

A healthcare worker in full PPE (goggles, face shield, mask, and gloves) is giving a thumbs up gesture. The image is overlaid with a teal gradient.

Informe de Gestión 2024

Sector Salud



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.



ANDREA ELIZABETH HURTADO NEIRA
GERENTE

NORMA CECILIA SANCHEZ SANDINO
JEFE OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

CARMEN ESTHER ACERO GARCÍA
JEFE OFICINA ASESORA COMUNICACIONES

JULIO ALFONSO PEÑUELA SALDAÑA
JEFE OFICINA JURIDICA

ROSA VIVIANA CUBILLOS MEDRANO
JEFE OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO

HERNANDO MIGUEL MOJICA MUGNO
JEFE OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN TIC

LUCIA MORA QUIÑONES
JEFE OFICINA DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

CLAUDIA PATRICIA ROSERO JEFE
OFICINA DE CALIDAD

CLAUDIA PATRICIA QUINTERO COMETA JEFE
OFICINA DE CONTROL INTERNO

ANDREA ANDREA STEPHANIA DURAN REINOSO
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO

DIANA MILENA MENDIVELSO DÍAZ
SUBGERENTE DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

JAVIER ALFONSO SANTOS PACHECO
SUBGERENTE CORPORATIVO

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS

DIRECTORA DE SERVICIOS AMBULATORIOS (E)

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTION VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	14-03-2023	
		Código:	01-01-FO-0007	

**LINA MARÍA OLIVEROS HERNÁNDEZ DIRECTORA DE
SERVICIOS HOSPITALARIOS**

**JUAN MANUEL MENDIETA NOVA
DIRECTOR DE SERVICIOS DE URGENCIAS**

**ADRIANA MARCELA TOQUICA ESPITIA
DIRECTORA DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS**

**MÓNICA MARÍA PEÑA OSORIO
DIRECTORA DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD**

**TATIANA EUGENIA MARÍN SALAZAR
DIRECTORA ADMINISTRATIVA**

**GABRIEL CAMACHO ARCILA
DIRECTOR DE CONTRATACIÓN**

**ANA LUCÍA QUINTERO MOJICA
DIRECTORA FINANCIERO**

**YEIMY LORENA COLMENARES GONZALEZ
DIRECTORA DE GESTIÓN DE TALENTO HUMANO**

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Contenido

1.	INTRODUCCIÓN	8
2.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	9
2.1	SUBPROCESO PLANEACION ESTRATÉGICA	9
2.1.1.	RESULTADOS DEL PLAN ACCION ANUAL INSTITUCIONAL.....	10
2.2.	SUBPROCESO GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	18
2.3.	SUBPROCESO DE PROYECTOS.....	20
2.4.	SUBPROCESO DE MERCADEO.....	31
2.5.	PRINCIPALES LOGROS.....	36
2.6.	PRINCIPALES DIFICULTADES	37
2.7.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL PROCESO.....	38
3.	GESTIÓN JURÍDICA	38
3.1	DEFENSA JUDICIAL.....	39
3.2	COBRO COACTIVO.....	47
3.3	PRINCIPALES LOGROS	88
3.4	PRINCIPALES DIFICULTADES.....	89
4.	GESTION DE LA CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO	89
4.1	PRINCIPALES LOGROS	130
4.2	PRINCIPALES DIFICULTADES.....	134
4.3	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL PROCESO	134
5.	PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO.....	135
5.1	SUBPROCESO PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.....	136
5.2	SUBPROCESO SERVICIO AL CIUDADANO.....	140
5.3.	PRINCIPALES LOGROS	149
5.4.	PRINCIPALES DIFICULTADES.....	150
5.5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL PROCESO.....	150
6.	GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO	151
6.1	SUBPROCESO DOCENCIA SERVICIO	151
6.2	SUBPROCESO DE INVESTIGACIÓN	159
7.	COMUNICACIONES	164
7.1	SUBPROCESO: COMUNICACIÓN INTERNA.....	164
7.2	SUBPROCESO: COMUNICACIÓN EXTERNA.....	166
7.3	INDICADORES GESTIÓN DE COMUNICACIONES	168
7.4	PRINCIPALES LOGROS.....	169
7.5	PRINCIPALES DIFICULTADES	170
7.6	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL PROCESO.....	170
8.	GESTION CLINICA AMBULATORIA	170
8.1	PRINCIPALES LOGROS	173
8.2	PRINCIPALES DIFICULTADES	176
8.3	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL PROCESO.....	176
9.	GESTIÓN CLÍNICA DE URGENCIAS.....	177
9.1	ATENCION DE URGENCIAS	177
9.2	ATENCION DOMICILIARIA.....	183
9.3	PRODUCCION ATENCION PREHOSPITALARIA	188
9.4	PRINCIPALES LOGROS.....	190
9.5	PRINCIPALES DIFICULTADES	191
9.6	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL PROCESO	192
10	GESTIÓN CLINICA HOSPITALARIA	192
10.1.	INDICADORES.....	200
10.2	PRINCIPALES LOGROS.....	201
11	GESTION SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	202
11.1	SUBPROCESO PATOLOGÍA	204
11.2	SUBPROCESO NUTRICIÓN	209
11.3	SUBPROCESO UNIDAD RENAL.....	215

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

11.4 SUBPROCESO LABORATORIO CLINICO	220
11.5 SUBPROCESO DE FARMACIA.....	223
11.6 SUBPROCESO DE IMAGENOLOGIA	230
11.7 PRINCIPALES LOGROS.....	231
11.8 PRINCIPALES DIFICULTADES	233
11.9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL PROCESO	234
12 GESTION DEL RIESGO EN SALUD.....	234
12.1 GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA (GSP) Y EL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PSPIC).....	234
12.2 RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD	259
12.3 EQUIPOS DE ATENCIÓN EN CASA / EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES DE HOGAR	291
12.4 ESTRATEGIA INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA CON ENFOQUE INTEGRAL Y DIFERENCIAL – IAMII	294
12.5 EPIDEMIOLOGÍA INSTITUCIONAL	298
12.6 COMITÉ DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD	299
12.7 EJECUCIÓN DE LOS CONTRATOS Y CONVENIOS SUSCRITOS CON LOS FONDOS DE DESARROLLO LOCAL DE BOSA, PUENTE ARANDA Y FONTIBÓN	300
12.8 CONVENIO SUSCRITO CON SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DISTRITAL	301
12.9 PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS (PAPSIVI).....	301
12.10 PRINCIPALES LOGROS	303
13 PROCESO GESTION FINANCIERA.....	305
13.1 SUBPROCESO DE CONTABILIDAD	305
13.2 SUBPROCESO DE COSTOS.....	306
13.3 SUBPROCESO PRESUPUESTO	309
13.4 SUBPROCESO DE CARTERA Y CUENTAS MEDICAS.....	316
13.5 SUBPROCESO DE TESORERIA	320
13.6 PRINCIPALES AVANCES Y/O LOGROS	323
13.7 PRINCIPALES DIFICULTADES	325
13.8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL PROCESO	327
14 GESTION DEL TALENTO HUMANO- PROCESO DE APOYO.....	329
14.1 SUBPROCESO 1 ADMINISTRACIÓN DEL TALENTO HUMANO	330
14.2 SUBPROCESO 2. FORMACIÓN Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO	349
14.3 SUBPROCESO 3. CALIDAD DE VIDA DEL TRABAJADOR	353
14.4 SUBPROCESO 4. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	360
14.5 PRINCIPALES LOGROS.....	362
14.6 PRINCIPALES DIFICULTADES.....	364
15 GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO.	367
15.1 SUBPROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL ARCHIVO Y CORRESPONDENCIA	368
15.2 SUBPROCESO DE GESTIÓN AMBIENTAL.....	387
15.3 SUBPROCESO DE ACTIVOS FIJOS Y SEGUROS.....	397
15.4 SUBPROCESO GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMEDICA.....	401
15.5 SUBPROCESO DE SERVICIOS GENERALES Y LOGISTICA.....	409
15.6 SUBPROCESO DE ALMACÉN Y SUMINISTROS	413
15.7 SUBPROCESO MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPOS INDUSTRIALES	432
15.8 PRINCIPALES LOGROS.....	441
15.9 PRINCIPALES DIFICULTADES	445
15.10 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL PROCESO	446
16 GESTIÓN DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN 2024	449
16.1 SUBPROCESO PRECONTRACTUAL.....	449
16.2 SUBPROCESO CONTRACTUAL	450
16.3 SUBPROCESO POS CONTRACTUAL.....	452
16.4 PRINCIPALES LOGROS	454
16.5 PRINCIPALES DIFICULTADES	454
16.6 RECOMENDACIONES.....	455
17 GESTION DE TICS	455
17.1 PRINCIPALES DIFICULTADES	457

17.2 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL PROCESO	457
18. CONTROL INTERNO	457
18.1 RESULTADOS INDICADORES	458
18.2 PRINCIPALES LOGROS.....	462
18.3 PRINCIPALES DIFICULTADES	463
18.4 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL PROCESO	463
19. CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	463
19.1 PRINCIPALES LOGROS.....	483
19.2 PRINCIPALES DIFICULTADES	483
19.3 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL PROCESO	483

1. INTRODUCCIÓN

La Subred Sur Occidente ESE presenta a continuación, los avances, logros y los retos institucionales, mostrando la gestión realizada en la vigencia 2024, teniendo en cuenta la armonización que se está realizando desde el cumplimiento de planes, programas y proyectos institucionales derivados del Plan Distrital de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas y el Plan Plurianual de Inversiones para Bogotá D. C. para el período 2020-2024 “Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del siglo XXI y el nuevo Plan de Desarrollo “Bogotá Camina Segura 2024-2027”.

El cumplimiento de los objetivos estratégicos se relaciona a continuación.

1. La Subred presta servicios de salud con enfoque diferencial, en este periodo realizó atenciones a un total de 267.439 usuarios asignados georreferenciados en la ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud, con una representación porcentual por momento de vida de 38% (n= 101110) adultos, 21% (n=56.495) vejez, 14% (n= 37.504) juventud, compartiendo un 9% en primera infancia (n= 23.721), adolescencia (n= 24.578) y con un 9% (n=24.031) infancia. Desde los seis momentos de vida de logra tener inscritos al 66% de total de usuarios
2. Se han fortalecido la gestión financiera mediante estrategias que aportan a la sostenibilidad de la Subred a través de la formulación del Plan Estratégico.
3. A través de la implementación de las políticas de participación comunitaria y servicio al ciudadano se han logrado resultados de satisfacción global de los usuarios en el año 2020 de un 97.6%, en 2021 un 98% en 2022 un 99% en 2023 de 98,5% y en 2024 del 98,1%, evidenciando una mejora en la satisfacción de la prestación del servicio.
4. En alcanzar estándares superiores de calidad se implementó el plan del sistema de Acreditación el cual lleva un cumplimiento del año 2024 de 99.8% con 80 acciones cumplidas
5. Avance en las intervenciones para cumplir con los requisitos de Hospital Universitario en la USS Fontibón y Tintal, en relación con adecuación de espacios, documentación y cumplimiento al 100% del plan de trabajo.
6. Se ha fortalecido la política de gestión del conocimiento, se logró la certificación en Buenas Prácticas Clínicas por parte del INVIMA a las unidades de servicios de salud Fontibón, Occidente de Kennedy y Tintal; Además se cuenta con el reconocimiento desde Min ciencias al grupo de Investigación en Categoría A y se le asignó número al boletín Somos ciencia.
7. En el desempeño del objetivo de fortalecer la cultura y dignificación del talento humano, En el año 2024, se logró la Profesionalización de doce (12) Instrumentadoras Quirúrgicas, se realizó la vinculación y posesión a la planta de empleos de siete (7) colaboradores de OPS en la selección del talento

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

humano, se logra una participación del 78,9% es decir que fueron seleccionados y vinculados un total de 1.120 personas de las cuales 888 cumplieron con alguno de los criterios de inclusión.

8. Se ha logrado un fortalecimiento del manejo de la información institucional a través de la implementación de la política de gobierno y seguridad digital como implementación de dinámica web, implementación de aplicativos SURESOC y de seguimiento a la atención de pacientes, herramientas de seguridad digital, implementación del consentimiento informado con firma digital en sedes ambulatorias.
9. Se fortaleció la infraestructura de la Subred con la entrega de obras de los proyectos de inversión del Segundo piso del Hospital de Tintal, Mexicana, APP Hospital de Bosa y la Torre de Urgencias de Kennedy.

MACROPROCESO ESTRATÉGICO

2. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

El proceso de direccionamiento cuenta con cuatro subprocesos:

2.1 SUBPROCESO PLANEACION ESTRATÉGICA

La Subred realizó la armonización del Plan de Desarrollo “Bogotá Camina Segura 2024-2027”, con el plan territorial en salud teniendo en cuenta la implementación del modelo de planeación y gestión MIPG y el sistema único de acreditación, de esta manera se formuló el Plan Estratégico Institucional 2025-2028 como la carta de navegación para el periodo incluyendo el quehacer institucional, la proyección de objetivos estratégicos, metas trazadoras, los valores y principios como base para dar cumplimiento a la misión y la visión y constituyendo un elemento fundamental de la cultura organizacional.

La Junta Directiva mediante el Acuerdo 087 de 2024 aprobó la plataforma estratégica y el plan de desarrollo institucional para el periodo 2025-2028.

Se relaciona a continuación:

MISIÓN: *Brindar servicios de salud con altos estándares de calidad, a través de la gestión del riesgo y un modelo de atención integral, humanizado, seguro, que promueve la docencia, investigación e innovación, con talento humano comprometido en generar bienestar a la población.*

VISIÓN: *En 2030, la Subred Sur Occidente será reconocida nacionalmente por la gestión del riesgo y por su modelo de atención con enfoque de cuidado integral, de derechos, diferencial, territorial y de participación social transformadora; cumpliendo estándares superiores de calidad, promoviendo la docencia, investigación e innovación, para contribuir al bienestar de la población.*

VALORES Y PRINCIPIOS INSTITUCIONALES: Se adoptan como valores y principios, los siguientes:

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Honestidad: Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, y siempre favoreciendo el interés general.

Respeto y empatía: Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición, comprendiendo y compartiendo el sentir y las experiencias de los demás.

Compromiso y sostenibilidad: Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, mediante una gestión racional de recursos, buscando siempre mejorar su bienestar.

Ética: Reflexiono sobre la verdad de mis valores, elijo deliberadamente lo correcto y hago lo correcto

Vocación de Servicio: Tengo la disposición para satisfacer las necesidades de nuestros usuarios de manera desinteresada; teniendo en cuenta que el servicio a los demás, implica crear un entorno de trabajo que invite a las personas a ser cada vez mejor, logrando dar lo mejor de sí mismos.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS: Se formulan dentro las perspectivas del Cuadro de Mando Integral, para el cumplimiento de la misión institucional de forma eficiente y eficaz en el periodo 2025-2028, los siguientes:

SECTOR SALUD

7. Implementar el Modelo de Salud de Bogotá -MAS Bienestar, fundamentado en la Atención Primaria Social Humanizada, para contribuir al goce del derecho a la salud e implementar la gestión del riesgo de la población objeto de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

USUARIOS Y TERCEROS INTERESADOS

7. Promover el relacionamiento con la ciudadanía, para lograr una mayor satisfacción en la experiencia del servicio.

FINANCIERA

7. Mantener el fortalecimiento financiero, a través de estrategias de sostenibilidad en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

PROCESOS INTERNOS

7. Potencializar el talento humano y la cultura organizacional, para avanzar con las estrategias definidas en el Plan Territorial de Salud

APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

7. Consolidar la gobernabilidad y gobernanza intersectorial y transectorial a través de un enfoque en riesgos, de calidad superior, gestión del conocimiento, de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.

2.1.1. RESULTADOS DEL PLAN ACCION ANUAL INSTITUCIONAL

La Subred en el año 2024 formuló su Plan de Acción Anual Institucional mediante el Acuerdo 0003 de 2024, obtuvo un resultado de 99,01% de cumplimiento para la vigencia.

Se relaciona a continuación en la tabla adjunta el porcentaje de cumplimiento para cada meta.

EVALUACIÓN INDICADORES PLAN DE ACCION ANUAL INSTITUCIONAL SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E IV TRIMESTRE 2024						
Total de indicadores evaluados: 30 indicadores						
PERSPECTIVA	OBJETIVO ESTRATEGICO	META ESTRATEGICA	INDICADOR	META	RESULTADO AÑO 2024	PORCENTAJE de CUMPLIMIENTO
				Trimestre		
SECTOR SALUD	Mejorar los indicadores del estado de salud de la población de la zona de influencia de la Subred	A 2024 disminuir en 0,3 el promedio estancia hospitalaria.	Promedio estancia hospitalaria Sub Red Sur Occidente ESE	<4,8	5,5	87,50%
		A 2024 mantener por debajo del 3% la tasa global de Infecciones Asociadas a la atención en salud.	Porcentaje de infección intrahospitalaria Sub Red Sur Occidente ESE	<3%	0,9%	100%
	Consolidar a la Subred en el modelo de atención en salud en Bogotá	A 2024 implementar la estrategia de Medicamentos a casa priorizando a los adultos mayores y personas en condición de discapacidad.	Cumplimiento de las etapas definidas para implementar la estrategia Medicamentos a casa priorizando a los adultos mayores y personas en condición de discapacidad Subred Sur Occidente E.S.E	100%	100%	100%
		A 2024 Consolidar en un 100% modelo de atención integral de salud fundamentado en la Atención Primaria en Salud (APS)	Implementación del modelo integral de atención en salud para la Subred Sur Occidente	100%	100%	100%

		A 2024 lograr el 95% de implementación del Plan de Gestión del Riesgo Colectivo que incorpore el eje temático de Salud Pública.	Avance en la implementación de las acciones de Salud Pública Subred Sur Occidente E.S.E	95%	95,4%	94.9%
CLIENTES	Aumentar los niveles de satisfacción y/o fidelización de los usuarios y/o clientes de la Subred	Dar cumplimiento al 90% de los estándares de implementación de la política pública de Servicio a la ciudadanía de acuerdo al decreto 197 de 2014 para cada vigencia.	Cumplimiento de los estándares para la implementación de la política pública de Servicio a la Ciudadanía Subred Sur Occidente ESE	90%	100%	100%
		Dar cumplimiento al 90% de los estándares de implementación de la política pública de Participación Social en Salud de acuerdo al Decreto 2063 de 2017 para cada vigencia.	Cumplimiento de los estándares definidos para la implementación de la política pública de Participación Social en Salud Subred Sur Occidente ESE	90%	100%	100%
	Lograr la sostenibilidad financiera de la Subred	Al cierre de la vigencia 2024 lograr el equilibrio presupuestal.	Equilibrio presupuestal Sub Red Sur Occidente ESE	93%	88,2%	95%
		Implementar el 90% Plan de Mercadeo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E en cada vigencia.	Implementación del Plan de Mercadeo de Servicios de Salud de acuerdo con el contexto actual Subred Sur Occidente ESE	90%	100%	100%

		Cumplir El 90% Plan de Venta de Servicios de Salud en cada vigencia.	Cumplimiento del Plan de Ventas de Servicios de Salud ejecutado de acuerdo al contexto actual Subred Sur Occidente ESE	90	95%	100%
		A 2024 realizar la liquidación del 100% de los contratos con saldos comprometidos no ejecutados, para contribuir con la sostenibilidad financiera de la Subred.	Liquidación de contratos de Bienes y Servicios Subred Sur Occidente ESE	100%	100%	100%
		A 2024 lograr el 100 % de adherencia de los colaboradores al programa de prevención de daño antijurídico.	Adherencia de los colaboradores al programa de prevención de daño antijurídico Subred Sur Occidente ESE	100%	100%	100%
PROCESOS INTERNOS	Alcanzar estándares superiores de calidad en salud	A 2024 dar cumplimiento del 100% del Proyecto Institucional de Planeación Estratégica – PIPE 2020 - 2024.	Cumplimiento del Proyecto Institucional de Planeación Estratégica (PIPE 2020 - 2024) Subred Sur Occidente E.S.E, desarrollo de acuerdo al cronograma	100%	100%	100%
		Cumplir el 90% con evaluación satisfactoria del Plan de Gestión Gerencial en cada vigencia aplicable.	Cumplimiento de la evaluación del Plan de Gestión de Gerencia evaluado de acuerdo con la matriz normativa (Res 408 de 2018) Subred Sur Occidente E.S.E	90%	82%	91.1%

		A 2024 lograr el 90% de implementación del Plan Estratégico de Acreditación de la Subred.	Cumplimiento del plan de estratégico de acreditación de la Subred Sur Occidente	90%	100%	100%
		Disminuir en 0,5 la tasa de ocurrencia de las 3 primeras causas de evento adverso en la subred para cada vigencia	Reincidencia de eventos adversos por la misma causa Subred Sur Occidente ESE	<=75%	58,1%	100%
		A 2024 lograr Percepción positiva del cliente externo por encima del 90 % en la encuesta de Humanización de la subred.	Percepción de cultura de humanización a cliente externo Subred Sur occidente E.S.E	90%	97%	100%
		A 2024, Lograr el 100% en el cumplimiento del Plan Institucional de Archivos-PINAR y el Programa de Gestión Documental-PGD.	Cumplimiento del Plan Institucional de Archivos-PINAR Subred Sur Occidente E.S.E	100%	100%	100%
			Cumplimiento del Programa de Gestión Documental-PGD Subred Sur Occidente ESE	100%	100%	100%
	Lograr reconocimiento como Hospital Universitario	A 2024 dar cumplimiento del 100% de las actividades proyectadas para reconocimiento como Hospital Universitario.	Cumplimiento de las actividades descritas en cada fase de la iniciativa para la Unidad de Fontibón como Unidad Acreditada en Salud Sur Occidente ESE	100%	100%	100%

