetivo, únicamente expresa el aporte que se da desde la gestión a dichos objetivos, esta información es reportada en las metas de los POGD de la SDS.<sup>3</sup>

<b>OBJETIVO 1:</b> Garantizar la atención en la prestación de los servicios de salud a partir de la gestión del riesgo basado en un modelo de salud y en una estrategia de atención primaria en salud resolutive.		
Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud.	<b>100%</b>	<b>99,60%</b>
Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud	<b>99,20%</b>	

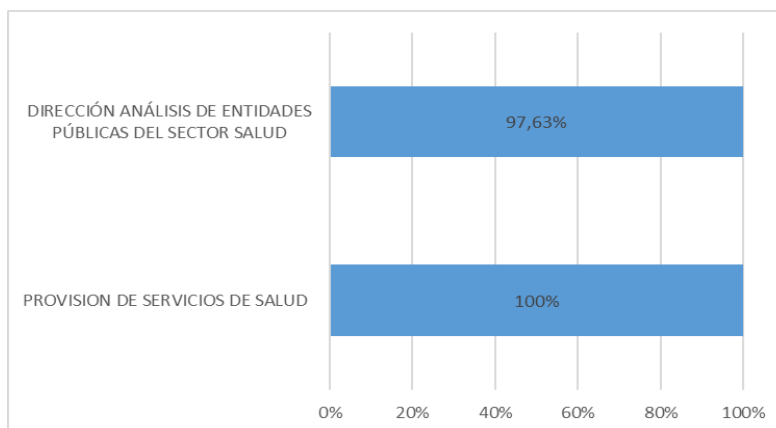


<b>OBJETIVO 2:</b> Implementar un modelo de prestación de servicios de salud a través de un esquema integrado de redes especializadas, la habilitación y acreditación de su oferta de servicios de salud, así como la gestión de sus servicios.		
Dirección de análisis de entidades públicas distritales del sector salud	<b>97,63%</b>	<b>98,8%</b>

<sup>2</sup> Los valores establecidos se establecen directamente de las metas asociadas a los objetivos estratégicos en los Planes Operativos de Gestión y Desempeño (POGD).

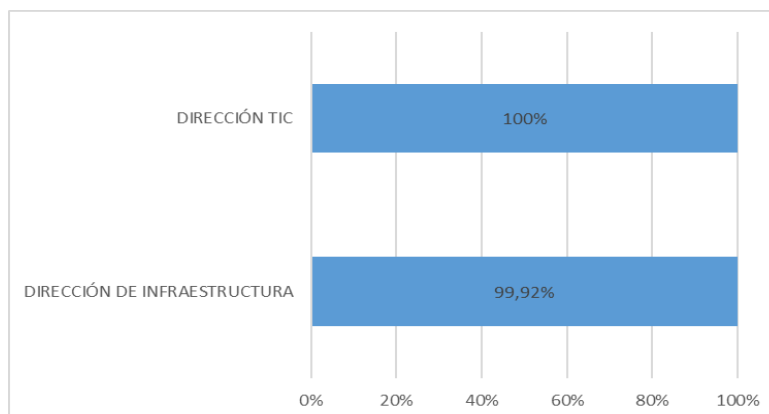
<sup>3</sup> Se estima con el valor promedio de las metas relacionadas.

Provisión de Servicios De Salud	<b>100%</b>	
---------------------------------	-------------	--



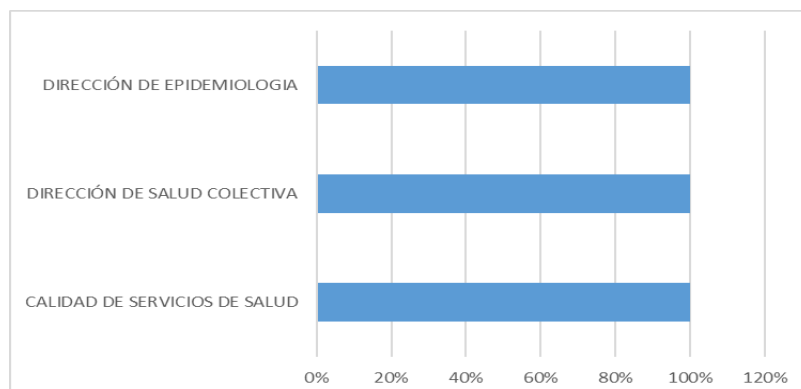
**OBJETIVO 3:** Mejorar la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud a través de la actualización y modernización de la infraestructura física, la innovación tecnológica y de las comunicaciones de Secretaría Distrital de Salud y las instituciones de la red adscrita.

Dirección de Infraestructura	<b>99,92%</b>	<b>99,92%</b>
Dirección TIC	<b>100%</b>	



**OBJETIVO 4:** Ejercer la rectoría en salud a través del cumplimiento de la función de inspección, vigilancia y control en la red y prestadores de servicios de salud, la gestión de riesgo colectivo, las condiciones de vulnerabilidad sanitarias y socioambientales, así como adoptar normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que formule y expida la Nación.