			Cumplimiento de las actividades descritas en cada fase de la iniciativa para la Unidad de Occidente de Kennedy Subred Sur Occidente ESE.	100%	100%	100%
			Cumplimiento de las actividades descritas en cada fase de la iniciativa para las Unidades de Patio Bonito Tintal Subred Sur Occidente ESE.	100%	100%	100%
APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL	Fortalecer la cultura organizacional y dignificar el Talento Humano	Lograr un 94% de efectividad de las estrategias de comunicaciones definidas en el Manual de Comunicaciones.	Efectividad de las estrategias de comunicación Subred Sur Occidente ESE	94%	97,5%	100%
		A 2024 implementar al 90% la estrategia de formalización y dignificación laboral en la subred, que incluya la provisión de empleos en vacancia definitiva, estudio de cargas laborales y rediseño institucional conforme a lineamientos territoriales y disponibilidad presupuestal.	Cumplimiento del Plan de Acción definido para llevar a cabo la estrategia de formalización y dignificación laboral Subred Sur Occidente ESE	90%	100%	100%
			Vacantes definitivas provistas a través de la estrategia de formalización y dignificación laboral. Subred Sur Occidente ESE	90%	100%	100%

		A 2024 lograr el 100% de adherencia de los funcionarios y colaboradores al Plan Preventivo Disciplinario – j La Oficina de Control Interno Disciplinario Te lo Cuenta	Adherencia al Plan Preventivo Disciplinario por parte de colaboradores y funcionarios Subred Sur Occidente ESE	100%	100%	100%
	Fortalecer los sistemas de información y las comunicaciones	A 2024 dar cumplimiento al 100% a la implementación de arquitectura empresarial de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.; con la adopción de la guía G.GEN.03 (Guía general de un proceso de arquitectura empresarial definido por MINTIC)	Implementación de la Arquitectura Empresarial (Guía general de un proceso de arquitectura empresarial definido por MINTIC) Subred Sur Occidente ESE	100%	100%	100%
		A 2024 Adoptar e Implementar el 80% de la Estrategia de Transformación Digital en Salud, establecida por MINTIC.	Implementación de Gobierno Digital y Transformación Digital Subred Sur Occidente ESE	20%	20%	100%
	Mejorar la Infraestructura física y capacidad instalada de la Subred	A 2024 lograr el cumplimiento del 100% de las acciones establecidas para la ejecución de los proyectos de inversión.	Cumplimiento de Planes de Trabajo desarrollados para la gestión y ejecución de los Proyectos de Inversión Subred Sur Occidente ESE	100%	100%	100%
		A 2024 implementar al 95% el Plan de mantenimiento preventivo de la infraestructura y dotación hospitalaria de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	Cumplimiento del Plan de mantenimiento preventivo de la infraestructura y dotación hospitalaria Subred Sur Occidente ESE	95%	98, 9%	100%
	RESULTADO INDICADORES EVALUADOS IV TRIMESTRE					99,01%

✓ **Avances Comité Institucional y el Comité Sectorial de Gestión y Desempeño**

En cumplimiento del MIPG se cuenta con el plan de trabajo formulado con 32 acciones y un porcentaje de cumplimiento del 100%

La Subred Sur Occidente ha presentado un comportamiento positivo en sus resultados de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión como se muestra en la gráfica adjunta la cual evidencia que en el año 2023 obtuvo un resultado del 95.5 % incrementando en un 0.8% con respecto a la vigencia anterior

Vigencia 2023

Vigencia 2022



Tomado: página medición Desempeño Institucional - -SISSSO



Dimensión

Puntaje Consultado

D1: Talento humano

98,4

D2: Direccionamiento estratégico y planeación

99,4

D3: Gestión para resultados con valores

94,5

D4: Evaluación de resultados

98,0

D5: Información y comunicación

92,1

D6: Gestión del conocimiento

100,0

D7: Control interno

98,5

Tomado: página medición Desempeño Institucional – Resultados 2023 SISSSO

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

2.2. SUBPROCESO GERENCIA DE LA INFORMACIÓN

Del proceso de Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional se desprende el subproceso de Gerencia de la Información, a través del cual la institución se compromete a responder a las necesidades de información de las diferentes partes interesadas de manera oportuna, veraz y segura, promoviendo la cultura de uso de la información que permita la toma de decisiones basada en hechos y datos.

A continuación se presentan los indicadores que evalúan la gestión del subproceso:

Sistematización de los reportes Dinámica Gerencial

Para el periodo 2024 dentro de las actividades del subproceso se continúa en la generación de herramientas que faciliten la obtención y minería de datos para la gestión de la información.

Los reportes realizados a los diferentes procesos favorecieron durante el año 2024 contar con información oportuna para la presentación y análisis de indicadores, así como para la toma de decisiones institucionales, los procesos con los que se trabaja más frecuentemente son: Calidad con el equipo PAMEC, Gestión del Riesgo, Gestión Ambulatoria, Gestión hospitalaria

Para la vigencia se planteó como meta generar el 90% de los reportes que se identificaron como necesidades en los diferentes procesos. El indicador se cumplió al 100% para la vigencia 2024.

Efectividad a las respuestas de las necesidades de Información

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E con el objeto de mantener activos procesos de evaluación y mejoramiento, se ha trazado como tarea monitorear de manera permanente la percepción de los clientes internos sobre las respuestas a las necesidades de información en busca del mejoramiento continuo. El objetivo de la encuesta de Necesidades de Información cargada en SGI ALMERA es medir la efectividad de los usuarios que requirieron información para el periodo evaluado. Durante el año 2024 se evaluó de manera semestral la oportunidad, disponibilidad y calidad de la información suministrada.

Para el año 2024 se aplicó la encuesta a se obtuvo una efectividad a las respuestas de las necesidades de información del 96%, superando la meta establecida para la vigencia del 90% y manteniendo el resultado obtenido durante el 2023.

Cumplimento de la Utilización de la información de RIPS Subred Sur Occidente ESE

Para la vigencia 2023 se planteó la presentación de 4 informes de análisis de la prestación de servicios de la Subred ante la Junta directiva cuya fuente son los RIPS generados periódicamente en la institución.

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

En los informes se presentó la caracterización de la población atendida en los diferentes servicios por grupo de edad y tipo de aseguramiento, así como las principales causas de atención en los diferentes tipos de actividades reportados (medicina general, medicina especializada, urgencias, egresos), aplicando la agrupación por capítulo de los códigos CIE-10. En los informes presentados durante el 2023 se hizo referencia a las intensidades de uso de los servicios de Medicina General, especializada, laboratorio, radiología entre otros.

Cumplimiento del plan de acción de gestión documental -Historia Clínica

Para el año 2024 en el Plan de acción de gestión documental se plantearon 6 actividades a desarrollar que se reportaron trimestralmente ante el comité de historias clínicas.

Dentro de las actividades se encuentra monitorear la ejecución del convenio 015 de 2021, donde se obtuvieron los siguientes resultados con corte a diciembre de 2023:

Se reporta que se encuentran en el archivo central 32.253 cajas que contienen historias clínicas, el avance del convenio por las antiguas unidades fue el siguiente:

De la Antigua Unidad de Fontibón: 1390 cajas con un cumplimiento de 100% y un total de 166.750 registros de historias clínicas.

De la antigua Unidad de Bosa: 3085 cajas con un cumplimiento del 100%, estas cajas contienen en total 284.426 registros

De la Unidad de Pablo VI Bosa con 1977 cajas con 237.244 registros de historias, dando cumplimiento al 100% de lo programado.

Del antiguo hospital del sur: 6.436 cajas con una ejecución del 100% con un total de 1.000,915 registros.

Para el Antiguo Hospital de Kennedy se lleva un cumplimiento de 17258 cajas con 1.052.022 registros equivalentes al 94.28%.

Dentro de las actividades desarrolladas por el subproceso se encuentra la coordinación de la gestión documental con respecto al registro, manejo, control, custodia, organización y conservación de registros clínicos que se encuentran en las unidades de los servicios de salud.

Para el año 2024 el plan de acción de la gestión documental se cumplió al 100%, logrando los siguientes indicadores:

Depuración de archivos:

UNIDAD	META 2023	FOLIOS INTERVENIDOS	% CUMPLIMIENTO	FOLIOS EFECTIVOS	% FOLIOS EFECTIVOS
TOTAL SUBRED 2024	1.574.750	1.421.345	90%	859.896	60%

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Fuente: gerencia de la información SISSSO

Durante el año se elaboraron 22.898 carpetas de historias clínicas y se digitalizaron 701.517 documentos que corresponden a historias clínicas elaboradas en físico y a consentimientos informados que se integran a la historia clínica de Dinámica Gerencial, favoreciendo la integralidad de la misma.

Se realizó la entrega de 49.079 historias clínicas solicitadas en las diferentes unidades de la Subred

2.3. SUBPROCESO DE PROYECTOS

Componente de Inversión en el Sector:

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente realizó la gestión para la viabilidad de los siguientes proyectos de Inversión:

Proyectos de inversión Subred Sur Occidente E.S.E

RELACIÓN PROYECTOS INSCRITOS EN BANCO DE PROGRAMAS Y PROYECTOS-SDS AÑO 2024			
SEDE	NOMBRE PROYECTO	CÓDIGO	FECHA
CENTRO DE SALUD 29	ADECUACIÓN ESTRUCTURAL, REORDENAMIENTO Y DOTACIÓN PARA EL CENTRO DE ATENCIÓN PRIORITARIA EN SALUD 29	2024 20 03 33	15/11/2024
		2023 20 03 11	31/07/2024
		2023 20 03 04	22/03/2024
HOSPITAL DE KENNEDY	ADECUACIÓN Y REORDENAMIENTO DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OCCIDENTE DE KENNEDY	2024 20 03 36	21/11/2024
CENTRO DE SALUD TRINIDAD GALÁN	ADECUACION Y DOTACION CENTRO DE ATENCION PRIORITARIA EN SALUD TRINIDAD GALAN	2024 20 03 30	19/09/2024
CENTRO DE SALUD PABLO VI	AMPLIACION, Y REORDENAMIENTO DEL CENTRO DE ATENCION PRIORITARIA EN SALUD PABLO VI	2024 20 03 08	3/05/2024

Fuente: Desarrollo Institucional – Proyectos y Convenios

OBRAS EJECUTADAS EN LA VIGENCIA 2024

CONVENIO 3014151-2022 - ADECUACIÓN

El Convenio Interadministrativo 3014151 de 2021 tiene por objeto: “Aunar esfuerzos, recursos administrativos, económicos y técnicos, que permitan efectuar las acciones necesarias para el desarrollo del proyecto “Adecuación y reordenamiento de la Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy.”

Al 31 de diciembre de 2024, este convenio registra un avance de obra del 87%. Adicionalmente, se gestionó una adición de recursos al convenio por un valor de \$4.999.915.524, los cuales serán destinados a los contratos de obra e interventoría. Estos recursos permitirán financiar las actividades adicionales necesarias para la culminación de la adecuación del área de angiografía, así como de las demás tareas incluidas en el alcance del proyecto.



Fotos área de angiografía

IMPACTO DEL PROYECTO ADECUACIÓN HOSPITAL DE KENNEDY

El proyecto tiene como objetivo adecuar la infraestructura de la Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy mediante acciones orientadas a la habilitación de su infraestructura física. Esto permitirá atender la demanda de servicios de salud de la población objetivo y mejorar las condiciones de prestación de los mismos.

La intervención incluye mejoras en la infraestructura general, así como en las redes sanitarias, eléctricas, de gases medicinales, hídricas, de incendios, ventilación y la reposición de ascensores. Asimismo, el proyecto abarca la renovación de las plazoletas interiores de acceso, áreas de circulación del primer piso, salas de espera, área de nutrición, urgencias, morgue y auditorio.

Por medio de este proyecto se mejorarán de las condiciones de prestación de servicios de la Unidad Médica Hospitalaria Especializada Occidente de Kennedy por medio de la intervención a su infraestructura, redes sanitarias, eléctricas, gases medicinales, hídrica, red de incendios y ventilación. Esta alternativa contempla las siguientes actividades a desarrollar:

- AREAS EXTERIORES, PLAZOLETAS INTERIORES, ZONAS DE ACCESO Y CERRAMIENTO
- CIRCULACIONES INTERIORES PRIMER PISO Y SALAS DE ESPERA FACHADA 1RA DE MAYO (2 A 6 PISO)
- SERVICIO DE ANGIOGRAFÍA
- URGENCIAS (Desmantelamiento por cumplimiento compromisos PRM)
- AUDITORIO (intervención en adición N1 abril- 2025)
- UNIDAD RENAL
- MORGUE

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

○ REPOSICIÓN DE ASCENSORES

CONVENIO 805-2019 – CENTRO DE SALUD 29

El Convenio Interadministrativo 805 de 2019 tiene por objeto: “Aunar esfuerzos, recursos administrativos, económicos, técnicos, que permitan efectuar las acciones necesarias para el desarrollo del proyecto “Adecuación estructural, reordenamiento y dotación para el Centro de Atención Prioritaria en Salud 29”

Al 31 de diciembre de 2024, este convenio registra un avance de obra del 93%. Actualmente, se están ejecutando actividades correspondientes al capítulo de obra blanca, entre las que se incluyen:

- Instalación y ubicación de transformadores eléctricos.
- Montaje de fachadas con sistema Etherboard y Panelex, con un avance del 90%.
- Instalación del ascensor completada.
- Construcción del tanque de almacenamiento de agua potable finalizada.



Fotos fachada

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

IMPACTO DEL PROYECTO ADECUACIÓN CENTRO DE SALUD 29

El proyecto tiene como objetivo mejorar y ampliar la oferta de servicios de salud de acuerdo al modelo de atención en salud de la subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente (SISS Sur occidente), cumpliendo con las condiciones técnicas y normativas que garanticen la seguridad, accesibilidad, calidad y oportunidad en la prestación de los servicios de salud a la población objetivo.

Con el proyecto se pretende realizar la adecuación estructural, el reordenamiento de la edificación y la dotación para la prestación de servicios ambulatorios cumpliendo con los criterios de habilitación y normatividad de sismo resistencia vigentes. De esta forma se busca contribuir a la disminución de las demoras en la atención, incomodidades asistenciales en la recepción del servicio, altos tiempos de oportunidad en la asignación de citas, complicaciones generales para la prestación de servicios de calidad en los pacientes de la Subred y los efectos que se pueden desencadenar en caso de un evento sísmico como lesiones o pérdida de vida humana, daños materiales parciales o totales, interrupción de la actividad social entre otros.

Las actividades propuestas contemplan la demolición de los elementos arquitectónicos como muros enchapes, cielorrasos y cubiertas para realizar el reforzamiento estructural (vigas, columnas y zapatas). Adicionalmente se contempla la realización de la adecuación y reordenamiento de los espacios internos para la habilitación de los servicios proyectados en el Centro de Salud 29. Estas actividades incluyen el cambio de fachada de la sede, construcción de un tanque de suministro, instalación de un ascensor, redes eléctricas, de voz y datos, así como las obras de acabados internos y las demás obras que permitan el cumplimiento de los requisitos de habilitación de los servicios.

Para el componente de dotación, la alternativa de solución contempla la adquisición de 715 equipos biomédicos y de mobiliario, cuya cantidad fue determinada con base en el Programa Médico Arquitectónico del Centro de Salud 29 y la distribución de espacios contenida en los planos arquitectónicos aprobados.

CONVENIOS EN EJECUCION PARA INFRAESTRUCTURA Y DOTACION

CONVENIO 1147-2017 – CENTRO DE SALUD PABLO VI



Render Fachada principal

La Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente E.S.E. busca, a través de este proyecto, mejorar la calidad de la atención mediante la ampliación y reorganización de la sede Pablo VI. Esto responde a las necesidades de salud de los usuarios y se alinea con el nuevo modelo de prestación de servicios de la Red Pública.

Este proyecto busca optimizar las condiciones de prestación de servicios en la sede Pablo VI, transformándola en un Centro de Salud mediante su ampliación y reorganización. El objetivo es fortalecer y expandir los servicios de consulta, rehabilitación, odontología, apoyo diagnóstico y terapéutico, cumpliendo con la normativa de habilitación vigente y alineándose con el portafolio de servicios establecido para los Centros de Atención Prioritaria en Salud.

La consulta externa contará con espacios amplios y funcionales, diseñados para garantizar una adecuada interconexión con los demás servicios, mejorando significativamente la accesibilidad para los usuarios.

Además, se incorporarán nuevos servicios, entre ellos: consulta de odontología, ecografía obstétrica, rayos X simples, así como áreas para la toma de muestras y la dispensación de medicamentos.

Para el desarrollo de este proyecto se cuenta con el siguiente plan de necesidades propuesto:

GRUPO SERVICIO	SERVICIO	CAPACIDAD PROYECTADA
CONSULTA EXTERNA	ENFERMERIA	3
	VACUNACIÓN	1
	GINECOOBSTETRICIA	1
	COLPOSCOPIA	1
	MEDICINA FAMILIAR	1
	MEDICINA GENERAL	6
	MEDICINA GENERAL PYP	1
	MEDICINA INTERNA	1

GRUPO SERVICIO	SERVICIO	CAPACIDAD PROYECTADA
	NUTRICION Y DIETETICA	1
	PEDIATRIA	1
	PSICOLOGIA (INDIVIDUAL)	1
	PSIQUIATRIA (INDIVIDUAL)	1
	ORTOPEDIA ADULTO	1
	TRABAJO SOCIAL (INDIVIDUAL)	1
	SALA DE PROCEDIMIENTOS INSERCIÓN DE IMPLANTES SUBDERMICOS	1
	SALA DE PROCEDIMIENTOS ELECTROCARDIOGRAMAS	1
TERAPIAS	TERAPIA FISICA (INDIVIDUAL)	1
	GIMNASIO	1
	TERAPIA OCUPACIONAL (INDIVIDUAL)	1
	TERAPIA DE LENGUAJE (INDIVIDUAL)	1
	TERAPIA RESPIRATORIA (INDIVIDUAL)	1
ODONTOLOGÍA	HISTORIA CLINICA (CONSULTAS)	2
	PYP SALUD ORAL (CONSULTAS)	3
	ENDODONCIA (CONSULTAS)	1
	PERIODONCIA (CONSULTAS)	1
	CIRUGIA MAXILOFACIAL (CONSULTAS)	1
APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPÉUTICO	ECOGRAFÍA	1
	RAYOS X SIMPLE	1
	MAMOGRAFIA	1
	RAYOS X ODONTOLÓGICO	1
	TOMA DE MUESTRAS	3
	TOMA DE MUESTRAS ESPECIALES	1
	DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS	1

Actualmente la etapa de diseños cuenta con un avance del 80% y se logró la revisión por parte de la Curaduría como parte del proceso para la emisión de la licencia de construcción del Centro de Salud.

CONVENIO 1225-2017 – CENTRO DE SALUD TRINIDAD GALÁN



Render Fachada principal

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

La Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente E.S.E. busca, a través de este proyecto, mejorar la prestación de servicios de salud de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, mediante la adecuación y dotación del Centro de Salud Trinidad Galán, en respuesta a las necesidades de salud de los usuarios de la localidad de Puente Aranda y de la Subred.

Este proyecto busca optimizar las condiciones de prestación de servicios en la sede Trinidad Galán, transformándola en un Centro de Salud mediante su ampliación y reorganización. El objetivo es adecuar y dotar del Centro de Atención Prioritario en Salud Centro de Salud Trinidad Galán”, con el fin de mejorar las condiciones de prestación de los servicios, en cuanto a la oportunidad, calidad, seguridad, resolutiveidad y accesibilidad.

El servicio de consulta externa de especialidades a desarrollar contara con ambientes amplios adecuadamente interrelacionados con los demás servicios, mejorando las condiciones de accesibilidad a los usuarios.

Para el desarrollo de este proyecto se cuenta con el siguiente plan de necesidades propuesto:

SERVICIO	CAPACIDAD PROYECTADA
Enfermería	3
Vacunación	1
Ginecoobstetricia	5
Medicina General	4
Medicina General PYP	1
Medicina Interna	1
Nutrición Y Dietética	1
Optometría	1
Ortopedia Adulto	1
Pediatría	1
Psicología (Individual)	1
Psiquiatría (Individual)	1
Trabajo Social	1
Promoción y prevención (auditorio)	1
Sala de procedimientos Inserción de implantes subdérmicos	1
Sala de procedimientos electrocardiogramas	1
Terapia Física (Individual)	1
Gimnasio	1
Terapia Lenguaje	1
Terapia Respiratoria (Individual)	1
Odontología General	1
PYP Salud Oral (Consultas)	2
Toma e interpretación de radiografías odontológicas	1
Radiología e imágenes diagnósticas - Rayos X	1
Ecografía obstétrica	1
Toma de muestras de laboratorio clínica (incluye toma de muestras especial)	1
Dispensación de medicamentos	1
Oficinas administrativas	1
Archivo	1
Cafetería	1

Actualmente la etapa de diseños cuenta con un avance del 80%.

CONVENIO 2954203-2021 – DOTACIÓN HOSPITAL PATIO BONITO TINTAL

“ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN.”