Dirección de Calidad de Servicios de Salud	<b>100%</b>	<b>100%</b>
Dirección Epidemiológica, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva	<b>100%</b>	



**OBJETIVO 5:** Fortalecer los procesos que soporten la gestión misional y estratégica de la entidad, mediante acciones que promuevan la administración transparente de los recursos, la gestión institucional, el ejercicio de la gobernanza y la corresponsabilidad social en salud.

Dirección análisis de entidades públicas del sector salud	93,16%	<b>99,08%</b>
Dirección administrativa	98,6%	
Dirección de infraestructura	100%	
Dir. Participación social, gestión t y t.	100%	
Planeación sectorial y gestión del conocimiento e innovación	100%	
Dirección de planeación y calidad	98,48%	
Provisión de servicios de salud	100%	
Dirección de salud colectiva	100%	
Dirección de servicio a la ciudadanía	100%	
Dirección de talento humano	99,67%	
Dirección de urgencias , emergencias y desastres	100%	
Dirección de epidemiología	100%	
Dirección financiera	96,70%	
Dirección TIC	99,4%	
Oficina asesora de comunicaciones	99,28%	
Oficina asesora jurídica	98,06%	
Oficina de asuntos disciplinarios	100%	
Dirección de Calidad de Servicios de Salud	100%	
Oficina de control interno	99,85%	
Dirección de aseguramiento	98,76%	

Lo anterior permite evidenciar niveles de cumplimiento óptimos con base a las metas y objetivos estratégicos relacionados.

A continuación, se presentará el árbol de causalidad el cual permite visualizar el aporte desde la gestión a los Objetivos estratégicos de la SDS teniendo en cuenta los resultados de los planes Operativos de Gestión y Desempeño en el periodo en relación con la Visión de la Entidad.

ARBOL DE CAUSALIDAD						
DIRECCIÓN U OFICINA	% Cumplimiento Dirección u Oficina	OBJETIVO ESTRATEGICO	% Cumplimiento Objetivo Estrategico	VISION	MISION	% Cumplimiento
Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud.	100,00%	Garantizar la atención en la prestación de los servicios de salud a partir de la gestión del riesgo basado en un modelo de salud y en una estrategia de atención primaria en salud resolutive.	99,6%	Para el año 2020, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá será reconocida como la entidad territorial que fomenta el mejoramiento al acceso a los servicios de salud para transformar las condiciones y la calidad de vida de los bogotanos.	Entidad rectora en salud en Bogotá D.C. responsable de garantizar el derecho a la salud a través de un modelo de atención integral e integrado y la gobernanza, para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población del Distrito Capital.	99%
Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud	99,20%					
Dirección de análisis de entidades públicas distritales del sector salud	97,63%	Implementar un modelo de prestación de servicios de salud a través de un esquema integrado de redes especializadas, la habilitación y acreditación de su oferta de servicios de salud, así como la gestión de sus servicios.	98,8%			
Provisión de Servicios De Salud	100,00%	Mejorar la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud a través de la actualización y modernización de la infraestructura física, la innovación tecnológica y de las comunicaciones de Secretaría Distrital de Salud y las instituciones de la red adscrita.	99,92%			
Dirección de Infraestructura	99,92%	Ejercer la rectoría en salud a través del cumplimiento de la función de inspección, vigilancia y control en la red y prestadores de servicios de salud, la gestión de riesgo colectivo, las condiciones de vulnerabilidad sanitarias y socioambientales, así como adoptar normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que formule y expida la Nación.	100,00%			
Dirección TIC	100,00%					
Dirección de Calidad de Servicios de Salud	100,00%					
Dirección Epidemiológica, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva	100,00%	Fortalecer los procesos que soporten la gestión misional y estratégica de la entidad, mediante acciones que promuevan la administración transparente de los recursos, la gestión institucional, el ejercicio de la gobernanza y la corresponsabilidad social en salud.	99,08%			
Dirección de Salud Colectiva	100,00%					
Dirección análisis de entidades públicas del sector salud	93,16%					
Dirección administrativa	98,60%					
Dirección de infraestructura	100,00%					
Dir. Participación social, gestión t y t.	100,00%					
Planeación sectorial y gestión del conocimiento e innovación	100,00%					
Dirección de planeación y calidad	98,48%					
Provisión de servicios de salud	100,00%					
Dirección de salud colectiva	100,00%					
Dirección de servicio a la ciudadanía	100,00%					
Dirección de talento humano	99,67%					
Dirección de urgencias , emergencias y desastres	100,00%					
Dirección de epidemiología	100,00%					
Dirección financiera	96,70%					
Dirección TIC	99,08%					
Oficina asesora de comunicaciones	99,28%					
Oficina asesora jurídica	98,06%					
Oficina de asuntos disciplinarios	100,00%					
Dirección de Calidad de Servicios de Salud	100,00%					
Oficina de control interno	99,85%					
Dirección de aseguramiento	98,76%					

## CONTROL DE CAMBIOS

Registre en este cuadro, la versión, fecha de aprobación de la versión y los cambios generados en cada versión del documento.

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	RAZÓN DE ACTUALIZACIÓN
1	08-02-2021	Se elabora el informe de gestión de la SDS para dar respuesta a la rendición de la cuenta Anual CBN 1090, lo anterior en cumplimiento de la Resolución 011 de febrero de 2014 y la Resolución 009 de febrero 2019 de la Contraloría de Bogotá.