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

El Convenio Interadministrativo 2954203 de 2021 tiene por objeto: “Aunar esfuerzos, recursos administrativos, económicos y técnicos, que permitan efectuar las acciones necesarias para el desarrollo del proyecto “Adquisición y reposición de dotación para la Unidad de Servicios de Salud Patio Bonito Tintal”

En desarrollo del convenio con corte a 31 de diciembre de 2024 se han suscrito 11 contratos y comprometidos recursos por valor de \$4.101.891.139.

contempla la adquisición de 165 equipos para dotar 7 Unidades de Cuidado Intensivo, 1 Unidad de Cuidado Intermedio y 4 Quirófanos pediátricos en el Hospital Patio Bonito Tintal. La adquisición de estos equipos se priorizó en dos etapas las cuales son desagregadas en el cuadro a continuación:

ETAPA	EQUIPO	CANTIDAD	SERVICIO	DISTRIBUCION
ETAPA I	ASPIRADOR DE SECRECIONES	5	CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	1
			SALA DE RECUPERACION CX	2
			CIRUGIA	2
	BRONCOSCOPIO CON SET DE BRONCOSCOPIA FLEXIBLE Y RIGIDA PEDIATRICA	1	CIRUGIA	1
	BALANZA PESA BEBE	1	CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	1
	CAMA HOSPITALARIA DE 4 PLANOS	3	CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	3
	CAMILLA DE TRANSPORTE	10	CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	1
			CIRUGIA	1
			SALA DE RECUPERACION CX	8
	CARRO DE PARO	1	CIRUGIA	1
	DESFIBRILADOR BIFASICO CON CARRO DE PARO	4	CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	1
			SALA DE RECUPERACION CX	2
			CIRUGIA	1
	ECOCARDIOGRAFO	1	CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	1
	ECOGRAFO PORTATIL	2	CIRUGIA	1
			CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	1
	ELECTROBISTURI	2	CIRUGIA	2
	ELECTROCARDIOGRAFO	1	CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	1
	EQUIPO DE ORGANOS DE LOS SENTIDOS PORTATIL	2	CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	1
			CARRO DE PARO CX	1
	FLUJOMETRO 0 a 15L	11	CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	5
			CIRUGIA	2
			SALA DE RECUPERACION CX	4
	FLUJOMETRO 0 a 5L	4	CIRUGIA	2
			CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	2
	FONENDOSCOPIO PEDATRICO	9	CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	5
			SALA DE RECUPERACION CX	4
	LAMPARA CIELITICA	2	CIRUGIA	2
	LARINGOSCOPIO	4	SALA DE RECUPERACION CX	2
			CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	2
	MAQUINA DE ANESTESIA	2	CIRUGIA	2
	MESA DE CIRUGIA PARA NEUROLOGIA Y UROLOGIA	1	CIRUGIA	1
	MESA DE CIRUGIA PARA ORTOPEDIA	1	CIRUGIA	1
	MONITOR DE SIGNOS VITALES	4	SALA DE RECUPERACION CX	4
	MONITOR MULTIPARAMETROS	8	CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	9
	MONITOR DE SIGNOS VITALES PARA TRANSPORTE	2	CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	1
			CIRUGIA	1

INFORME DE GESTIÓN VIG 2024

Versión:	2
Fecha de aprobación:	12/08/2024
Código:	01-01-FO-0006

ETAPA	EQUIPO	CANTIDAD	SERVICIO	DISTRIBUCION
	REFRIGERADOR VERTICAL - HEMODERIVADOS	1	FARMACIA CX	1
	SIERRA CORTA YESOS	1	CIRUGIA	1
	SISTEMAS DE CALENTAMIENTO LIQUIDOS	1	CIRUGIA	1
	TORNIQUETE NEUMATICO	1	CIRUGIA	1
	TORRE DE ARTROSCOPIA	1	CIRUGIA	1
	PINZA RANDALL	4	CIRUGIA	4
	DILATADORES	9	CIRUGIA	9
	CLAMP PAIR	5	CIRUGIA	5
	CANULA SIMCOE	2	CIRUGIA	2
	CANULA METALICA	2	CIRUGIA	2
	DILATADORES VIAS LACRIMALES	3	CIRUGIA	3
	SONDAS VIAS LACRIMALES	3	CIRUGIA	3
	DILATADORES DE BOWMAN	2	CIRUGIA	2
	DILATADOR LACRIMAL COLA DE MARRANO	1	CIRUGIA	1
	CANULA DE SUCCIÓN	1	CIRUGIA	1
	EXPLORADOR DE JACOBSON PUNTA ANGULADA 75° BOLA	1	CIRUGIA	1
	GANCHO DE NERVIO CURVO PROTEGIDO	1	CIRUGIA	1
	GANCHO SEMI CORTANTE ANGULADO	1	CIRUGIA	1
	MICRO TIJERA CURVA HACIA ARRIBA 20 CM	1	CIRUGIA	1
	PORTAAGUJAS CURVO 18.5	1	CIRUGIA	1
	MICRO TIJERA 1.5MM DERECHA	1	CIRUGIA	1
	PINZA OVAL 1.3MM IZQUIERDA	1	CIRUGIA	1
	PINZA GRASPER 2X3MM DERECHA HACIA ARRIBA	1	CIRUGIA	1
	CÁNULA DE SUCCIÓN	1	CIRUGIA	1
	ESPÁTULA CURVA	1	CIRUGIA	1
	CUCHILLETE FINO 6MM	1	CIRUGIA	1
	MANGO PARA ESPÁTULA Y CUCHILLETE	1	CIRUGIA	1
	PINZA PÓLIPOS	2	CIRUGIA	2
	PINZA DE ETMOIDES RECTA	2	CIRUGIA	2
	PINZA DE ETMOIDES CURVA	2	CIRUGIA	2
	TIJERA BABY METZENBAUM	2	CIRUGIA	2
	TIJERA IRIS CURVA	4	CIRUGIA	4
	TIJERA IRIS RECTA	2	CIRUGIA	2
	TIJERA CORTA ALAMBRE	2	CIRUGIA	2
	SEPARADOR DE NERVIO LOVE RECTO	2	CIRUGIA	2
	SEPARADOR AUFRISH	2	CIRUGIA	2
	PINZA GRAY PARA DUCTU BILIAR	2	CIRUGIA	2
	VENTILADOR ADULTO - PEDIATRICO PARA TRANSPORTE	2	CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	2
	VENTILADOR MECANICO ADULTO- PEDIATRICO	7	CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	8
	VENTILADOR DE ALTA FRECUENCIA > 30KG	1	CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	1
	VIDEOLARINGOSCOPIO CONSUMIBLES PEDIÁTRICOS Y ADULTO	2	CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	1
			CIRUGIA	1

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

ETAPA	EQUIPO	CANTIDAD	SERVICIO	DISTRIBUCION
ETAPA II	TORRE DE VIDEOENDOSCOPIA	1	CIRUGIA	1
TOTAL PROYECTO				165

Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. – Oficina Asesora de Desarrollo Institucional 2024

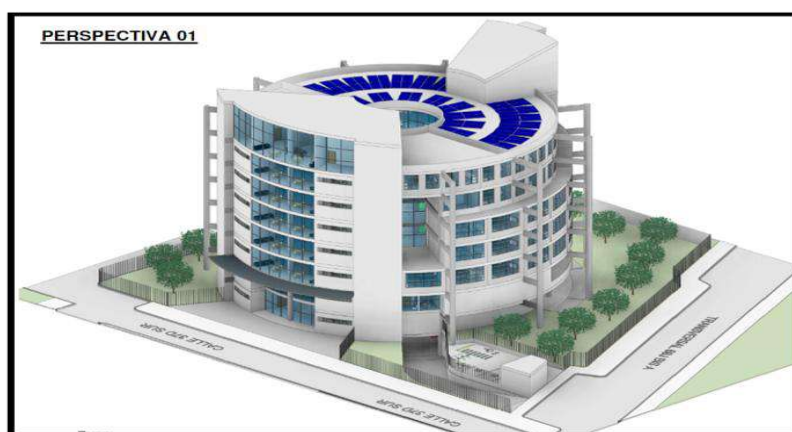
CONVENIO 3015780-2021 – DOTACIÓN HOSPITAL DE KENNEDY

El Convenio Interadministrativo 3015780 de 2021 tiene por objeto: “Aunar esfuerzos, recursos administrativos, económicos y técnicos, que permitan efectuar las acciones necesarias para el desarrollo del componente de dotación del proyecto “Dotación del proyecto reforzamiento y ampliación del hospital Occidente de Kennedy III Nivel de Atención”

Al 31 de diciembre de 2024, en el marco del convenio, se han suscrito 39 contratos con recursos comprometidos por un valor total de \$20.013.182.051. La dotación correspondiente a la torre de urgencias del hospital ha sido adquirida e instalada en su totalidad (100%).

Adicionalmente, el 100% de la dotación para el servicio de angiografía ya ha sido contratado y está pendiente de instalación, a la espera de la finalización de las adecuaciones eléctricas en el área, necesarias para su habilitación y puesta en funcionamiento.

CONVENIO 4342258-2022



El Convenio Interadministrativo 4342258 de 2022 tiene por objeto: “Aunar esfuerzos, recursos administrativos, económicos y técnicos, que permitan efectuar las acciones necesarias para el desarrollo del proyecto “Ampliación, reordenamiento y dotación de la Unidad Medico Hospitalaria Especializada en Salud Mental Floralia”.

Al 31 de diciembre de 2024, en el marco de este convenio, se realizó el cambio del director de consultoría, lo que permitió agilizar el desarrollo de las actividades pendientes del proyecto. No obstante, se solicitó también el cambio del representante legal de la consultoría.

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Se llevó a cabo la entrega del levantamiento topográfico final del proyecto junto con su informe correspondiente, y el consultor presentó una contingencia para evitar posibles incumplimientos derivados de retrasos en las etapas de diagnóstico, esquema básico y anteproyecto.

El proyecto presenta un avance del 70% según la programación. Sin embargo, hasta la fecha, la Subred no ha recibido los productos entregables con la debida aprobación.

IMPACTO DEL PROYECTO SALUD MENTAL FLORALIA

La Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente E.S.E, pretende mediante este proyecto dar respuesta integral e integrada a las necesidades de la población de las localidades de Kennedy, Fontibón, Puente Aranda y Bosa, disminuyendo las inequidades sociales y de género en la prestación de servicios de salud mental, contribuyendo a la atención de las enfermedades y la discapacidad, mejorando así las condiciones de prestación de servicios para apoyar a la población beneficiaria de sectores vulnerables de la ciudad de Bogotá.

Este proyecto plantea la construcción de una infraestructura nueva con una capacidad instalada inicial de 115 camas de hospitalización de salud mental, 13 consultorios y 4 áreas de talleres. La nueva edificación será construida en el área donde actualmente se encuentra la cancha de fútbol, con área total de 4768,85 m². Por otro lado, con el fin de tratar de manera oportuna y resolutive los trastornos mentales y patologías asociadas, se implementará la modalidad terapéutica de hospital día, la cual, mediante talleres coordinados y liderados por especialistas en salud mental, se realizarán actividades que le permitan a los pacientes contar con ambientes para la socialización y mejoramiento de la relación familiar y grupal, con el fin de prestar un servicio ambulatorio más resolutive y oportuno, de esta forma, en el edificio existente donde actualmente opera la USSM Floralia, se destinará para las áreas de talleres, sin embargo, esto se encuentra sujeto al análisis que realice la consultoría, la cual permitirá determinar cuál es la mejor intervención.

CONVENIO 5141376-2023



El Convenio Interadministrativo 5141376 de 2023 tiene por objeto: “Aunar esfuerzos, recursos administrativos, económicos y técnicos, que permitan efectuar las acciones necesarias para el desarrollo del proyecto “Construcción y dotación del Centro de Salud Tintal - Mental Pediátrico”

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Al 31 de diciembre de 2024, en el marco de este convenio, el consultor radicó el 11 de octubre de 2024 ante la Curaduría 2 la solicitud para la obtención de la licencia de construcción. Hasta la fecha, no se han registrado observaciones por parte de la curaduría y continúa su trámite.

IMPACTO DEL PROYECTO CENTRO DE SALUD TINTAL- MENTAL PEDIÁTRICO

El manejo ambulatorio de las múltiples patologías que presentan los niños, con la asistencia de su red de apoyo en ambiente hospitalario sin necesidad de ser internados con la articulación y acompañamiento del equipo de la Subred, además se empodera a la red de apoyo de cada niño para gestionar las necesidades inherentes a la patología mental del niño. La disposición de una infraestructura específica para la prestación de servicios ambulatorios como hospital día, permite una atención más eficiente y efectiva que articule no solo al paciente y al personal de salud, sino que integra a sus familias y redes de apoyo por medio de actividades de capacitación terapéuticas y asistenciales.

Asimismo, la experiencia de un entorno confortable es de carácter vital para el desarrollo psicosocial de un individuo. Por esta razón, la planta física de una Internación Parcial de Niños y Adolescentes brinda un ambiente amplio y cálido, y cuenta con los elementos necesarios para lograr un espacio terapéutico acogedor, que constituyen elementos facilitadores en la mejoría de las emociones y conducta de nuestros pacientes.

Este proyecto plantea la construcción de una infraestructura nueva para la prestación de servicios ambulatorios que incluyen consulta de psicología y psiquiatría, asimismo contará con infraestructura para talleres, así como consultorios de terapia ocupacional, física y de lenguaje, así como un gimnasio sensorial.

Dado que se dará un tratamiento resolutivo desde el componente ambulatorio, se implementará la modalidad terapéutica de hospital día, la cual, mediante talleres coordinados y liderados por especialistas en salud mental, se realizarán actividades que le permitan a los pacientes contar con ambientes para la socialización y mejoramiento de la relación familiar y grupal, con el fin de prestar un servicio ambulatorio más resolutivo y oportuno.

Dentro de las áreas de tratamiento clínico y tareas administrativas se contempla: sala de espera; consultorios para los integrantes del equipo terapéutico con las adecuaciones necesarias para la atención de niños y adolescentes (psiquiatría infantil, psicología, terapia ocupacional, fonoaudiología, trabajo social); salón de talleres con área de lavado de manos y espacio para realizar actividades motoras finas y trabajo de mesa (1, 2). A continuación, se hace una descripción de cada uno de los espacios con sus respectivos equipamientos.

2.4. SUBPROCESO DE MERCADEO

Implementación del Plan de mercadeo de Servicios de Salud de acuerdo con el contexto actual de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Dentro de la construcción del Plan de Mercadeo y ventas de la Subred, se proyectaron seis (6) fases; fase de planteamiento de objetivos, fase de análisis de situación actual, fase de análisis de competencia, fase de estrategias de mercadeo, proyección de ventas y

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

estrategias de mercadeo USS Hospital de Bosa – El Recreo, con el fin de tener un panorama más amplio del estado de la Subred y llevarla a un mejoramiento continuo.

Durante la vigencia 2024 se avanzó en afianzar estas estrategias como análisis inicial, para poder desarrollar el objetivo de apertura y expansión de nuevos mercados con diferentes EAPB, se realizaron acercamientos especialmente con el Régimen Contributivo y pagadores con las que no había relación contractual, logrando tarifas con descuentos competitivos. En este proceso se brindó acompañamiento a conciliaciones y seguimiento contractual con otras entidades que venían de vigencias anteriores.

Algunas de las entidades con las que se logró concertación y se dio inicio a la prestación de servicios de Salud fueron: Organización Internacional de Migraciones, Positiva, Sanitas, Fondo Financiero Distrital, Salud Total, PAISS, USPEC 2, Coosalud, SURA ARL.

Se revisaron propuestas de manera conjunta para dar continuidad a la contratación vigente, enviando documentos soportes de actualización o nuevas ofertas por parte de la Subred con las entidades: Famisanar, Salud Total, Coosalud, Aliansalud, Cajacopi, Sanitas, Mallamas, SURA ARL, SURA EPS, Uniones Temporales para presentación a convocatoria del FOMAG, Compensar, Asmet Salud EPS, Cruz Roja, Capital Salud, Asociación Indígena del Cauca, Servisalud, Organización Internacional de Migraciones, Aseguradora Solidaria, Positiva, Fondo Financiero Distrital, Sanitas, PAISS, USPEC 2, Coosalud y Sura ARL.

De igual manera, con el apoyo de la Secretaria Distrital de Salud como garante, se realizaron mesas de trabajo para la formulación y presentación de actividades y servicios realizados por los Equipos Básicos Extramurales de la Subred, las cuales fueron presentadas a: Famisanar, Salud Total, Coosalud, Aliansalud, Sanitas, SURA EPS, Compensar, Asmet Salud EPS, Capital Salud. Lográndose negociar e iniciar operación para estos servicios con: Capital Salud, Sanitas, Salud Total y Compensar EPS.

Cumplimiento del Plan de Ventas de Servicios de Salud ejecutado de acuerdo al contexto actual Subred Sur Occidente ESE.

Durante la vigencia 2024, se avanzó en afianzar diferentes estrategias, para poder desarrollar el objetivo de apertura y expansión de nuevos mercados con diferentes EABP, se realizaron acercamientos especialmente el Régimen Contributivo y pagadores con las que no había relación contractual, logrando tarifas con descuentos competitivos. Desde los subprocesos de costos y mercadeo se realizó el análisis respectivo de modificación de tarifas de acuerdo al Decreto 2644 de 2022, el cual modifica el Decreto 780 de 2016 realizando la conversión de valores de tarifas expresados en salarios mínimos legales mensuales vigentes (SMLMV) a unidades de valor tributario (UVT), así mismo, a la modificación del anexo técnico, el cual es el manual de referencia para las tarifas contratadas por prestación de servicios. Teniendo en cuenta que el valor de UVT es menor a SMLV, se realizaron ajustes a algunas contrataciones anteriores a la vigencia y para

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

nuevos pagadores se presentaron ofertas teniendo en cuenta los estudios de costos de manera que se mantenga el equilibrio económico de la Subred.

Así mismo, durante el proceso precontractual se brindó socialización de portafolio de servicios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, unidades de atención y posibles servicios atractivos para diferentes EAPB, logrando concretar la fase contractual con la legalización de contratos, posteriormente desde el subproceso de mercadeo se realizó apoyo al seguimiento de ejecución de los mismos.

Se revisaron propuestas, envío de documentos y soportes de contratación por parte de la Subred con las entidades, Famisanar, Salud Total, Coosalud, Sanitas, Servisalud, Fiducentral, Cruz Roja, Aliansalud, OIM, y Mutual Ser, PAISS, USPEC 2, Coosalud, SURA ARL, para posible suscripción de contrato.

De igual manera se incluyó dentro de la Oferta de Servicios a las diferentes EAPB los servicios a prestar en la APP Bosa, la cual inició operación el 4 de diciembre del 2023. Este ejercicio fue validado con apoyo de la Secretaría Distrital de Salud con mesas de trabajo en donde se presentó la posible oferta acorde a los servicios a prestar según: capacidad instalada y tecnologías a prestar en esta infraestructura, se estableció una gradualidad de apertura de servicios de acuerdo a una línea de tiempo, según la demanda de servicios y las contrataciones suscritas y a suscribir, es de anotar que desde mercadeo se han gestionado mesas de trabajo con los diferentes pagadores en el Hospital de Bosa, con lo cual la apertura de servicios y puesta en operación ha superado el 60% de lo planeado.

Teniendo en cuenta que en el Decreto 441 de 2022, artículo 2.5.3.4.2.4 el cual establece la nota técnica para las modalidades de pago prospectivas, la Subred realizó contrato con la EPS Capital Salud para la atención de sus afiliados en la modalidad Pago Global Prospectivo (PGP), contrato que en la fase precontractual entre las partes realizó diferentes ejercicios para construcción de la nota técnica anexo al contrato suscrito.

De igual manera se dio continuidad al contrato con la EAPB Sanitas en la modalidad de cápita para lo cual se tuvo en cuenta la Nota Técnica construida entre las partes como línea de base para la negociación y establecimiento de tarifa.

Igualmente se suscribió contrato para la atención de usuarios tanto del Régimen contributivo como subsidiado en la modalidad de cápita para la baja complejidad y Rutas de Atención en Salud, y en la modalidad de evento para la mediana y alta complejidad con Coosalud EPS.

Se establecieron acuerdos de voluntades para la atención de población privada de la libertad en la mediana y alta complejidad, contrato suscrito en la modalidad de evento con la USPEC.

Así mismo, se firmó contrato con SURA ARL para la atención de servicios en seguridad y salud en el trabajo a los estudiantes en prácticas en los diferentes colegios de las

localidades de Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda y usuarios afiliados a la ARL SURA para la atención de eventos de riesgos laborales.

La proyección de ventas para la vigencia 2024, se formuló teniendo en cuenta una variación positiva del 8%; estableciendo una meta trimestral de \$111.107 millones y una meta anual de \$443.732.000.000 millones, con base en la oferta de servicios, contemplando las proyecciones de cambios normativos como las modalidades de pago que se establecen en el Decreto 441 de 2022, así como cambios en la facturación de accidentes de tránsito y el impacto de la cobertura universal del aseguramiento. Igualmente, dentro de esta proyección se planteó un posible incremento en la prestación de servicios a expensas del régimen contributivo, dada la apertura y puesta en funcionamiento de la nuevas infraestructuras a saber: Nueva torre de urgencias del Hospital de Kennedy, Centros de Salud Villa Javier, Mexicana y Tintal.

A continuación, se presenta el Plan de Ventas de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S. para la vigencia 2024.

CONCEPTO	FACTURACIÓN PROYECTADA ANUAL 2024 (Cifras en Miles de millones)	FACTURACIÓN PROYECTADA MES 2024 (Cifras en Miles de millones)
Vinculado	22.350.000.000	1.862.500.000
Subsidiado	276.722.000.000	23.060.166.667
Contributivo	54.137.000.000	4.511.416.667
PIC	81.015.000.000	6.751.250.000
Otros Pag	9.508.000.000	792.333.333
TOTAL	443.732.000.000	36.977.666.667

Fuente: Registros sub proceso mercadeo - Plan de ventas 2024

Durante el año 2024 se realizó seguimiento trimestral del plan de ventas, por lo cual para el cierre de la vigencia se evidencia un cumplimiento del 104%, con un valor de facturación de \$ 460.925 millones a expensas de un comportamiento positivo para el régimen contributivo, aseguradoras y régimen especial, los cuales mantuvieron un alza durante cada trimestre.

CONCEPTO	FACTURACIÓN PROYECTADA ANUAL 2024 (Cifras en Miles de millones)	FACTURACIÓN PROYECTADA MES 2024 (Cifras en Miles de millones)	Enero 2024	% Cumplimiento	Febrero 2024	% Cumplimiento	Marzo 2024	% Cumplimiento
Vinculado	22.350.000.000	1.862.500.000	1.503.314.323	80,7%	3.024.332.109	81%	4.434.901.871	79%
Subsidiado	276.722.000.000	23.060.166.667	23.526.291.427	102%	47.059.961.915	102%	71.431.026.225	103%
Contributivo	54.137.000.000	4.511.416.667	2.477.058.893	55%	4.731.437.076	52%	7.604.418.774	56%
PIC	81.015.000.000	6.751.250.000	13.055.681.948	193%	19.407.397.231	144%	25.937.114.120	128%
Otros Pag	9.508.000.000	792.333.333	610.992.573	77%	1.105.759.626	70%	1.699.992.793	72%
TOTAL	443.732.000.000	36.977.666.667	41.173.339.164	111%	75.328.887.957	102%	111.107.453.783	100%
					34.155.548.793		35.778.565.826	

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Fuente - Información Reportada por el subproceso de Facturación Subred Sur Occidente E.S.E.

Durante el I trimestre del año 2024 se realizó seguimiento del plan de ventas, en donde se evidencia un cumplimiento acumulado del 100%, con un valor de facturación de \$ 111.107 millones.

CONCEPTO	FACTURACIÓN PROYECTADA ANUAL 2024 (Cifras en Miles de millones)	FACTURACIÓN PROYECTADA MES 2024 (Cifras en Miles de millones)	Abril 2023	% Cumplimiento	Mayo 2023	% Cumplimiento	Junio 2023	% Cumplimiento
Vinculado	22.350.000.000	1.862.500.000	5.561.203.635	75%	6.885.685.477	74%	8.578.010.850	77%
Subsidiado	276.722.000.000	23.060.166.667	96.684.276.233	105%	121.698.674.947	106%	146.685.942.346	106%
Contributivo	54.137.000.000	4.511.416.667	10.771.437.603	60%	14.218.457.746	63%	17.229.932.807	64%
PIC	81.015.000.000	6.751.250.000	32.834.085.489	122%	39.731.056.858	118%	49.869.083.122	123%
Otros Pag	9.508.000.000	792.333.333	2.546.403.523	80%	3.203.193.172	81%	4.021.909.520	85%
TOTAL	443.732.000.000	36.977.666.667	148.397.406.483	100%	185.737.068.201	100%	226.384.878.646	102%
			37.289.952.700		37.339.661.717		40.647.810.445	

Fuente: Informe de sub proceso de facturación Subred Sur Occidente E.S.E.

Para el segundo trimestre se evidencia una tendencia positiva con un porcentaje de cumplimiento del 102%, con una facturación de \$226.384 millones el cual supera el porcentaje de cumplimiento del primer trimestre en donde registro un cumplimiento del 100%.

CONCEPTO	FACTURACIÓN PROYECTADA ANUAL 2024 (Cifras en Miles de millones)	FACTURACIÓN PROYECTADA MES 2024 (Cifras en Miles de millones)	Julio 2023	% Cumplimiento	Agosto 2023	% Cumplimiento	Septiembre 2023	% Cumplimiento
Vinculado	22.350.000.000	1.862.500.000	10.442.835.710	80%	11.797.393.587	79%	13.745.423.697	82%
Subsidiado	276.722.000.000	23.060.166.667	173.297.483.967	107%	198.782.670.106	108%	225.367.490.576	109%
Contributivo	54.137.000.000	4.511.416.667	20.595.573.517	65%	23.642.303.102	66%	27.535.615.930	68%
PIC	81.015.000.000	6.751.250.000	52.403.589.688	111%	60.040.551.533	111%	72.076.211.137	119%
Otros Pag	9.508.000.000	792.333.333	4.851.206.642	87%	5.769.548.613	91%	6.513.805.712	91%
TOTAL	443.732.000.000	36.977.666.667	261.590.689.525	101%	300.032.466.942	101%	345.238.547.053	104%
			35.205.810.879		38.441.777.417		45.206.080.111	

Fuente: Informe de sub proceso de facturación Sur Occidente E.S.E.

Para el tercer trimestre se evidencia un porcentaje acumulado de cumplimiento del 104%, con una facturación de \$ 345.238 millones, lo anterior dado a expensas del régimen contributivo a pesar de que EPS-s como Nueva EPS y Compensar, no autorizan la atención integral de los usuarios, se presta la atención de estabilización del paciente en el servicio de urgencias y una vez estabilizado el paciente este es referenciado a la red adscrita de la EPS-S.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

- Avance en la implementación del control de los contratos suscritos desde todas las variables a desarrollar como: producción, facturación, cartera, referencia y contra referencia, entre otros.
- Lograr un incremento en la venta de servicios de la Subred, de acuerdo a la meta proyectada.
- Negociación con las diferentes EAPB para la venta de atenciones extramurales en el contexto del Nuevo Modelo de Salud MAS BIENESTAR.
- Avances en los proyectos de inversión de infraestructura centro 29, trinidad galán y Pablo VI y entrega de ascensores en el Hospital de Kennedy.
- Disminución de tiempos y oportunidad en la generación, validación y transmisión y/o entrega de información requerida a nivel interno y externo.
- Desarrollo de herramientas ofimáticas y reportes que han permitido la optimización de uso del sistema de información.
- Digitalización e integración en la historia clínica del sistema los registros clínicos que se encontraban en físico en la Subred.

2.6. PRINCIPALES DIFICULTADES

Es de anotar que el sub proceso de mercadeo se ve afectado tanto por factores internos como externos

- Insuficiente disponibilidad de información generando inoportunidad en la entrega de informes de norma tanto a pagadores, como dificultad para el seguimiento y análisis a la ejecución de los contratos. (ej. Información de cuenta de alto costo).
- Incremento en los costos de operación – (Talento Humano, Insumos) especialmente derivado de la fluctuación en los indicadores económicos como tasa de cambio del dólar, tarifas en UVT entre otros.
- Proyecto Reforma a la Salud EPS, lo que presenta un escenario incierto para la Subred y en general para las IPS que hacen parte de la red adscrita de las EAPB.
- Disminución de tarifas por cambios Normativos Tarifario SOAT en UVT impactando en el presupuesto y liquidez de la Subred.
- Presupuesto asignado por el mayor pagador – Capital Salud (Incremento de tarifas únicamente para algunas tipologías)
- Desabastecimiento de Tecnologías (medicamentos, vacunas) por dificultades de tipo logístico a Nivel nacional.
- Impacto de indicadores económicos SMLV, IPC, UPC, UVT, precio del dólar, los cuales generan desequilibrio en el costo frente a los ingresos.
- Referencia de pacientes a la Red adscrita propia de las EAPBS (Compensar, Famisanar, Nueva EPS)

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

- Intervención por la Súper Intendencia Nacional de Salud de EPS como Famisanar, Asmet Salud EPS, Asociación Indígena del Cauca, Nueva EPS, Sanitas, entre otras.
- Decisión unilateral de las EPS intervenidas de girar únicamente los valores radicados después de las intervenciones, ocasionando incertidumbre en el recaudo de esta cartera.
- Migración de las entidades del área de influencia de la Subred a la alta complejidad y especialidades (Clínica de Occidente, Medical PROINFO entre otros)
- Demoras en la legalización de contratos - mayor a 6 meses
- Falta de liquidez de las EAPB y en algunos casos dificultades para el recaudo de cartera.

2.7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL PROCESO

- El proceso de direccionamiento estratégico logró cumplir con los planes de acción formulados y construir el plan estratégico 2025-2028.
- El subproceso de mercadeo ha desarrollado y ha dado cumplimiento a las metas trazadas, sin embargo, el subproceso tuvo algunos factores internos como externos, que impactaron de forma negativa como lo es la normatividad referente a las tarifas en UVT, las cuales impactaron por ser tarifas menores en valor frente a las tarifas en SMLV.
- Se fortaleció el proceso de costos junto con mercadeo, de manera relevante en el cual se podía relacionar el valor de producción vs costos para establecer así unas tarifas competitivas en el mercado, sin embargo, es necesario tener en cuenta que el nombramiento de personal de planta en la Subred ha afectado los costos en la prestación de servicios y por ende generando tarifas por encima del promedio de mercado dificultando la venta de servicios.
- La modalidad de negociación en cápita y PGP ha favorecido a la Subred en el entendido de obtener giro directo y pago por anticipado, lo que ha permitido mejorar la liquidez de la entidad, sin embargo, es importante tener en cuenta que este tipo de contratos requiere un seguimiento acucioso y detallado en la operación lo cual se da a través del seguimiento y revisión a la Nota Técnica, la cual debe ser realizada con frecuencia establecida, minimizando así el riesgo de desequilibrio económico para las partes.
- Continuar con la articulación de los procesos de prestación, producción, facturación, cartera y glosas dentro de la Subred para poder llevar a hacer más efectiva la venta de servicios y por ende la liquidez y equilibrio de la Subred.
- Se hace necesario tener en cuenta los nuevos escenarios externos y sus implicaciones en la gestión de venta de servicios y por ende en la situación financiera de la Subred, lo anterior dado especialmente por la reforma a la salud y los comportamientos de los diferentes indicadores económicos.

3. GESTIÓN JURÍDICA

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

3.1 DEFENSA JUDICIAL

Dentro del proceso de Gestión Jurídica se encuentra el Subproceso de Defensa Judicial, el cual tiene como objetivo la representación de los intereses de la Entidad en todos los procesos en los que la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. es demanda, o en los que funja como parte activa de un litigio; para lo cual desde la Oficina Jurídica se han diseñado estrategias de defensa judicial, teniendo en cuenta las causas más frecuentes de controversia judicial, las experiencias adquiridas y las dinámicas de la Entidad, con la finalidad de mitigar el daño antijurídico que se pueda generar como consecuencia de dichas demandas. A continuación, se presentará un panorama general de los procesos que al cierre de la vigencia 2024 se adelantaban en la Oficina Jurídica.

Procesos activos en contra de la Entidad

A continuación, se relacionan el número de procesos activos en contra de la entidad, discriminados por la clase de proceso o medio de control, su pretensión inicial y el valor presente en SIPROJWEB.

Tabla N°1.

PROCESOS ACTIVOS EN CONTRA DE LA ENTIDAD			
REPORTE CONTABLE DE PROCESOS JUDICIALES - DICIEMBRE 2024			
CLASE DE PROCESO	# DE PROCESOS	VALOR PRETENSIÓN INICIAL	VALOR PRESENTE SIPROJ WEB
NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO	289	\$ 30.810.372.956	\$ 8.099.565.726
REPARACIÓN DIRECTA	86	\$ 58.652.165.097	\$ 13.575.380.615
CONTROVERSIA CONTRACTUAL	11	\$ 21.557.788.339	\$ 5.443.950.226
EJECUTIVOS	17	\$ 2.147.899.773	\$ 416.435.806
ORDINARIO LABORAL	9	\$ 776.345.266	\$ 266.284.940
CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL	7	\$ 672.266.158	\$ -
RECURSO EXTRAORDINARIO	2	\$ 108.596.788	\$ -
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL	1	\$ 986.770.364	\$ 225.237.538
TOTAL	422	\$ 115.712.204.741	\$ 28.026.854.851

* Tabla: Elaborada por Oficina Jurídica con base en reporte contable diciembre 2024.

Se precisa que el valor pretensión inicial corresponde al monto indicado en el escrito de la demanda y el valor presente Siproj Web es con base en el Reporte Marco Normativo Contable – Convergencia, el cual se genera trimestralmente desde el aplicativo Siproj Web.

De los 422 procesos activos, 284 corresponden al indebidamente denominado “contrato realidad”, siendo los perfiles con mayor número de demandas:

- Auxiliar de enfermería 94.
- Profesional de enfermería 28.

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

- Asistente y auxiliar administrativo 19.
- Conductor de ambulancia 16.
- Auxiliar de facturación 15.

Procesos Activos Iniciados por la Entidad

Así mismo, es importante referir que la Entidad también ha iniciado procesos en contra de terceros con la finalidad de salvaguardar sus intereses y proteger su patrimonio público. En la tabla N°2, se relacionan los procesos activos iniciados por la Entidad:

Tabla N°2.

PROCESOS ACTIVOS INICIADOS POR LA ENTIDAD		
REPORTE CONTABLE DE PROCESOS JUDICIALES – DICIEMBRE 2024		
CLASE DE PROCESO	# DE PROCESOS	VALOR PRETENSIÓN INICIAL
ACCIÓN DE REPETEICIÓN	1	\$ 53.488.000
CONTROVERSIA CONTRACTUAL	5	\$ 3.865.344.421
ORDINARIO LABORAL	1	\$ 210.000.000
PROCESOS PENALES	8	\$ 106.348.485
TOTAL	15	\$ 4.235.180.906

Tabla: Elaborada por Oficina Jurídica con base en reporte contable diciembre 2024.

Demandas comunicadas a la Entidad - Ley 2213 del 2022

En la siguiente tabla se relacionan los procesos judiciales que son comunicados a la entidad de manera simultánea al momento de radicar la demanda, en cumplimiento de lo previsto en el artículo 6 de la Ley 2213 del 2022; estas se encuentran en trámite de admisión y/o notificación personal.

Tabla N°3.

DEMANDAS COMUNICADAS A LA ENTIDAD - LEY 2213 DEL 2022	
CLASE DE PROCESO	# DE PROCESOS
NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO	33
EJECUTIVOS CONTRACTUALES – POR CUMPLIMIENTO DE SENTENCIA JUDICIAL	60
TOTAL	93

* Tabla elaborada a la fecha por Oficina Jurídica.

Procesos Terminados con erogación económica sin cumplimiento

Las sentencias ejecutoriadas en contra de la Entidad y que se encuentran en trámite de liquidación y/o pendiente de apropiación de los recursos necesarios para su cumplimiento, se describen a continuación:

Tabla N°4.

PROCESOS TERMINADOS CON EROGACIÓN ECONÓMICA SIN CUMPLIMIENTO - DICIEMBRE 2024				
CLASE DE PROCESO	# DE PROCESOS	# DE SENTENCIAS CON LIQUIDACIÓN	VALOR TOTAL PRE-LIQUIDACIÓN	VALOR CONTABILIDAD DEL TOTAL # PROCESOS
NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO	281	77	\$ 13.348.754.521	\$ 5.941.982.559
REPARACIÓN DIRECTA	35	12	\$ 2.457.145.482	\$ 7.726.133.008
EJECUTIVOS	19	3	\$ 339.242.912	\$ 911.117.268
TOTAL	335	98	\$ 16.145.142.915	\$ 14.579.232.835

- Tabla elaborada a la fecha por Oficina Jurídica.

Valga mencionar que el valor reportado como “*VALOR TOTAL PRE-LIQUIDACIÓN*” es una liquidación estimada, como quiera que, dichos valores son objeto de reliquidación de conformidad con el “Procedimiento de pago de sentencias judiciales - Código 11-03-PR-0010 del 18 de noviembre de 2024”.

Los perfiles de contratistas con mayor cantidad de sentencias ejecutoriadas pendientes de pago son:

- Auxiliar de enfermería 115.
- Asistente y auxiliar administrativo 28.
- Profesional de enfermería 26.
- Conductor de ambulancia 14.
- Médico general 13.

Por otro lado, es importante mencionar que desde la Oficina Jurídica se adelantó una gestión importante respecto del pago de sentencias, de acuerdo con la disponibilidad del presupuesto y flujo de caja, teniendo en cuenta el principio de autosostenibilidad que opera para las Empresas Sociales del Estado. A continuación, se presentará el informe de pago de sentencias judiciales en el año 2024, así:

Sentencias judiciales pagadas en el año 2024.

Con relación a las sentencias judiciales que se pagaron en el año 2024, se relaciona en el siguiente cuadro la información con cada una de las sentencias judiciales, teniendo en cuenta que desde la Oficina Jurídica se realizó un acercamiento con cada uno de los apoderados de los beneficiarios de las sentencias, a fin de llegar a un acuerdo en la condonación de intereses y evitar controversias futuras sobre la liquidación:

Tabla N°5.

TIPO PROCESO	RESPUESTA A LA OBSERVACIÓN	FECHA DE PAGO

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO	Pago total por \$198.894.835	22/03/2024
NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO	Pago inicial por \$48.618.360 el 17/08/2022 y 23/08/2022. Pago total por \$7.358.659 el 30/04/2024	30/04/2024
TUTELA	Pago total por \$5.412.986	21/06/2024
NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO	Pago inicial por \$65.426.244 el 29/12/2023. Pago total por \$25.046.598 el 28/06/2024	28/06/2024
NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO	Pago inicial por \$124.818.984 el 28/12/2023. Pago total por \$24.922.691 el 31/07/2024	31/07/2024
ORDINARIO LABORAL	Pago total por \$31.939.25	31/12/2024
NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO	Pago parcial por \$196.144.005 pendiente pago por concepto de pensión a Porvenir por \$55.997.400	31/12/2024
NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO	Pago parcial por \$ 64.538.029 pendiente pago por concepto de salud a EPS Sanitas por \$6.169.186 y a Colpensiones	31/12/2024
NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO	Pago parcial por \$65.850.050 pendiente pago por concepto de salud a EPS Compensar por \$ 8.188.000 y a Colpensiones	31/12/2024

Tabla elaborada por la Oficina Jurídica con base en información reportada en Siproj Web.

Es importante mencionar que conforme lo establecido en el Manual de Defensa Jurídica de la Entidad Código 15-01-MA-0001 del 02/08/2023, el criterio para realizar los pagos de sentencias a solicitud de parte obedecerá al cumplimiento del deber de aportar completamente la documentación requerida por el beneficiario o su apoderado, de conformidad con los Decretos 838 de 2018 y 2469 de 2015; siempre que la entidad cuente con los recursos y apropiaciones necesarias.

Por lo anterior, la oficina cuenta con un listado de las sentencias en las que se han allegado la totalidad de la documentación requerida de acuerdo con la normatividad antes mencionada, estableciéndose un turno para el respectivo pago, el cual, se insiste, depende de los recursos y apropiaciones que realicé la Subred.

Procesos de alto impacto.

Ahora bien, en la Oficina Jurídica se adelantan algunos procesos de la Subred que son de mayor impacto, bien sea por la cuantía, el asunto objeto de debate o el impacto social que pueden generar. Con base en lo anterior, se relacionan las siguientes demandas:

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Tabla N°6. Demandas de alto impacto económico

ID	No. DE PROCESO	DESPACHO JUDICIAL	MEDIO DE CONTROL	CUANTIA - VALOR PRETENSIÓN INICIAL
582439	2018-00299	TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA	REPARACION DIRECTA	\$ 3.589.645.328
588285	2018-00961	TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA	REPARACION DIRECTA	\$ 6.300.000.000
626712	2019-00085	JUZGADO 66 ADMINISTRATIVO DE BOGOTÁ	REPARACION DIRECTA	\$ 1.264.525.000
731531	2019-00221	JUZGADO 65 ADMINISTRATIVO DE BOGOTÁ	REPARACION DIRECTA	\$ 1.225.170.852
718933	2021-00487	TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA	NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO	\$1.220.227.047
728934	2022-00054	JUZGADO 34 ADMINISTRATIVO DE BOGOTÁ	REPARACION DIRECTA	\$ 637.296.940
724842	2022-00271	JUZGADO 59 ADMINISTRATIVO DE BOGOTÁ	REPARACION DIRECTA	\$ 1.100.000.000
430907	2013-00243	TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA	REPARACION DIRECTA	\$ 1.077.159.812
509911	2014-00078	TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA	REPARACION DIRECTA	\$ 1.094.960.000
559756	2015-00882	JUZGADO 35 ADMINISTRATIVO DE BOGOTÁ	REPARACION DIRECTA	\$ 1.242.708.405
673853	2019-00192	JUZGADO 64 ADMINISTRATIVO DE BOGOTÁ	REPARACION DIRECTA	\$ 1.100.000.000
559723	2016-00006	JUZGADO 35 ADMINISTRATIVO DE BOGOTÁ	REPARACION DIRECTA	\$ 2.410.840.000
657401	2018-00470	TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA	REPARACION DIRECTA	\$1.974.130.692

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

ID	No. DE PROCESO	DESPACHO JUDICIAL	MEDIO DE CONTROL	CUANTIA - VALOR PRETENSIÓN INICIAL
656693	2018-00939	TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA	CONTROVERSIAS CONTRACTUAL	\$ 2.237.061.884
590082	2018-00960	TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA	REPARACION DIRECTA	\$ 1.451.845.898
669922	2019-00918	TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA	CONTROVERSIAS CONTRACTUAL	\$14.610.805.598
684226	2021-00214	JUZGADO 36 ADMINISTRATIVO DE BOGOTÁ	REPARACION DIRECTA	\$1.112.035.824
691691	2021-00372	TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA	CONTROVERSIAS CONTRACTUAL	\$ 3.025.357.823
531166	2015-00242	JUZGADO 38 - ADMINISTRATIVO DE ORALIDAD	REPARACIÓN DIRECTA	\$1.544.326.876
563375	2016-00157	TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA	REPARACIÓN DIRECTA	\$ 1.100.000.000
598354	2019-00039	TRIBUNAL CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA	REPARACION DIRECTA	\$ 2.187.477.660
797864	2023-00357	JUZGADO 66 ADMINISTRATIVO DE ORALIDAD SECCION TERCERA	REPARACION DIRECTA	\$ 1.299.574.550
805094	2024-00180	JUZGADO 56 ADMINISTRATIVO DE ORALIDAD	NULIDAD Y. RESTABLECIMIENTO DEL DECRECHO	\$ 75.389.266

Registro y reporte de información.

La periodicidad de la información judicial se presentó oportuna y conjuntamente con el área de contabilidad, a través de los reportes mensuales contables de procesos judiciales en lo corrido de 2024; de manera adicional, se informa del cumplimiento de las Resoluciones y Circulares Normativas que establecen presentación de informes de manera periódica. Entre otros se tiene de mayor relevancia los siguientes:

- Cumplimiento de la Resolución 485 del 2023 expedida por la Secretaría Jurídica Distrital:

Esta actividad se realiza y es controlada de manera permanente desde la Secretaría Jurídica Distrital como herramienta y fuente oficial para la generación de toda clase de informes judiciales. Se dio cumplimiento a la presentación de la certificación de seguimiento,

registro y adecuada actualización de los diferentes módulos del sistema. Esta certificación se debe remitir dentro de los 10 primeros días calendario de febrero de cada anualidad, esto es, presentar del 01 al 10 de febrero del 2025.

- Cumplimiento de la Circular 008 del 2021 expedido por la Secretaría Distrital de Salud sobre la instrucción y entrega de reportes a la Dirección de Análisis de Entidades Públicas Distritales del Sector Salud DAEPDSS.

Mediante el Sistema de Información Hospitalaria SIHO se realiza de manera permanente el registro de las actuaciones judiciales; en ese sentido, la Oficina Jurídica presentó los informes trimestrales para la Entidad, de las actuaciones judiciales reportadas en el mencionado sistema de información en el año 2024.

- Cumplimiento del FORMULARIO CBN 423 CUENTA ANUAL SIVICOF – Para la vigencia 2024, la información fue reportada dentro del término previsto (los 10 primeros días de febrero de cada anualidad) a la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional para el correspondiente cargue de la información en la plataforma SIVICOF. Para febrero de 2025 se deberá presentar este informe conforme a la directriz impartida por el área encargada.
- Reporte de Información SIRECI - Delitos contra la Administración Pública o que afecten los intereses patrimoniales del Estado - El reporte se envió dentro del término indicado (2024), informado que durante la vigencia 2023 la Entidad no contó con ningún proceso penal en el que intervenga como víctima. El 03 de julio del 2024 se presentó el informe del primer semestre sin procesos penales reportados. Pendiente, presentar en enero 2025 el informe del segundo semestre de la vigencia 2024, de acuerdo con los lineamientos de la Secretaría Jurídica Distrital.
- Informe Trimestral a Revisoría Fiscal. Se ha dado cumplimiento a cabalidad con los requerimientos de información y las observaciones derivadas de estos durante lo corrido de 2024. La información solicitada se entrega conforme a los parámetros de la Revisoría Fiscal.
- Informe mensual contable de procesos judiciales. Este se realiza en conjunto con el área de Contabilidad, tomando como fuente de información oficial el SIPROJ WEB. En lo corrido del 2024, se realizaron las gestiones necesarias en la optimización del informe.
- Calificación trimestral de procesos judiciales. Actividad en cabeza de los abogados de defensa judicial quienes valoran los procesos judiciales de acuerdo con los 6 parámetros establecidos en la plataforma. La calificación la realiza cada uno de los abogados en la plataforma de SIPROJ WEB y se debe ejecutar sin falta, la consecuencia de no realizar este ejercicio será la desactualización del informe mensual contable respecto del valor presente que arroja Siproj Web respecto de la provisión contable.

Tabla N°7. Registro y reporte de información. (Cronograma)

CRONOGRAMA DE TRABAJO		
ACTIVIDAD	TÉRMINO DE CUMPLIMEINTO	OBSERVACIONES

CRONOGRAMA DE TRABAJO		
ACTIVIDAD	TÉRMINO DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
RESOLUCIÓN 485 DEL 2023 EXPEDIDO POR LA SECRETARÍA JURÍDICA DISTRITAL.	10 primeros días de febrero 2025	Actividad de vigilancia permanente.
CIRCULAR 008 DEL 2021 EXPEDIDO POR LA SECRETARÍA DE SALUD DISTRITAL	Trimestral - La circular no establece término.	Se presenta conforme con los requerimientos del Área de Desarrollo Institucional, a cargo de la plataforma SIHO en los que corresponde a la Entidad.
FORMULARIO CBN 423 CUENTA ANUA SIVICOF	10 primeros días de febrero 2025	Oficina de Desarrollo Institucional diligencia en plataforma.
REPORTE DE INFORMACIÓN SIRECI	ENERO 2025 (término de entrega por Secretaría Jurídica Distrital).	Corresponde a delitos contra la Administración pública en la cual, la Entidad intervenga como víctima.
INFORME REVISORIA FISCAL	Términos de entrega conforme a la solicitud.	Se elabora con base en el reporte mensual contable de procesos judiciales.
INFORME MENSUAL CONTABLE DE PROCESOS JUDICIALES	Término estimado para firma no mayor al 15 de cada mes.	Se elabora en conjunto con el área contable.
CALIFICACIÓN TRIMESTRAL DE PROCESOS JUDICIALES	Del 10 al 25 de septiembre y diciembre.	Los abogados de defensa judicial realizan directamente en plataforma Siproj web.
TRANSFERENCIA DE ARCHIVO AL ARCHIVO CENTRAL DE LA ENIDAD	Del 26 al 30 de septiembre.	Documentación física que cumpla con la normatividad inmersa en la Tabla de Retención Documental de la Oficina Jurídica

Nota: Es importante mencionar que los estados procesales de cada una de las demandas en contra e iniciadas por la Entidad se encuentran registradas en el Sistema de Información de Procesos Judiciales de Bogotá D.C. SIPROJ WEB, el cual debe ser actualizado de manera particular y permanente por cada uno de los abogados a cargo de los procesos asignados desde la jefatura de la oficina.

Empresa de vigilancia judicial- Lupa Jurídica.

El 13 de marzo de 2024 se suscribió el contrato No 4885 de 2024 con la empresa Lupa Jurídica, cuyo objeto consiste en: “*CONTRATAR EL SERVICIO DE VIGILANCIA JUDICIAL DE LOS PROCESOS JUDICIALES EN LOS QUE ES PARTE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.*”; con acta de inicio del 11 de abril de 2024, por un término de 11 meses, el cual finaliza el 10 de marzo de 2025.

La supervisión del mencionado contrato está en cabeza de quien funja como Jefe de la Oficina Jurídica de la Subred; al respecto, cabe precisar que el contrato tiene como finalidad que la empresa haga vigilancia judicial de, entre 400 y 550 procesos judiciales aproximadamente, en los que es parte la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. que incluirá la información de los abogados que representan a la entidad, para que se realice un control diario de notificaciones, providencias y estados electrónicos en las páginas Siglo XXI, Rama Judicial, SAMAI y la plataforma Tyba. El contratista, deberá realizar seguimiento y control diario a los procesos, y reportar a los correos electrónicos y a una aplicación de mensajería móvil instantánea de los abogados, la información de aquellos procesos que tengan actuaciones procesales de cualquier índole, de tal manera que los

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

apoderados cuenten con la información oportuna del movimiento de los procesos, adjuntando en los correos o mensajes de texto la copia de los autos, comunicaciones o providencias emitidas por los despachos judiciales.

A la fecha, el contrato se ha ejecutado satisfactoriamente y cuenta con nueve informes de ejecución debidamente revisados y radicados en la Dirección Financiera.

3.2 COBRO COACTIVO

La Oficina Jurídica tiene a su cargo, como subproceso, adelantar la jurisdicción coactiva, la cual está definida como un privilegio exorbitante de la Administración, que consiste en la facultad de cobrar directamente, sin que medie intervención judicial, las deudas a su favor, adquiriendo la doble calidad de juez y parte, cuya justificación se encuentra en la prevalencia del interés general, en cuanto dichos recursos se necesiten con urgencia para cumplir eficazmente los fines estatales.

1. Sin embargo, mediante la Resolución No. 0212 del 21 de marzo de 2024, entidad ordenó la suspensión del curso de los procedimientos Administrativos Coactivos seguidos en contra de personas jurídicas y naturales responsables del pago de obligaciones derivadas de la prestación de servicios de salud, en razón de la sentencia del 24 de agosto de 2023, emitida por la Sección Cuarta del Consejo de Estado en el medio de control de Nulidad y Restablecimiento del Derecho que cursó bajo el radicado No. 25000233700020160117401, mediante la cual se advirtió que las Empresas Sociales del Estado no pueden hacer exigibles obligaciones a su favor, a través del proceso de Cobro Coactivo, si estas devienen de la prestación de servicios de salud.

2.

3. Si bien, la entidad promovió una acción de tutela contra la mencionada providencia judicial, se negó la pretensión rogada, advirtiendo inexistencia de vulneración de algún derecho de rango constitucional, susceptible de protección a través del mecanismo judicial utilizado.

4.

5. En consecuencia, la entidad expidió la Resolución No. 0841 del 18 de diciembre de 2024, por medio de la cual se reanudó el curso de los Procesos Administrativos Coactivos suspendidos con la Resolución No. 0212 del 21 de marzo de 2024, y ordenó su terminación; disponiéndose además, el levantamiento de las medidas cautelares que hubieren sido decretadas.

6.

7. Ante este panorama, luego de la firmeza y ejecutoria del aludido acto administrativo, como acción alternativa que coadyuve la recuperación de la cartera de la entidad, la Oficina Jurídica en coordinación con la Dirección Financiera, promoverá demandas ejecutivas ante autoridades judiciales, en cumplimiento del Manual de Gestión de Ingresos, siempre y cuando se evidencien saldos insolutos, debido al carácter dinámico de la cartera institucional.

A continuación, se relacionan los Procesos Administrativos Coactivos terminados y que serán objeto de posibles demandas ejecutivas:

Tabla N° 8.

INFORME DE GESTIÓN VIG 2024

Versión:	2
Fecha de aprobación:	12/08/2024
Código:	01-01-FO-0006

NRO.	RADICADO	CAPITAL ACTUAL
1	033-2019	\$186.421.315
2	004-2021	\$16.803.787
3	001-2021	\$723.418.756
4	005-2021	\$145.300.353
5	006-2021	\$4.411.507
6	003-2021	\$2.638.174
7	008-2021	\$117.902.564
8	022-2022	\$36.720.204
9	017-2022	\$411.135.488
10	012-2022	\$46.256.721
11	013-2022	\$126.573.869
12	027-2022	\$7.188.783
13	014-2022	\$3.288.279
14	011-2022	\$54.932.193
15	026-2022	\$256.287.765
16	010-2022	\$85.851.859
17	009-2022	\$74.046.928
18	006-2022	\$971.915
19	020-2022	\$31.096.323
20	015-2022	\$312.993.073
21	001-2022	\$1.757.419
22	030-2022	\$227.773.811
23	029-2022	\$41.791.923
24	018-2022	\$282.446.021
25	002-2022	\$45.987.148
26	024-2022	\$63.531.900
27	025-2022	\$14.727.624
28	013-2023	\$52.079.686
29	010-2023	\$1.383.037.079
30	008-2023	\$629.751.740
31	017-2023	\$150.749.597
32	005-2023	\$612.952.009
33	016-2023	\$47.437.106
34	004-2023	\$35.618.045

NRO.	RADICADO	CAPITAL ACTUAL
35	009-2023	\$74.808.154
36	012-2023	\$5.674.575
37	007-2023	\$333.053.085

En la siguiente tabla, se relacionan los ingresos percibidos por la entidad y reportados durante la vigencia 2024 como fruto de la ejecución de actividades de cobro coactivo:

Tabla N°9.

MES AUDITADO	INGRESO	SALDO MENSUAL
ENERO	\$ 191.976.388	\$ 6.724.676.915
FEBRERO	\$ 120.289.260	\$ 6.604.387.655
MARZO	\$ 74.341.720	\$ 6.530.045.935
ABRIL	\$ 141.219.868	\$ 6.388.826.067
MAYO	\$ 0.0	\$ 6.388.826.067
JUNIO	\$ 124.081.720	\$ 6.264.744.347
JULIO	\$ 24.563.684	\$6.240.180.663
AGOSTO	\$ 0.0	\$ 6.240.180.663
SEPTIEMBRE	\$ 697.467.627	\$ 5.542.713.036
OCTUBRE	\$ 0.0	\$ 5.542.713.036
NOVIEMBRE	\$ 0.0	\$ 5.542.713.036
DICIEMBRE	\$ 0.0	\$ 5.542.713.036
TOTAL:	\$1.373.940.267	5.542.713.036

Bajo ese contexto el recaudo por incidencia de la Gestión Coactiva asciende a la suma de **MIL TRESCIENTOS SETENTA Y TRÉS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA MIL DOSCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS (\$1.373.940.267)**, con corte al 31 de diciembre de 2024.

Es dable anotar que, una vez cobró firmeza y ejecutoria la Resolución No. 0212 del 21 de marzo de 2024, por medio de la cual se dispuso a suspender el curso de los Procesos Administrativos Coactivo, esto es, abril de 2024, si bien la entidad cesó en el trámite coercitivo, las entidades deudoras continuaron generando pagos parciales que fueron aplicados por la Dirección Financiera y validados por la Oficina Jurídica en cada expediente.

Acuerdos de pago, por conciliaciones gestionadas ante la Superintendencia Nacional de Salud.

Con corte al 31 de diciembre de 2024, la Oficina Jurídica a través de Cobro Coactivo, logró acuerdos de pago ante la Superintendencia Nacional de Salud, con las siguientes ERP:

Tabla N°10.

CUANTÍA LOGRADA	ESTADO DEL PAGO
\$59.278.960.50	PAGO TOTAL REPORTADO POR LA DIRECCIÓN FINANCIERA EL 10-01-2024.
\$669.227.961	PAGO PARCIAL REPORTADO EL 31 DE AGOSTO DE 2024.

\$147.754.741	PAGO TOTAL REPORTADO EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2024.

Reclamación acreencias ante EPS en liquidación.

La Oficina Jurídica, a través de Cobro Coactivo se hizo parte del proceso liquidatorio de ECOOPSOS EPS, cuyo resultado fue:

Tabla N°11.

VALOR RECLAMADO	VALOR INICIALMENTE RECONOCIDO	VALOR FINAL RECONOCIDO
\$5.121.746.524	\$143.746	\$4.810.950.076

Es dable anotar que, logramos el reconocimiento de más del 90% de la obligación, debido a la prosperidad del recurso de reposición presentado ante el Agente Liquidador de ECOOPSOS EPS.

Procesos Judiciales de Cobro de Cartera.

La entidad cuenta con nueve (9) procesos judiciales iniciados contra el Fondo Financiero Distrital de Salud, los cuales provienen de reclamaciones instauradas inicialmente ante la SUPERSALUD, por diferencias en glosas impuestas en el marco de la ejecución de distintos contratos y convenios administrativos.

La SUPERSALUD, declaró su falta de competencia para conocer de dichas demandas y las remitió en consecuencia, a los Juzgados Administrativos del Circuito de Bogotá. Las posibilidades de éxito se reducen en la medida que, como parte demandante no sea posible probar la base de nulidad parcial de las actas de liquidación de los contratos. Lo anterior, ante la declaratoria de paz y salvo en las actas de liquidación de los contratos, que se suscribieron sin salvedades y renunciando a cualquier acción judicial.

Así las cosas, su estado actual es el siguiente:

Tabla N°12.

RADICADO	DESPACHO	CUANTÍA	ESTADO ACTUAL
11001334306220220036700	62 ADTIVO	99.525.683	AUTO CONCEDE APELACIÓN CONTRA SENTENCIA QUE NEGÓ LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA.
11001334306120220021500	61 ADTIVO	40.374.750	AUTO CONCEDE APELACIÓN CONTRA SENTENCIA QUE NEGÓ LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA.
11001334306420230027000	64 ADTIVO	173.532.998	AUTO RECHAZÓ DEMANDA POR CADUCIDAD. EN APELACIÓN ARGUMENTANDO FALTA DE COMPETENCIA.
25000233600020220049000	TRIBUNAL	2.132.280.908	PARA CITAR AUDIENCIA

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

RADICADO	DESPACHO	CUANTÍA	ESTADO ACTUAL
			INICIAL
J-2021-0715 - 11001334305820210030200	SUPERSALUD	2.427.499.009	SUPERSALUD RECHAZÓ LA DEMANDA, PORQUE LA DIRECCIÓN FINANCIERA NO PUDO COMPLETAR LA INFORMACIÓN REQUERIDA PARA SUBSANAR LA DEMANDA.
25000233600020240012200	TRIBUNAL	1.419.630.082	AUTO ADMITE DEMANDA, LUEGO DE SUBSANAR LOS MOTIVOS DE INADMISIÓN
25000233600020240055600	TRIBUNAL	2.063.547.307	PARA CALIFICAR DEMANDA.
25000233600020240017100	TRIBUNAL	1.063.308.861	AUTO INADMITE LA DEMANDA.
52001333300920240018000	9 ADTIVO DE PASTO	168.100.311	SE SUBSANA LA DEMANDA SEGÚN EL AUTO ADMISORIO.

Procesos coactivos por otras causas

Los siguientes procesos coactivos fueron iniciados por la entidad, en procura de hacer exigibles, distintas obligaciones cuyas causas son distintas a la prestación de servicios de salud, es decir, los deudores no se consideran como Empresas Responsables de Pago o actores principales del Sistema de Seguridad Social:

Tabla N°13.

Nro. Proceso	CUANTÍA
002-2019	\$20.139.383
003-2019	\$41.555.780
015-2019	\$11.871.740.308
017-2019	- 0.0
006-2020	\$11.511.492
022-2019	\$1.582.596
031-2022	\$44.854.202
032-2022	889.244.897
015-2023	11.426.644

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Nro. Proceso	CUANTÍA
	\$12.892.055.302

Trámite para el Cobro de Obligaciones surgidas por la Prestación de Servicios de Salud en la entidad.

En virtud de la expedición de la Resolución No. 0841 del 18 de diciembre de 2024 “*por medio de la cual se reanuda el trámite de los procedimientos administrativos coactivos suspendidos a través de la Resolución No. 0212 de 2024 y se dictan otras disposiciones*”, la entidad deberá iniciar demandas ejecutivas con la finalidad de hacer exigible las obligaciones cuya causa radique en la prestación de servicios de salud, escenario que impone la necesidad de probar de forma suficiente, un título complejo compuesto por las facturas, sus soportes de expedición y gestión; más la resolución moratoria y su constancia de ejecutoria.

Así, la Dirección Financiera deberá remitir la cartera susceptible de cobro judicial, a efecto de promover el trámite administrativo de expedición de la resolución moratoria y posterior exigibilidad ante la autoridad judicial competente.

GESTIÓN DE PROCESOS DISCIPLINARIOS

En atención a la entrada en vigencia de la Ley 1952 de 2019 “*Por medio de la cual se expide el código general disciplinario se derogan la ley 734 de 2002 y algunas disposiciones de la ley 1474 de 2011, relacionadas con el derecho disciplinario.*”, y teniendo en cuenta lo establecido en su artículo 12¹, el 25 de mayo de 2023 se expidieron los Acuerdos No 147², “*Por el cual se modifica la Estructura Organizacional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.*”, Acuerdo N° 148³, “*Por el cual se modifica la Planta de Personal de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.*” y, Acuerdo No 149⁴, “*Por el cual se modifica el Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.*”; normativa y actos administrativos que le confirieron a la Oficina Jurídica el conocimiento de la Etapa de Juzgamiento de los procesos disciplinarios adelantados contra los/as servidores/as y exservidores/as de la entidad a partir del 1° de junio de 2023.

Con relación a la información del estado actual de los procesos disciplinarios, se relaciona a continuación la tabla que contiene los seis (6) procesos que se encuentran en la etapa de juzgamiento a cargo de esta oficina. Valga resaltar que las fechas de prescripción indicadas

¹ Artículo 12. DEBIDO PROCESO. El disciplinable deberá ser investigado y luego juzgado por funcionario diferente, independiente, imparcial y autónomo que sea competente, quienes deberán actuar con observancia formal y material de las normas que determinen la ritualidad del proceso, en los términos de este código y dándole prevalencia a lo sustancial sobre lo formal. En el proceso disciplinario debe garantizarse que el funcionario instructor no sea el mismo que adelante el juzgamiento. Todo disciplinable tiene derecho a que el fallo sancionatorio sea revisado por una autoridad diferente, su trámite será el previsto en esta ley para el recurso de apelación. En el evento en que el primer fallo sancionatorio sea proferido por el Procurador General de la Nación, la doble conformidad será resuelta en la forma indicada en esta ley.

² Artículo 2° “*Modificar el artículo 3 del Acuerdo 015 de 2017 (...), por la cual se establecen las funciones de la Oficina Asesora Jurídica, el cual quedará así: Artículo 3. OFICINA JURIDICA- FUNCIONES: (...) 11. Adelantar la etapa de juzgamiento en primera instancia de los procesos disciplinarios contra los/as servidores/as y ex servidores/as de la entidad, de conformidad con el Código General Disciplinario o aquella norma que lo modifique o sustituya y las demás disposiciones sobre la materia.*”

³ Artículo 2° “*Modificar la planta de empleos con la creación del siguiente empleo en la Planta de Personal (...) No de empleos: 1(uno)- Jefe de Oficina (...)*”
⁴ Artículo 2° “*Modificar el Manual Específico de Funciones y Competencias de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., para el empleo de libre nombramiento y remoción JEFE DE OFICINA- Código 006 Grado 06- OFICINA JURIDICA, así: Nivel jerárquico: Directivo- Denominación del empleo: Jefe de Oficina (...)*”

“ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN.”

allí no constituyen un prejuizgamiento, son meramente de carácter informativo, a fin de tener un control interno inmediato de la Oficina Jurídica, una vez se reciben los expedientes para la etapa de juzgamiento.

En la actualidad se encuentran vigentes los siguientes procesos disciplinarios que el siguiente estado:

Tabla N°14.

#	EXPEDIENTE N.º	ETAPA	ESTADO ACTUAL
1	026-2021	Pruebas	Auto 035-2024 del 26/12/2024 por medio del cual se resolvió pruebas Auto 002-2025 del 15/01/2025 ordena prueba. .
2	057-2019	Traslado descargos	Auto de avóquese y fijación de procedimiento. (Ley 1952-2019) PDT traslado para descargos
3	074-2021 SRSO	Fallo de Primera Instancia.	Auto 036-2024 del 31/12/2024 por medio del cual se emitió fallo sancionando. .
4	039-2021 SRSO	Auto de avóquese y traslado para descargos.	Auto 027-2024: Auto de avóquese y traslado para descargos. Auto 032- 2024- Por medio del cual se resuelve una solicitud de copias.
5	055-2019 SRSO	Auto de avóquese y traslado para descargos.	PDT Auto corre traslado para alegar de conclusión
6	100-2021 SRSO	Auto de avóquese y traslado para descargos.	PDT Auto de avóquese y fijación de procedimiento. (Ley 1952-2019) PDT traslado para descargos

PROCEDIMIENTOS

Otros procesos.

Acciones de tutela:

La Oficina Jurídica se encarga de dar respuesta a las acciones de tutela que se interponen contra la Entidad, para lo cual, de manera coordinada se apoya con las áreas asistenciales y técnicas con la finalidad de contestar oportunamente y de fondo. En lo corrido del año 2024 se allegaron las siguientes acciones de tutela:

Tabla N°15. Tutelas allegadas en I semestre de 2024.

PRIMER SEMESTRE DEL 2024 – REPORTE SIPROJ WEB				
CAUSA	CANTIDAD	FAVORABLE	DESFAVORABLE	SIN FALLO
CITAS MEDICAS	85	72	8	5
PROCEDIMIENTOS	68	11	49	8
OTROS	43	29	2	12
TRATAMIENTO INTEGRAL	34	23	2	9
MEDICAMENTOS	44	8	36	0
ADMINISTRATIVO	30	17	7	6
INSUMOS	15	13	1	1
TRASLADOS A OTRA UNIDAD	8	1	7	0
TOTAL	327	174	6	45

Tabla elaborada por la Oficina Jurídica.

Tabla N°16. Tutelas allegadas en II semestre de 2024.

TUTELAS RADICADAS SEGUNDO SEMESTRE DEL 2024	
CAUSA	CANTIDAD
Citas médicas	127
Debido proceso	83
Exámenes médicos	27
Medicamentos	54
Procedimiento quirúrgico	50
Seguridad Social	16
Suministros médicos	20
Traslado a otro centro médico especializado	21
Tratamiento integral	31
TOTAL	429

Es importante precisar que, el principal motivo de las acciones de tutela por la que la Subred Sur Occidente ESE es accionada es por la asignación de “CITAS MEDICAS”, es decir, por la falta de oportunidad en el agendamiento y la segunda causa, esta es “PROCEDIMIENTOS” las cirugías que frecuentemente solicitan los accionantes son: Extracción extracapsular de cristalino más inserción de lente intraocular y procedimiento de cabeza y cuello.

La causa “debido proceso y administrativa”, hace referencia a la no contestación a derechos de petición radicados en la Entidad y por situaciones en las que no tiene competencia la Entidad, sin embargo, nos vinculan para esclarecer o confirmar hechos, por ejemplo: Restablecimiento de derechos a menores, reintegros laborales cuando el despido del accionante fue presuntamente por su estado de salud, pago de licencias e incapacidades, etc.

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Respecto de los fallos desfavorables, a la fecha, todos han sido cumplidos con la acción de hacer, por ejemplo, de agendar citas o practicar el procedimiento o dar respuesta al peticionario; situación que se ha informado a los despachos judiciales.

Tutelas de personas en abandono

Para el Segundo semestre de la vigencia 2024, la Oficina Jurídica presentó acciones de tutelas a favor de personas en condiciones de abandono a las cuales se les ha brindado atención medica en diferentes centros de salud, no obstante, pese a haber concluido su atención, y debido a su condición, han sido abandonados por sus familias o no cuentan con una red apoyo familiar que pueda asumir el cuidado de estos.

A continuación, se relacionan las acciones constitucionales presentadas y las resultados de estas:

Tabla N°17.

No. DE PROCESO	JUZGADO	Fecha Fallo	Sentido del Fallo
110014088036 2024-0174	JUZGADO TREINTA Y SEIS PENAL MUNICIPAL CON FUNCIONES DE CONTROL DE GARANTIAS DE BOGOTA D.C.	29-ago-24	DESFAVORABLE
11001-40-88-049-2024-00191-00	JUZGADO CUARENTA Y NUEVE PENAL MUNICIPAL CON FUNCIÓN DE CONTROL DE GARANTÍAS	6-sep-24	FAVORABLE
11001-40-88-006-2024-00190-00	JUZGADO SEXTO PENAL MUNICIPAL CON FUNCIÓN DE CONTROL DE GARANTÍAS	6-sep-24	FAVORABLE
1100140712024-00176	JUZGADO TERCERO PENAL MUNICIPAL PARA ADOLESCENTES CON FUNCIÓN DE CONTROL DE GARANTIAS DE BOGOTÁ	29-ago-24	FAVORABLE
11001 – 41 – 89 – 080 – 2024 – 00343 – 00	JUZGADO OCHENTA DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MÚLTIPLE DE BOGOTÁ	2-sep-24	FAVORABLE
11001-4003-070-2024-00929-00	JUZGADO SETENTA (70) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ D.C	Pendiente Fallo	Pendiente Fallo
1100141890542024 0039100	JUZGADO 54 DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPENTENCIA MULTIPLE DE BOGOTÁ	3-sep-24	DESFAVORABLE

Apoyo en las Acciones de Tutela de la Secretaría Distrital De Salud

La Secretaría Distrital de Salud, remite autorización de servicios especialmente de la población migrante irregular para que desde la Oficina Jurídica se haga gestión y respuesta al cumplimiento de la medida provisional o al cumplimiento del fallo de tutela de la orden

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

dirigida a la SDS con el área de facturación, la Dirección de Servicios Ambulatorios o Dirección de Servicios Complementarios, según sea el caso.

De esta manera, desde la Oficina Jurídica se realiza la representación de la Entidad en materia de acciones Constitucionales, buscando siempre garantizar los derechos de las personas a quienes se les brinda la prestación del servicio de salud; así como los intereses de la Subred.

Procesos Administrativos Sancionatorios

Los procesos Administrativos Sancionatorios hacen parte de la Gestión de la Oficina Jurídica, siendo un mecanismo mediante el cual el Estado ejerce el poder punitivo que la Constitución y la ley le otorgan, a través de las entidades administrativas que determina para llevar a cabo funciones de inspección, vigilancia y control, para que impongan a los administrados una sanción proporcional a la acción u omisión de los deberes y/o obligaciones legales a las cuales están sometidos según el sector en el que actúen.

El actuar de las autoridades administrativas debe fundamentarse en los principios procesales de publicidad, inmediatez, presunción de inocencia, derecho de defensa y contradicción, favorabilidad, juez natural o legal, proporcionalidad, también, Y no menos importante, el principio de legalidad para que las acciones de la administración sean válidas ante el ordenamiento jurídico y posteriormente, no sea quebrantada su presunción de legalidad.

Durante la vigencia 2024, se tramitaron los siguientes procesos:

- **Superintendencia de Industria y Comercio**

EXP 23-256504: Adelantado por la SIC por presunta infracción del precio máximo de venta establecido en el artículo 1° de la Circular 10 de 2020 para el medicamento RHOPHYLAC - Inmunoglobulina Antid-Rh 300mcg/2ml (150mcg/1ml) - Líquido/Sólido - Inyectable x 1 - CSL; cum: 19975089-1. Se encuentra pendiente resolver el recurso de reposición y, en subsidio de apelación presentado.

- **Superintendencia Nacional de salud.**

SIAD 0910202100802: Adelantado por la SNS por previsible contravención de lo del artículo 7 numerales 7.1.1.1 a 7.1.1.8 del Decreto 109 de 2021, presuntamente por no tener en cuenta los criterios de priorización para el suministro de la vacuna en contra del COVID 19 al administrar el biológico entre el 18 y 19 de febrero de 2021 al Director técnico y la Líder del proyecto del área asistencial, a un ingeniero ambiental y una enfermera que de acuerdo a la “Base vacunación” prestan sus servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), como también a 30 auxiliares de enfermería en servicio de Protección específica- vacunación, a 8 enfermeras profesionales, 1 epidemiólogo, 2 técnicos en sistemas y 1 apoyo administrativo quienes prestan sus servicios en el PIC al igual que a la profesional en psicología Leyda Maryuly Ortiz Martínez, cuyo objeto contractual es “*Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la entidad*”. Se encuentra en espera de fallo de segunda instancia.

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Esta sanción fue cancelada mediante Resolución No. 796 del 30 de noviembre de 2024.

- **Secretaría Distrital de Ambiente**

Por parte de la Secretaría Distrital de ambiente se impuso sanción a la E.S.E mediante la resolución 3234 de 2019 por valor de **DOSCIENTOS NOVENTA Y DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE (\$292,291,824.00)**, la cual fue pagada por medio de la Resolución No. 0584 del 15 de agosto de 2024; así mismo, se ofició a la Secretaría de Ambiente el pago de la misma a efectos de que se retirara al Hospital Occidente de Kennedy hoy Subred Norte E.S.E de la lista de deudores morosos del estado.

Esta sanción fue cancelada mediante Resolución No.0584 del 15 de agosto de 2024.

Secretaría Distrital de Salud.

- **Investigaciones preliminares.**

En el primer semestre de 2024 se recibieron 136 investigaciones preliminares, de las cuales en 72 se requirió información y fueron gestionadas dentro de los términos correspondientes; y, 64 autos ordenaron la terminación de las actuaciones administrativas preliminares

Para el segundo semestre de 2024 se recibieron 96 requerimientos de información y 30 autos de archivo de investigaciones preliminares.

Estas solicitudes de documentos son articuladas con la subgerencia de Prestación de Servicios de Salud y la Subgerencia Corporativa, de acuerdo a la competencia de cada una de estas, y desde la Oficina Jurídica se consolida la respuesta final al ente de control.

- **Investigaciones administrativas sancionatorias.**

Para la vigencia de 2024, se tramitaron 75 procesos administrativos sancionatorios, relacionados con presuntas infracciones a las normas de habilitación en salud, dentro de los cuales se han gestionado 23 solicitudes de expediente digital, 66 descargos, 67 alegatos de conclusión, 65 recursos de reposición y en subsidio de apelación, 05 recursos de queja, 5 solicitudes de revocatoria directa, 03 oficio remisión pruebas, 03 oficio de remisión de copias a la Oficina de Control Disciplinario Interno y al comité de historias clínicas, y archivo de 140 documentos relativos a remisión de copias de expedientes, autos que resuelven el recurso de reposición y conceden el de apelación, de apertura de la investigación administrativa sancionatoria, archivo de la investigación, exoneración y negación de revocatoria directa.

Multas por concepto de sanciones administrativas

Del periodo comprendido entre agosto de 2021 al primer semestre de 2024, se han recibido 98 sanciones administrativas (Tabla 18. Sanciones administrativas con requerimiento de pago por parte de Secretaría Distrital de Salud), por incumplimiento de las normas de habilitación en salud y normas ambientales, las cuales se encuentran pendientes de pago y que han sido reportadas a la Dirección Financiera.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Tabla N°18. Sanciones administrativas pendientes de pago vigencia agosto 2021-diciembre 2024.

	EXPEDIENTE O RESOLUCIÓN	FECHA EJECUTORIA	SANCIÓN	ENTE DE IVC
1	1981-2020	12/04/2023	\$ 5.000.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
2	4305-2020	12/10/2021	\$ 9.085.260	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
3	4370-2020	18/11/2021	\$ 1.817.052	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
4	4592-2020	7/09/2021	\$ 9.085.260	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
5	4621-2020	2/07/2023	\$ 3.000.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
6	224-2021	19/01/2023	\$ 5.451.156	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
7	3636-2021	29/05/2023	\$ 2.000.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
8	3829-2021	11/04/2023	\$ 2.000.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
9	3959-2021	14/04/2023	\$ 3.000.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
10	541-2021	16/02/2023	\$ 2.000.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
11	617-2021	6/09/2023	\$ 2.500.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
12	83-2021	11/04/2022	\$ 1.817.052	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

INFORME DE GESTIÓN VIG 2024

Versión: 2
Fecha de aprobación: 12/08/2024
Código: 01-01-FO-0006

13	1001-2022	17/11/2023	\$ 5.800.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
14	1058-2022	7/11/2023	\$ 6.000.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
15	1060-2022	9/11/2023	\$ 4.000.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
16	1227-2022	15/11/2023	\$ 4.640.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
17	1236-2022	1/11/2022	\$ 7.000.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
18	145-2022	18/04/2023	\$ 7.000.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
19	147-2022	30/06/2023	\$ 4.000.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
20	1472-2022	31/05/2023	\$ 4.640.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
21	1597-2022	23/08/2023	\$ 4.640.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
22	1717-2022	5/02/2024	\$ 5.200.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
23	1722-2022	22/12/2023	\$ 3.000.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
24	1785-2022	22/12/2023	\$ 3.480.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
25	1862-2022	8/05/2023	\$ 4.640.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
26	1883-2022	27/04/2023	\$ 4.640.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

INFORME DE GESTIÓN VIG 2024

Versión:	2
Fecha de aprobación:	12/08/2024
Código:	01-01-FO-0006

27	1918-2022	15/08/2023	\$ 3.480.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
28	1964-2022	27/09/2023	\$ 6.960.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
29	2056-2022	27/07/2023	\$ 5.800.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
30	2093-2022	13/07/2023	\$ 4.640.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
31	311-2022	29/12/2022	\$ 3.000.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
32	311-2022	20/12/2022	\$ 3.000.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
33	661-2022	13/10/2023	\$ 5.800.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
34	67-2022	11/05/2023	\$ 1.000.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
35	789-2022	24/10/2023	\$ 2.320.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
36	926-2022	15/11/2023	\$ 6.960.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
37	938-2022	16/02/2024	\$ 4.640.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
38	92742019	13/12/2019	\$ 4.140.600	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
39	126-2023	12/12/2023	\$ 11.600.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
40	176-2023	16/06/2023	\$ 4.640.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

INFORME DE GESTIÓN VIG 2024

Versión:	2
Fecha de aprobación:	12/08/2024
Código:	01-01-FO-0006

41	3466-2023	9/09/2024	\$ 7.800.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
42	364-2023	15/06/2023	\$ 9.280.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
43	387-2023	12/02/2024	\$ 6.500.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
44	3992-2023	23/07/2024	\$ 3.900.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
45	4259-2023	17/09/2024	\$ 5.200.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
46	4271-2023	28/06/2024	\$ 5.200.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
47	4654-2023	22/07/2024	\$ 6.500.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
48	581-2023	5/01/2024	\$ 6.960.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
49	668-2023	6/10/2023	\$ 6.960.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
50	689-2023	22/12/2023	\$ 4.640.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
51	703-2023	5/10/2023	\$ 5.800.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
52	711-2023	28/09/2023	\$ 5.800.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
53	714-2023	12/10/2023	\$ 5.800.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
54	128-2024	17/09/2024	\$ 2.600.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

INFORME DE GESTIÓN VIG 2024

Versión: 2
Fecha de aprobación: 12/08/2024
Código: 01-01-FO-0006

55	215-2024	21/11/2024	\$ 6.500.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
56	9305-2019 Y 1081-2017	26/08/2021	\$ 71.206	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
57	1332021	23/09/2021	\$ 1.817.052	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
58	46872020	11/10/2021	\$ 4.542.630	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
59	5032020	26/10/2021	\$ 1.817.052	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
60	RESOLUCIÓN No. 202159000001637 4-6 DE 2021	23/11/2021	\$ 5.473.919	SUPERSALUD
61	1122018	20/12/2021	\$ 2.864.554	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
62	1322018	20/12/2021	\$ 1.562.484	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
63	46572020	22/12/2021	\$ 4.542.630	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
64	5792021	9/06/2022	\$ 2.725.578	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
65	46962020	18/07/2022	\$ 1.817.052	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
66	49582018	4/08/2022	\$ 2.725.578	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
67	582019	4/08/2022	\$ 1.817.052	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
68	43992020	30/08/2022	\$ 3.634.104	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
69	60652019	1/09/2022	\$ 4.542.630	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
70	3692021	19/12/2022	\$ 4.542.630	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
71	1532021	18/01/2023	\$ 4.000.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
72	2242021	19/01/2023	\$ 5.451.156	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

INFORME DE GESTIÓN VIG 2024

Versión:	2
Fecha de aprobación:	12/08/2024
Código:	01-01-FO-0006

73	35962021	19/01/2023	\$ 20.000.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
74	32732021	7/03/2023	\$ 1.500.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
75	5352021	7/03/2023	\$ 4.000.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
76	7112021	21/03/2023	\$ 2.000.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
77	4992021	22/03/2023	\$ 3.000.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
78	7482021	4/04/2023	\$ 500.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
79	1682021	5/04/2023	\$ 2.000.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
80	11312022	4/09/2023	\$ 3.000.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
81	11312022	6/09/2023	\$ 3.000.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
82	11462022	1/09/2023	\$ 1.000.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
83	3552022	10/10/2023	\$ 2.000.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
84	12472022	2/11/2023	\$ 4.000.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
85	11082022	2/11/2023	\$ 3.000.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
86	2642022	7/11/2023	\$ 1.000.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
87	12782022	14/12/2023	\$ 3.000.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
88	16072022	10/01/2024	\$ 1.000.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
89	13422022	1/02/2024	\$ 17.400.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
90	17862022	1/02/2024	\$ 3.480.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

91	15682022	20/03/2024	\$ 4.060.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
92	2142021	6/06/2024	\$ 11.600.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
93	12902022	8/07/2024	\$ 1.160.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
94	9972022	21/11/2023	\$ 3.480.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
95	45452024	28/10/2024	\$ 3.900.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
96	10952022	29/10/2024	\$ 5.200.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
97	3462024	9/12/2024	\$ 5.200.000	SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
98	23-256504	23/12/2024	\$ 1.423.500	SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO
TOTAL			\$ 437.707.187	

De las multas impuestas con ocasión a las investigaciones administrativas sancionatorias, por parte del Fondo Financiero Distrital se requirió el pago de 51 sanciones (Tabla 19. Sanciones administrativas con requerimiento de pago por parte de Secretaría Distrital de Salud), requerimientos frente a los cuales manifestamos que, al interior de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., se está realizando el análisis correspondiente para determinar la procedencia de realizar el pago solicitado, motivo por el cual se informó que una vez concluido dicho análisis la entidad actuará de conformidad; sin embargo, se clarifica que los pagos de multas y sanciones están supeditados a las apropiaciones que se hicieran con cargo a ese rubro en la medida que la entidad generara ingresos por la prestación de servicios de salud, ya que de acuerdo con la normativa presupuestal ese rubro -multas y sanciones- no genera apropiación desde el inicio de la vigencia.

Así mismo, se indicó al FFDS que debido a la situación presupuestal de la E.S.E., por los inconvenientes presentados con el recaudo y la liquidación de varias EPS en y que, pese a los esfuerzos de las áreas de cartera y facturación para propender por el recaudo de los recursos prestados a las EPS, no se ha logrado la liquidez necesaria para asumir todos los compromisos, por lo que se ha pagado de acuerdo al recaudo de la venta de servicios.

Tabla N°19. Sanciones administrativas con requerimiento de pago por parte de Secretaría Distrital de Salud

PROCESO ADMINISTRATIVOS PARA PAGO CON REQUERIMIENTO DE PAGO

INFORME DE GESTIÓN VIG 2024

Versión:	2
Fecha de aprobación:	12/08/2024
Código:	01-01-FO-0006

ITEM	No. PROCESO	VALOR
1	255-2017	\$ 3.932.251
2	496-2018	\$ 2.760.400
3	4598-2018	\$ 2.208.309
4	5081-2018	\$ 2.760.386
5	10070-2019	\$ 877.803
6	4305-2020	\$ 9.085.260
7	9844-2019	\$ 1.755.606
8	9717-2019	\$ 1.755.606
9	6091-2019	\$ 2.760.400
10	9388-2019	\$ 8.778.003
11	9330-2019	\$ 5.266.818
12	4429-2020	\$ 1.000.000
13	4592-2020	\$ 9.085.260
14	4708-2020	\$ 1.817.052
15	4900-2019	\$ 3.036.440
16	2860-2015	\$ 3.688.585
17	1324-2022	\$ 6.000.000
18	518-2022	\$ 2.000.000
19	579-2021	\$ 2.725.578
20	454-2020	\$ 1.000.000
21	1043-2022	\$ 3.000.000
22	112-2022	\$ 2.000.000
23	4399-2020	\$ 3.635.000
24	3848-2021	\$ 2.000.000
25	535-2021	4.000.000
26	158-2021	2.000.000
27	635-2021	1.000.000
28	1981-2020	5.000.000

INFORME DE GESTIÓN VIG 2024

Versión:	2
Fecha de aprobación:	12/08/2024
Código:	01-01-FO-0006

PROCESO ADMINISTRATIVOS PARA PAGO CON REQUERIMIENTO DE PAGO		
ITEM	No. PROCESO	VALOR
29	748-2021	500.000
30	3273-2021	2.000.000
31	3959-2021	2.000.000
32	3636-2021	2.000.000
33	711-2021	2.000.000
34	707-2021	2.000.000
35	499-2021	3.000.000
36	145-2022	7.000.000
37	605-2021	3.000.000
38	3596-2021	20.000.000
39	1236-2022	7.000.000
40	1132-2022	4.000.000
41	541-2021	2.000.000
42	224-2021	5.451.156
43	153-2021	4.000.000
44	4958-2018	2.725.578
45	660-2021	3.634.104
46	3810-2021	2.000.000
47	428-2021	2.000.000
48	612-2021	4.500.000
49	51-2013	10.000.000
50	112-2018	2.864.554
51	132-2018	1.562.484

Ahora bien, como se mencionó anteriormente, al interior de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., la Oficina Jurídica y la Dirección Financiera están realizando el análisis correspondiente para determinar la procedencia de realizar el pago de las siguientes multas impuestas por concepto de sanciones administrativas (Tabla N°20. Sanciones en estudio de prescripción y ejecutoria), toda vez que muchas de las sanciones

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

impuestas datan de los antiguos hospitales Pablo VI Bosa, del Sur, Bosa, Fontibón y Occidente de Kennedy que hoy conforman la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, y pudo haber operado el fenómeno de la prescripción, aunado a ello se están reconstruyendo los expedientes a efectos de establecer si los actos administrativos fueron debidamente notificados a la antiguos hospitales y así tener la certeza de lo debido.

Tabla N°20. Sanciones en estudio de prescripción y ejecutoria.

No	No EXPEDIENTE	AÑO EXPEDIENTE	VALOR DE LA SANCIÓN
1	201500769	2015	689.454
2	201502490	2015	1.838.667
3	201502860	2015	3.688.585
4	2349	2015	4.596.360
5	24	2017	4.918.113
6	2842	2015	5.515.632
7	48	2016	2.490.000
8	48	2017	6.147.642
9	132	2018	1.562.484
10	1824	2017	1.562.484
11	2416	2015	781.242
12	2821	2015	2.604.140
13	104	2019	4.140.579
14	1067	2017	2.760.387
15	1071	2017	2.760.386
16	1074	2017	1.822.898
17	1350	2018	2.604.140
18	176	2019	2.760.386
19	2035	2017	2.604.040
20	219	2016	781.242
21	2384	2018	1.562.484
22	2507	2018	2.343.726
23	2512	2018	1.562.484
24	2524	2018	3.906.210
25	2538	2018	3.906.210
26	2553	2018	2.343.726
27	2556	2018	1.562.484
28	282	2018	2.343.726
29	3082	2018	1.562.640
30	3166	2018	2.343.726
31	3186	2018	1.656.232
32	3241	2018	2.343.726
33	370	2016	3.124.968
34	4	2018	2.604.140
35	402	2016	2.343.726

INFORME DE GESTIÓN VIG 2024

Versión:	2
Fecha de aprobación:	12/08/2024
Código:	01-01-FO-0006

No	No EXPEDIENTE	AÑO EXPEDIENTE	VALOR DE LA SANCIÓN
36	4594	2018	4.140.450
37	472	2018	2.343.726
38	4880	2017	5.208.280
39	4887	2019	1.518.220
40	4892	2018	1.656.232
41	4897	2019	828.116
42	555	2018	3.906.210
43	5621	2017	3.124.968
44	5622	2017	2.604.140
45	6130	2019	2.484.348
46	636	2018	1.562.484
47	648	2016	2.343.726
48	649	2016	2.760.386
49	699	2017	2.343.726
50	789	2017	2.083.312
51	808	2017	6.510.350
52	8922	2019	2.760.386
53	9086	2019	1.562.484
54	10070	2019	877.803
55	1063	2017	2.343.726
56	1065	2017	3.906.210
57	1069	2017	2.760.387
58	1070	2018	2.484.360
59	1073	2017	1.562.484
60	1082	2017	2.484.348
61	1090	2017	3.124.968
62	1091	2017	5.520.773
63	12	2019	5.520.774
64	1819	2017	1.656.232
65	231	2017	5.208.280
66	257	2017	1.656.232
67	35	2019	2.484.348
68	406	2016	2.760.400
69	4598	2018	2.208.309
70	462	2018	2.760.400
71	4872	2018	2.484.348
72	4884	2018	4.140.600
73	4919	2018	4.140.600
74	496	2018	2.760.400
75	497	2017	5.520.773
76	5081	2018	2.760.386
77	776	2017	5.520.773
78	805	2017	6.624.928

INFORME DE GESTIÓN VIG 2024

Versión:	2
Fecha de aprobación:	12/08/2024
Código:	01-01-FO-0006

No	No EXPEDIENTE	AÑO EXPEDIENTE	VALOR DE LA SANCIÓN
79	9	2019	1.656.232
80	9274	2019	4.140.600
81	9841	2019	2.633.409
82	9862	2019	877.803
83	9869	2019	3.511.212
84	1754/14	2013	429.567
85	18312014	2014	4.596.400
86	201502599	2015	2.298.180
87	201502604	2015	6.894.540
88	1831	2014	3.447.300
89	18312014	2014	3.447.300
90	1927	2015	5.369.583
91	548	2016	2.459.056
92	144	2017	2.208.309
93	255	2017	3.932.251
94	345	2018	1.817.052
95	3683	2021	3.000.000
96	9747	2019	877.803
97	9747	2019	1.755.606
98	9747	2019	877.803
99	112	2018	2.864.554
100	112	2022	2.000.000
101	1324	2022	6.000.000
102	4399	2020	3.634.104
103	6065	2019	4.542.630
104	133	2021	1.817.052
105	38	2021	3.634.104
106	4305	2020	9.085.260
107	4592	2020	9.085.260
108	4657	2020	4.542.630
109	4687	2020	4.542.630
110	4708	2020	1.817.052
111	503	2020	1.817.052
112	577	2021	4.542.630
113	1041	2022	3.000.000
114	334	2022	4.000.000
115	3848	2021	2.000.000
116	3864	2021	1.000.000
117	4429	2020	1.000.000
118	4429	2020	1.000.000
119	454	2020	1.000.000
120	279	2022	1.000.000
121	56	2021	1.817.052

INFORME DE GESTIÓN VIG 2024

Versión:	2
Fecha de aprobación:	12/08/2024
Código:	01-01-FO-0006

No	No EXPEDIENTE	AÑO EXPEDIENTE	VALOR DE LA SANCIÓN
122	400	2016	1.562.484
123	1085	2017	2.208.309
124	1816	2017	2.484.348
125	251	2020	1.817.052
126	320	2020	1.755.606
127	400	2020	3.634.104
128	43	2019	4.140.580
129	4400	2020	1.817.052
130	4548	2020	2.785.578
131	4900	2019	3.036.440
132	6091	2019	2.760.400
133	71	2020	2.725.578
134	9077	2019	6.624.928
135	9330	2019	5.266.818
136	9346	2019	1.755.604
137	9388	2019	8.778.030
138	9707	2019	3.511.212
139	9712	2019	877.803
140	9717	2019	1.755.606
141	9758	2019	2.633.409
142	9802	2019	3.511.212
143	9844	2019	1.755.606
144	1043	2022	3.000.000
145	143	2022	2.000.000
146	285	2021	3.634.104
147	3810	2021	2.000.000
148	3967	2021	4.000.000
149	428	2021	2.000.000
150	4474	2020	1.817.052
151	4696	2020	1.817.052
152	4958	2018	2.725.578
153	4970	2018	2.725.578
154	518	2022	2.000.000
155	579	2021	2.725.578
156	58	2019	1.817.052
157	612	2021	4.542.630
158	660	2021	3.634.104
159	184	2011	4.722.500
160	202	2011	1.889.000
161	1622011	2011	5.667.000
162	240	2012	9.445.000
163	604	2012	1.965.000
164	1268	2013	1.848.000

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

INFORME DE GESTIÓN VIG 2024

Versión:	2
Fecha de aprobación:	12/08/2024
Código:	01-01-FO-0006

No	No EXPEDIENTE	AÑO EXPEDIENTE	VALOR DE LA SANCIÓN
165	55	2012	3.930.000
166	79	2012	9.445.000
167	1748	2015	1.933.050
168	1271	2013	4.295.667
169	1819	2014	644.350
170	201500415	2015	2.298.180
171	17	2018	1.562.484
172	4442010	2010	9.445.000
173	7022011	2011	11.334.000
174	42	2013	12.320.000
175	503	2013	1.965.000
176	12712013	2013	4.295.667
177	1693	2014	1.718.240
178	201501750	2015	3.447.270
179	201502475	2015	4.596.360
180	6052012	2012	2.947.500
181	1581	2013	2.147.833
182	1699	2013	4.255.600
183	786	2014	2.147.833
184	2307	2015	2.298.180
185	626	2015	2.298.200
186	240	2012	4.722.500
187	605	2012	2.947.500
188	761	2012	1.848.000
189	1501	2014	1.933.000
190	4912011	2011	2.266.800
191	2422012	2012	589.500
192	604	2012	1.965.000
193	201500769	2015	689.454
194	777	2010	2.947.500
195	777	2010	3.537.000
196	1099	2013	12.320.000
197	1516	2013	1.848.000
198	1672	2013	3.221.750
199	2653	2015	1.562.484

Cada proceso que se analiza y da el convencimiento de que es pertinente el pago se traslada a la Dirección Financiera a efectos de que se generen las apropiaciones presupuestales pertinentes.

Aunado a ello se han realizado diferentes mesas de trabajo con la Dirección Distrital de Contabilidad y el Fondo Financiero Distrital de Salud donde se realizan compromisos por cada una de las entidades participantes a efectos de depurar los procesos de una mejor

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

manera y tener certeza del valor de las operaciones reciprocas entre la entidad y el fondo financiero distrital.

En dicho sentido, mediante oficio No. SSO-2024-210-019124-1 del 09 de julio de 2024 se solicitó a la Dirección Financiera- Grupo Contabilidad de la Secretaría Distrital de Salud la actualización de las sanciones pendientes por pagar por parte de la Subred Sur Occidente, por concepto de multas y sanciones, toda vez que se evidenciaban inconsistencias en la información reportada en el Sistema de información de investigaciones administrativas en salud. Dicho requerimiento fue reiterado mediante oficio SSO-2024-210-023276-1 del 16 de agosto de 2024.

Pendiente terminar depuración, realizar apropiación presupuestal y pago de las sanciones.

•

Proceso Coactivo Sancionatorio.

Por otro lado, es preciso indicar que de las anteriores sanciones emitidas dentro de las investigaciones administrativas sancionatorias adelantadas por la Secretaría Distrital de Salud, durante la vigencia 2023 se gestionó la defensa jurídica dentro de 16 procesos de cobro coactivo, en las cuales 3 correspondieron a notificación del mandamiento de pago, 6 ordenaron seguir adelante la ejecución del mandamiento de pago, 3 aprobaron la liquidación de crédito, 3 ordenaron el cierre del proceso coactivo y 1 decreto la prescripción de la obligación.

•

Procesos Policivos

Consisten en una actuación llevada a cabo en las inspecciones de policía, con el fin de evaluar y debatir la posible comisión de una contravención. A continuación, se relacionan los tramitados por la Oficina Jurídica:

Expediente 001-2016 - Bosa - PROCESO POLICIVO PABLO VI - BOSA SUBRED SUR OCCIDENTE: Proceso iniciado por el DADEP por medio del cual se pretende la restitución del bien inmueble donde funciona la Junta Local de Bosa y que dicho predio hace parte del predio entregado en comodato al Hospital Pablo VI Bosa hoy Subred Sur Occidente E.S.E. Se realizó mesa de trabajo con el DADEP y se solicitó información del estado del proceso policivo.

Proceso CASO 5407425 - 5402449 - 5402624 TRANSPORTE VERTICAL: es un proceso iniciado en contra de la E.S.E por no cumplir con las normas técnicas para ascensores en el Hospital de Kennedy se asistió a la audiencia inicial y audiencia de fallo, obteniendo fallo favorable a la entidad

IGLESIA CUADRANGULAR. Iniciada por la Subred contra la Iglesia Cristiana por las quejas recibidas por la comunidad a la línea de Vigilancia Comunitaria en Salud Publica. En la vigencia 2023 se asistió a 3 audiencias, las cuales fueron aplazadas por inasistencia presuntamente justificada por parte del representante legal de la iglesia. Fue reprogramada para octubre de 2024, pero la misma no fue llevada a cabo.

EXP No. 2022593490104285E-: Queja presentada por la Subred por perturbación de la posesión o mera tenencia de un bien inmueble ocupándolo ilegalmente, contra la constructora AXA COLPATRIA, quienes tenían máquina y material de construcción en

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

predio en proceso de donación a la Subred. Se asiste a audiencia el día 10 de octubre de 2023, en la cual la inspectora de Policía al encontrar que la constructora ya había retirado todo el material y maquinaria dio por terminado el proceso policivo.

Legalización de Bienes y Predios

La Oficina Jurídica realizó un análisis y estudio de la situación jurídica de cada uno de los predios que se encuentran a cargo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, logrando evidenciar y clasificar cada una de las situaciones que se presentan en los predios.

A continuación, se anexa el resultado del señalado estudio, dentro de la tabla se describe el posible propietario del predio, la dirección real, el nombre del predio y las gestiones realizadas frente a cada uno de ellos; es así como se logra evidenciar la titularidad y clarificar el tipo de tenencia que tiene la Subred, a efectos de determinar la situación jurídica de cada bien, así:

Tabla N°21. Predios en Comodato.

ITEM	NOMBRE DEL PREDIO	DIRECCIÓN REAL	ESTADO
1	HOSPITAL DE BOSA II NIVEL ESE	CL 65D SUR 79C 90	Se aporta Convenio Interadministrativo.
2	LOTE-BOSA VIZCAYA	CL 73 SUR 100A 53	Se devolvió a la Secretaría de Salud en el 2022.
3	UPA OLARTE	CRA 72 A BIS N° 57-13 SUR	Se aporta Convenio Interadministrativo.
4	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD LAURELES/PAPS-UPAS LOS LAURELES	CL 73A SUR 80N 39 MJ	Se aporta Convenio Interadministrativo.
5	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CARBONELL /PAPS-UPA JOSE MARIA CARBONELL	DG 71C BIS B SUR 77G 41	Se aporta Convenio Interadministrativo.
6	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PALESTINA /PAPS-UPA PALESTINA	CALLE 70 SUR N.º 81G -13	Se aporta Convenio Interadministrativo.
7	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD NUEVA DELICIAS /SEDE SERVICIOSA DE ATENCION AMBULATORIA DE CONSULTA EXTERNA	CALLE 44 SUR Y CAÑILLE 44 F SUR CON TRANSVERSALE S 72 B Y 72 C (TV 72 B N.º 44 D- 21 SUR)	Se aporta Convenio Interadministrativo.
8	CAPS BOSA /LOTE-VILLA JAVIER CENTRO ATENCION PRIORITARIA CAPS	KR 86 74 80 SUR	Se aporta Convenio Interadministrativo.
9	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD FONTIBON /UMHES-CAMI II/ HOSPITAL DE FONTIBON II	CARRERA 99 NO21-41	Se aporta Convenio Interadministrativo.

INFORME DE GESTIÓN VIG 2024

Versión:	2
Fecha de aprobación:	12/08/2024
Código:	01-01-FO-0006

ITEM	NOMBRE DEL PREDIO	DIRECCIÓN REAL	ESTADO
10	UNIDA DE SERVICIOS DE SALUD 49 INTERNACIONAL /PAPS-UPA 49	KR 112 23 05	Se aporta Convenio Interadministrativo.
11	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 48 PAPS-UPA 48	CL 18A 122 25	Se aporta Convenio Interadministrativo.
12	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 51 ZONA FRANCA	KR 106 15A 32	Se aporta Convenio Interadministrativo.
13	ATENCION AL MEDIO AMBIENTE UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD FONTIBON /SEDE ADMINISTRATIVA- ANTIGUO CADE/ ATENCION AL MEDIO AMBIENTE HOSPITAL FONTIBON	ANTIGUA ES CARRERA 98CON CALLE 16 H-BIS COSTADO SUR LOCALIDAD 9 DE FONTIBON (Cra. 98 No. 16A-60)	Se aporta Convenio Interadministrativo.
14	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL FLORALIA /UMHES-HOSPITAL UNIDAD DE SALUD MENTAL Y FARMACODEPENDENCIA FLORALIA	CL 37D SUR 68H 50	Se aporta Convenio Interadministrativo.
15	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 91CLASS/PAPS-UPA 91 CLASS	CL 57B SUR 80H 53	Se aporta Convenio Interadministrativo.
16	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 60 VISION DE COLOMBIA /PAPS-UPA VISION DE COLOMBIA	ANTIGUA CARRERA 79 C Y CARRERA 79 A CON CALLE 14 Y CALLE 13 DE LA LOCALIDAD DE KENNEDY/Carrera 79C # 13A-32	El predio debe ser devuelto al DADEP, por lo que se debe dar continuidad al proceso policivo por perturbación a la tenencia.
17	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 68 BRITALIA/PAPS-UPA BRITALIA	KR 81C 48 25 SUR	Se aporta Convenio Interadministrativo.
18	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 72 ARGELIA /PAPS-UPA ARGELIA	CL 39B SUR 72G 62	El predio fue recibido por el DADEP en la vigencia 2023
19	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 105 SANTA CATALINA /PAPS-UPA SANTA CATALINA	Carrera 78 A # 53 A - 47 Sur	Se aporta Convenio Interadministrativo.
20	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 65 DINDALITO /PAPS/UBA DINDALITO	CL 42A SUR 90 00	El predio fue recibido por el DADEP en la vigencia 2023
21	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 92 PATIOS /PAPS-UPA 92 PATIOS	CL 2A 88B 47	Se aporta Convenio Interadministrativo.
22	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 37 PIO XII/PAPS-UPA 37 PIO XII	KR 79D 6 15	Se aporta Convenio Interadministrativo.
23	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 50 MEXICANA /PAPS-UBA LA MEXICANA	CARRERA 89 C BIS CON CALLE 40 SUR COSTADO NOR OCCIDENTAL DE LA LOCALIDAD DE	El predio fue recibido por el DADEP en la vigencia 2023

INFORME DE GESTIÓN VIG 2024

Versión:	2
Fecha de aprobación:	12/08/2024
Código:	01-01-FO-0006

ITEM	NOMBRE DEL PREDIO	DIRECCIÓN REAL	ESTADO
		KENNEDY(Calle 40 Sur # 89C – 12)	
24	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 10 ABASTOS /PAPS-SEDE UPA 10 GERIATRICO VER MODIFICACION 1 DE 29-06/2007	KR 80C 2 40	Se aporta Convenio Interadministrativo.
25	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD KENNEDY 29/CAPS-/UPA 29 KENNEDY	KR 78 35 71 SUR IN 1	Se aporta Convenio Interadministrativo.
26	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 26 ALCALA MUZU /PAPS-UPA 26 ALCALA MUZU	KR 52 37 05 SUR	Se aporta Convenio Interadministrativo.
27	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD UPA SANTA RITA /BODEGA ACTIVOS	CL 37A 39B 53 SUR	Se aporta Convenio Interadministrativo.
28	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 36 ASUNCION BOCHICA /PAPS-UPA ASUNCION BOCHICA	CR 33 1B 27	Se aporta Convenio Interadministrativo.
29	ASDINGGO	CL 9 39 46	El predio fue recibido por el DADEP en 2023
30	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE COMODATO H.FONTIBON	CALLE 23- CALLE22D CARRERA 72 A CARRERA 72 D EQUIPAMENTO COMUNAL PUBLICO N 8 DEL PLAN PARCIAL LA FELICIDAD DE LA LOCALIDAD NOVENA DE FONTIBON	Predio recibido por Secretaria de Salud
31	LOTE TINTAL 3 Y 9 EQUIPAMENTO	KR 87B 10 85	Se aporta Convenio Interadministrativo.
32	UPA LA CABAÑA	CL 57 SUR 89B 19 MJ	Se aporta Convenio Interadministrativo.
33	HOSPITAL EL TINTAL	CL 10 86 58	Se aporta Convenio Interadministrativo.
34	CAMI PABLO VI BOSA	CL 70A SUR 771 26 - CL 57 SUR 89B 19 MJ	Se aporta Convenio Interadministrativo.
35	TERMINAL TERRESTRE	DIAGONAL 23 No69-60 MODULO VERDE LOCAL 416	Se aporta Convenio Interadministrativo.
36	TERMINAL AEREO	TERMINAL AEREO- AEROPUERTO INTERNACIONAL PISO 2 SALIDA 5	Se aporta Convenio Interadministrativo.

Tabla N°22. Predios propios.

	NOMBRE DEL PREDIO	DIRECCION_REAL	RESOLUCIÓN DE INSCRIPCIÓN	Oficio traslado SNR	Estado
1	CAMI I UME BOSTON	KR 104 20C 31	Resolución No. 0433 del 21 de junio de 2024	SSO-2024-210-017362-1	Calificación
2	SEDE ADMINISTRATIVA	KR 104 20C 21	Resolución No. 087 del 08 de febrero de 2024.	SSO-2024-210-017362-1	Calificación
3	SEDE PARQUEADERO FONTIBON	KR 104 20C 37	Resolución No. 0436 del 21 de junio de 2024	SSO-2024-210-017362-1	Calificación
4	CENTRO DE SERVICIOS INTEGRALES	KR 77I BIS SUR 69B 97	Resolución No. 0430 del 21 de junio de 2024.	SSO-2024-210-017362-1	Calificación
5	SEDE ADMINISTRATIVA PABLO VI	KR 77I BIS SUR 69B 76	Resolución No. 0022 del 15 de enero de 2024	SSO-2024-210-017362-1	Calificación
6	UPA LA ESTACIÓN	CL 63 SUR 77G 51	Escritura pública a nombre de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE	SSO-2024-210-017362-1	Calificación
7	LOTE BERNARDINO SAN	KR 87N 74C 28 SUR	Resolución No. 0434 del 21 de junio 2024	SSO-2024-210-017362-1	Calificación
8	LOTE ANDRESITO SAN	CL 9 35 18	Resolución No. 0091 del 13 de febrero de 2024.	SSO-2024-210-017362-1	Calificación
9	OFICINA 601 EDIFICIO CHICO 93	KR 15 93 75 OF 601	Resolución No. 0092 del 13 de febrero de 2024.	SSO-2024-210-017362-1	Se requiere para este predio se registren los oficios de desembargo ante la SNR a efectos de que se pueda avanzar con la calificación.
10	USS 35 CUNDINAMARCA	CL 19A 34 94	Resolución No. 0431 del 21 de junio de 2024	SSO-2024-210-017362-1	Calificación

	NOMBRE DEL PREDIO	DIRECCION_REAL	RESOLUCIÓN DE INSCRIPCIÓN	Oficio traslado SNR	Estado
11	USS 17 TRINIDAD GALAN .	KR 60 4 15	Resolución No. 0437 del 21 de junio de 2024	SSO-2024-210-017362-1	Calificación
12	LA MEXICANA LOTE	CL 34 BIS A SUR 91C 35 IN 1	PREDIO A NOMBRE DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE	SSO-2024-210-017362-1	Calificación
13	OFICINA CHINCHINA 104	Carrera 9 No. 11-11 Of. 104 Edificio Los Cafeteros Municipio de Chinchiná, Caldas	Resolución No. 0435 del 21 de junio de 2024.	SSO-2024-210-017362-1	Calificación
14	Hospital Occidente de Kennedy III Nivel	KR 74 F No. 40B – 54 SUR	Resolución No. 0432 del 21 de junio de 2024	SSO-2024-210-017362-1	Calificación

Tabla N°23. Predios en estudio de títulos.

NOMBRE DEL PREDIO	DIRECCION_REAL	MATRICULA INMOBILIARIA - RUPI - CHIP	PENDIENTES
UPA 50 PUERTA DE TEJA	KR 96A 25G 26	50-1031370	PAGO DE LOS IMPUESTOS PEDIALES, REITERACIÓN A LA SECRETARIA DE HACIENDA SOBRE ÑLA LIQUIDACIÓN DE LOS IMPUESTOS. INICIO PROCESO DE PERTENENCIA.

UBA SAN BERNARDINO	CL 73B SUR 88B 32	2736	NO APLICA
USS 63 ALQUERIA	CL 38D SUR 68C 48	234535	REALIZAR REITERACIÓN DE LA SOLICITUD DE CESIÓN A TITULO GRATUITO DEL PREDIO A LA E.S.E.
USS-71 PATIO BONITO	DG 38 SUR 82 30	50S40343755	REITERAR SOLICITUD DE REUNIÓN A CORABASTOS
CENTRO DIA	KR 97A 19 34	AAA0079SCYX	SOLICITAR AL DADEP el acuerdo de Administración con la Secretaría de Integración Social Vigente Acta de Entrega 28-03 del 29 de mayo de 2003, y realizar ESTUDIO DE TITULOS DEL PREDIO a efectos de definir las acciones a seguir. SOBRE LA BASE DE LA RESPUESTA DEL DADEP OFICIO No. 20242030100841 del 2024-07-22
UPA PORVENIR	KR 87 53C 81 SUR	50S-40413404	SOLICITAR AL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD Y DEL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE BOSA LÑA CESIÓN A TITULO GRATUITO DEL PREDIO. SOBRE LA BASE DE LA RESPUESTA DEL DADEP OFICIO No. 20242030100841 del 2024-07-22
USS 79 CARVAJAL	KR 72N 35B 11 SUR	50S-40377377	SOLICITAR AL DADEP si por parte de dicha entidad se realizó el diagnóstico de la construcción existente; y la revisión de la viabilidad de entregar la construcción existente en el inmueble en Administración a la Sub red de Salud. SOBRE LA BASE DE LA RESPUESTA DEL DADEP OFICIO No. 20242030100841 del 2024-07-22

Predio Visión de Colombia

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

El DADEP entregó al antiguo hospital de Kennedy hoy subred integrada de servicios de salud sur Occidente ESE el predio denominado, Visión de Colombia, dentro de los linderos entregados a la ESE, funciona la Junta de Acción Comunal del barrio Visión de Colombia, la ESE dejó de prestar servicios de salud en la señal da sede y al proceder a la entrega del predio al DADEP la respuesta fue negativa en atención a que no podían recibir el predio de manera parcial, el razón a ello se adelantaron las siguientes gestiones a efectos de poder realizar la entrega total del bien inmueble:

1. Acercamiento con el presidente de la junta de acción comunal, en aras de que presentará proyecto al DADEP este le otorgará en administración el predio donde se encuentran ubicados actualmente.
2. Acercamiento con la alcaldía local de Kennedy en aras de poder establecer canales comunicación con el presidente de la JAC y persuadirlo sobre la entrega del bien inmueble.
3. Se requirieron pruebas a la arquitecta encargada de la supervisión de predios, a efectos de que allegará a la oficina las pruebas conducentes y pertinentes para demostrar la perturbación realizada por la JAC y presentar proceso policivo por perturbación a la tenencia.

Predio Class 91.

El predio denominado Class 91 fue entregado en comodato por parte del DADEP al otrora Hospital de Kennedy, este predio presentó una falla geológica lo que ocasionó fallas en su estructura y la Caída de parte de su edificación, razón por la cual el DADEP no ha recibido el predio a la ESE, en atención a ello se adelantó mesa de trabajo con el DADEP donde se explicó que no le era atribuible un incumplimiento del contrato a la Subred en razón a que los daños obedecen a una falla geológica, como compromiso de la señalada mesa se realizó por parte de la Dirección Administrativa un estudio de suelo del predio y fue allegado al DADEP, estando a la espera de su verificación.

Gestión de Vehículos

Por parte de la Oficina Jurídica se realizó la certificación individual de la propiedad los siguientes vehículos que se encuentran a nombre de los otrora hospitales:

Tabla N°24.

No.	PLACAS DEL VEHÍCULO	MARCA	MODELO	CLASE DE VEHÍCULO	TIPO DE SERVICIO	PROPIETARIO ANTERIOR	NIT PROPIETARIO ANTERIOR
1	OBF540	MERCEDES	2005	CAMIONETA	Oficial	HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY	8001969393
2	OBG016	NISSAN	2005	CAMIONETA	Oficial	HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL - E.S.E.	800219600
3	OBG077	NISSAN	2006	CAMIONETA	Oficial	HOSPITAL BOSA II NIVEL ES.E.	8002097102
4	OBG113	NISSAN	2006	CAMIONETA	Oficial	HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL - E.S.E.	800219600
5	OBH325	NISSAN	2009	CAMIONETA	Oficial	HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL - E.S.E.	800219600

INFORME DE GESTIÓN VIG 2024

Versión: 2
Fecha de aprobación: 12/08/2024
Código: 01-01-FO-0006

No.	PLACAS DEL VEHÍCULO	MARCA	MODELO	CLASE DE VEHÍCULO	TIPO DE SERVICIO	PROPIETARIO ANTERIOR	NIT PROPIETARIO ANTERIOR
6	OCK264	VOLKSWAGEN	2013	CAMIONETA	Oficial	HOSPITAL FONTIBON EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	830077650
7	OCK324	VOLKSWAGEN	2013	CAMIONETA	Oficial	HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	800219600
8	OCK369	VOLKSWAGEN	2013	CAMIONETA	Oficial	HOSPITAL DEL SUR E.S.E.	830077444
9	ODT 138	MAZDA	2015	CAMIONETA	Oficial	HOSPITAL BOSA II NIVEL ES.E.	800209710
10	OJX 921	RENAULT	2015	CAMIONETA	Oficial	HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY	800196939
11	OJX 924	RENAULT	2015	CAMIONETA	Oficial	HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL E.S.E.	800219600
12	OJX 929	RENAULT	2015	CAMIONETA	Oficial	HOSPITAL BOSA II NIVEL ES.E.	800209710
13	OJX 941	RENAULT	2015	CAMIONETA	Oficial	HOSPITAL FONTIBON EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	830077650
14	OJX 944	RENAULT	2015	CAMIONETA	Oficial	HOSPITAL FONTIBON EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	830077650
15	OJX 945	RENAULT	2015	CAMIONETA	Oficial	HOSPITAL FONTIBON EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	830077650
16	OJX 946	RENAULT	2015	CAMIONETA	Oficial	HOSPITAL BOSA II NIVEL ES.E.	800209710
17	OJX 947	RENAULT	2015	CAMIONETA	Oficial	HOSPITAL FONTIBON EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	830077650
18	OBI 058	CHEVROLET	2012	CAMION	Oficial	FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE PUENTE ARANDA	899999061
19	OBI 527	CHEVROLET	2012	CAMION	Oficial	FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE KENNEDY	899999061
20	OHK 246	CHEVROLET	1998	BUSETA	Oficial	FONDO DESARROLLO LOCAL DE FONTIBON	899990619
21	OJX 044	CHEVROLET	2015	CAMION	Oficial	HOSPITAL FONTIBON EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	830077650
22	OJX 883	FOTON	2015	CAMION	Oficial	HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL E.S.E.	800219600
23	OBE 715	CHEVROLET	1999	CAMPERO	Oficial	HOSPITAL DEL SUR I NIVEL E.S.E.	8300774449
24	OBE 534	TOYOTA	1999	CAMPERO	Oficial	HOSPITAL DEL SUR I NIVEL E.S.E.	8300774449
25	OBE 979	TOYOTA	2001	CAMIONETA	Oficial	HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL E.S.E.	800219600
26	OJJ 874	MITSUBISHI	1994	CAMIONETA	Particular	HOSPITAL FONTIBON	830077650
27	OIL 092	MITSUBISHI	1995	CAMPERO	Oficial	HOSPITAL DEL SUR E.S.E.	8300774449
28	OBE 532	TOYOTA	1999	CAMIONETA	Oficial	HOSPITAL FONTIBON ESE	830077650
29	OBC 559	CHEVROLET	1995	CAMIONETA	Oficial	HOSPITAL FONTIBON	830077650
30	OIB 408	TOYOTA	1997	CAMIONETA	Oficial	HOSPITAL TRINIDAD GALAN	8300774449
31	OBG 078	CHEVROLET	2006	MICROBUS	Oficial	HOSPITAL DEL SUR I NIVEL E.S.E.	8300774449
32	OIB 377	TOYOTA	1996	CAMIONETA	Oficial	HOSPITAL DEL SUR E.S.E.	8300774449

No.	PLACAS DEL VEHÍCULO	MARCA	MODELO	CLASE DE VEHÍCULO	TIPO DE SERVICIO	PROPIETARIO ANTERIOR	NIT PROPIETARIO ANTERIOR
33	OBE 414	CHEVROLET	1998	CAMIONETA	Oficial	HOSPITAL PABLO VI BOSA	800219600
34	OBG 032	CHEVROLET	2006	MICROBUS	Oficial	HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL E.S.E.	800219600
35	OBE 232	HYUNDAI	1998	CAMIONETA	Oficial	HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL - E.S.E.	800219600
36	OBE 538	FORD	1999	CAMIONETA	Oficial	HOSPITAL FONTIBON ESE	830077650

A efectos de que las certificaciones se presenten ante la Secretaría Distrital de Movilidad y se realice el trámite pertinente que en este caso sería el traspaso de los antiguos hospitales a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Frente al tema de vehículos queda pendiente por pago los comparendos impuestos a los vehículos OCK324 y OCK369, se presentó ante la oficina de movilidad la petición de eliminación de los otros dos comparendos que recaen sobre el vehículo OCK324, se indagó ante el CRUE y gestión documental de la E.S.E, sobre los antecedentes de los comparendos de los vehículos en aras de poder sustentar el pago de las sanciones por la individualización del causante del comparendo.

Informe de Seguimiento Aplicativo ALMERA

La Oficina Jurídica en cumplimiento a lo estipulado en el Plan de Acción Anual por procesos, evidencia que, a corte de 31 de diciembre de 2024, esta Oficina registró un cumplimiento del 100% sobre el total de las metas establecidas por cada indicador.

Lo anterior de conformidad a la información registrada en el aplicativo ALMERA, como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla N°25. Informe de seguimiento ALMERA.

Código	Nombre	Periodicidad	Tipo de Meta	Umbral de desempeño	Informe	31/12/2024		
						Valor	Meta	Periodo Medido
PAA-15-01	Oportunidad de atención en las acciones judiciales de la Subred Occidente ESE	ANUAL	Periódica	90	PAA	100	90	Ene-Dic (2024)
PAA-15-02	Oportunidad en la atención de los procesos administrativos sancionatorios de la Subred Occidente ESE	SEMESTRAL	Periódica	90	PAA	100	90	Jul-Dic (2024)
PAA-15-03	Oportunidad requerimientos de autoridades o del cliente	SEMESTRAL	Periódica	10 DÍAS	PAA	9	15	Jul-Dic (2024)

Código	Nombre	Periodicidad	Tipo de Meta	Umbral de desempeño	Informe	31/12/2024		
						Valor	Meta	Periodo Medido
	interno Subred Occidente ESE							
PAA-15-04	Cumplimiento de acciones para cierre de Oportunidades de Mejora asignadas al proceso	TRIMESTRAL	Periódica	60	PAA	100	90	Oct-Dic (2024)
PAA-15-05	Seguimiento de autocontrol a la matriz de riesgo del proceso	TRIMESTRAL	Periódica		PAA	100	100	Oct-Dic (2024)
PAA-15-06	Diseño de estrategias de defensa jurídica	SEMESTRAL	Periódica	90	PAA INSTITUCIONAL	100	90	Jul-Dic (2024)
PAAI 15 16	Adherencia de los colaboradores al programa de prevención de daño antijurídico Subred Sur Occidente ESE	SEMESTRAL	Periódica	80	PDI	100	95	Jul-Dic (2024)

RIESGOS OPERACIONALES Y DE CORRUPCIÓN

Una vez modificados los controles que se tenían para los riesgos operacionales y de corrupción se informa que los mismos tienen un control y seguimiento conforme la periodicidad establecida, así las cosas, la oficina jurídica se permite informar que el cargue de la información se encuentra al día con corte al 31/12/2024

MIPG 2024

Respecto Del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG se identificaron los cursos que en materia jurídica se ofertan en la Comunidad Jurídica del Conocimiento, a cargo de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado y posteriormente los integrantes de la Oficina jurídica de la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente ESE participaron en los mismos obteniéndose así el certificado de cada uno de ellos.

Política y Planes de Acción:

Plan Maestro para la Recuperación Del Patrimonio Público: en el marco del Decreto Distrital 556 de 2021 el comité de Conciliación aprobó el Plan Maestro para la vigencia 2024 de Recuperación del Patrimonio Público en sesión ordinaria No. 5 del mes de febrero de 2024, encaminado a fortalecer la gestión judicial y extrajudicial a través de un conjunto de políticas, acciones y estrategias para la recuperación del patrimonio público mediante el

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

ejercicio de acciones judiciales y extrajudiciales que contribuyan a la política de defensa jurídica.

Al respecto, y luego de la aprobación del Plan Maestro, se realizaron seguimientos a las actividades allí contempladas, lo cual se puede verificar en el aplicativo ALMERA.

Política de Prevención del Daño Antijurídico: su desglose fue aprobado en sesión ordinaria No. 19 del mes de junio de 2023, ello teniendo en cuenta que se encontraba en un documento unificado con el Manual de Defensa Jurídica y en el marco de una acción de mejora planteada a un hallazgo elevado en Auditoria realizada por la Procuraduría General de la Nación, se dispuso su desglose.

Plan de Acción para la Política de Prevención de Daño Antijurídico: aprobado en la sesión extraordinaria No. 22 del mes de agosto de 2023; una vez presentados se implementaron en el aplicativo ALMERA y a los mismos se les dio su respectivo seguimiento durante todo el año dependiendo de la frecuencia con que se requiriera (mensual, trimestral, semestral) para así poder tener un cumplimiento de los mismos en cada una de sus actividades.

Manual de Defensa Jurídica: aprobada su actualización en sesión extraordinaria No. 22 del mes de agosto de 2023; actualización encaminada a modificar e incluir la normatividad nueva aplicable en materia de conciliación y en virtud del desglose de la Política de Prevención del Daño Antijurídico.

En virtud de la política y planes de acción, se adelantaron como actuaciones relevantes, las siguientes:

En virtud de la política y su plan de acción, se adelantaron como actuaciones relevantes, las siguientes:

Se analizó semestralmente las condenas ejecutoriadas impuestas a la SISO, para fortalecer las estrategias de defensa judicial, evidenciándose que el mayor número de condenas se emiten en el marco del medio de control de Nulidad y Restablecimiento del Derecho. Por lo anterior, se adelantaron capacitaciones en las que se dieron orientaciones respecto de la supervisión de contratos de prestación de servicios.

Se realizó el estudio de cada uno de los casos presentados al comité de conciliación y se determina la viabilidad de conciliar o no, teniendo en cuenta los antecedentes jurisprudenciales, así como la doctrina, los fallos proferidos y la línea decisonal tomada por la Entidad en casos similares. Para la vigencia 2024 se analizaron 92 casos discriminados de la siguiente manera:

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

CASOS EXTRAJUDICIALES PRESENTADOS DEL 2024			CASOS ESTUDIADOS DE ACCIONES DE REPETICIÓN DEL 2024		
TEMA A CONCILIAR	# DE CASOS	DECISIÓN COMITÉ	ORIGEN DE ESTUDIO CLASE DE PROCESO	# DE CASOS	DECISIÓN COMITÉ
CONTROVERSIAS CONTRACTUAL	1	APROBAR	NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO	4	NO INICIAR
CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL	92	- CONCILIAR - NO CONCILIAR	ORDINARIO LABORAL	1	NO INICIAR
NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO	28	NO CONCILIAR	EJECUTIVO CONTENCIOSO	1	NO INICIAR
REPARACIÓN DIRECTA	22	- NO CONCILIAR - ACEPTAR RECOMENDACIÓN	EJECUTIVO	1	NO INICIAR NO INICIAR
TOTAL	44		ACCIÓN DE TUTELA	1	
			TOTAL	8	

CASOS JUDICIALES PRESENTADOS DEL 2024		
CLASE DE PROCESO	# DE CASOS	DECISIÓN COMITÉ
NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO	40	NO CONCILIAR
TOTAL	40	

Se realizaron socializaciones y/o mesas de trabajo a los colaboradores y funcionarios públicos respecto de las acciones tendientes a evitar la ocurrencia del daño antijurídico.

En las reuniones se abordaron los cambios normativos en el proceso de contratación, destacando el nuevo Estatuto de Contratación y el Manual de Contratación del 2024, así como la importancia de la colaboración y el aprendizaje continuo, las diferentes responsabilidades que pueden surgir para los supervisores, incluyendo la responsabilidad civil, fiscal, penal y disciplinaria, y cambios en la terminología utilizada en la supervisión de contratos.

Se discutió la clasificación de niveles de riesgo en la subred y la normativa relacionada con la cotización de colaboradores con múltiples contratos. Se enfatizó la responsabilidad de los supervisores de verificar mensualmente las cotizaciones de los colaboradores y se abordaron las consecuencias de no informar adecuadamente sobre licencias o incapacidades.

Se midió la adherencia de colaboradores evaluados con respecto a la prevención de daño antijurídico.

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Dando cumplimiento al plan de acción se aplicaron pretest y postest para medir la adherencia de conocimiento en los diferentes colaboradores a los que se les dio la capacitación de la prevención de daño antijurídico.

Comité de Conciliación

En lo que respecta al Comité de Conciliación, para la vigencia 2024 fue aprobado el Plan Anual de Acción del Comité de Conciliación en la sesión ordinaria No. 08 del mes de marzo de 2024; una vez presentado se implementó en el aplicativo ALMERA y al mismo se le ha dado su respectivo seguimiento dependiendo de la frecuencia con que se requiriera (mensual, trimestral, semestral) para así poder tener un cumplimiento de este en cada una de sus actividades.

En la vigencia 2024 se realizaron un total de 30 sesiones, en las cuales se estudiaron y decidieron 106 casos como: estudios de acción de repetición, conciliaciones judiciales y extrajudiciales relacionados en el siguiente cuadro:

Tabla N°26. Relación de casos estudiados por el Comité de Conciliación vigencia 2024.

TIPO DE CONCILIACIÓN	TOTAL, DE CASOS ESTUDIADOS
ESTUDIO DE ACCIÓN DE REPETICIÓN	8
EXTRAJUDICIAL	44
JUDICIAL	40
VARIOS	14
TOTAL GENERAL	106

Por otra parte, de los casos expuestos, se decidieron un total de 92 casos presentados así:

Tabla N°27. Decisiones tomadas por el Comité de Conciliación vigencia 2024.

DECISIÓN COMITÉ DE CONCILIACIÓN	TOTAL DE CASOS ESTUDIADOS
ESTUDIO ACCIÓN DE REPETICIÓN	
APLAZAR DECISIÓN	0
INICIAR ACCIÓN DE REPETICIÓN	0
NO INICIAR ACCIÓN DE REPETICIÓN	8
EXTRAJUDICIAL	
CONCILIAR	12
NO CONCILIAR	32
JUDICIAL	
CONCILIAR	0
NO CONCILIAR	40
TOTAL GENERAL	92

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Las acciones que fueron presentadas y estudiadas en el comité de conciliación corresponden a:

Tabla N°28. Tipología de casos sometidos a Comité de Conciliación.

TIPO DE ACCIONES JUDICIALES	TOTAL
ESTUDIO ACCIÓN DE REPETICIÓN	8
NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO	4
ORDINARIO LABORAL	1
EJECUTIVO CONTENCIOSO	1
EJECUTIVO	1
ACCIÓN DE TUTELA	1
EXTRAJUDICIAL	44
CONTROVERSIA CONTRACTUAL	1
CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL	11
NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO	28
REPARACIÓN DIRECTA	4
JUDICIAL	
NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO	40
Total general	92

Los temas tratados en las proposiciones y varios en el comité de conciliación fueron:

Tabla N°29. Proposiciones y varios

PROPOSICIONES Y VARIOS - OTROS		
DESCRIPCIÓN	# DE CASOS	DESICIÓN COMITÉ
INFORMATIVOS	7	ACEPTA RECOMENDACIÓN Y/O APRUEBA
TEMAS INHERENTES AL COMITÉ	1	ACEPTA RECOMENDACIÓN Y/O APRUEBA
CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL	1	NO CONCILIAR
PAGO SENTENCIA JUDICIAL	5	ACEPTA RECOMENDACIÓN Y/O APRUEBA
TOTAL	14	

Conforme con lo reportado en precedencia, se observa que desde la Oficina Jurídica se adelantan acciones en el marco de los Planes Institucionales, estrategias y misionalidad de la Entidad, que apuntan al cumplimiento de los objetivos específicos de la Gestión Jurídica.

Contestación de derechos de petición:

La Oficina Jurídica recepta derechos de petición, requerimientos y/o solicitudes a través de dos canales, esto es, Aplicativo de correspondencia y Sistema Distrital para la Gestión de Peticiones Ciudadanas-Bogotá Te Escucha; la Oficina, una vez recibe la petición, realiza todos los trámites pertinentes para brindar respuesta de manera oportuna y de fondo conforme los términos establecidos por la Ley.

En la vigencia 2023, es importante mencionar que a partir del día 18/10/2023 dejó de funcionar Orfeo y se puso en marcha el aplicativo AGILSALUD, evidenciándose un total de peticiones allegadas así:

Tabla N°30. Derechos de petición tramitados desde el 01/01/2024 al 31/12/2024.

Aplicativo Agilsalud
6.576

Es importante mencionar que dentro de las peticiones que recibe y tramita la Oficina Jurídica se encuentran los requerimientos de Entes de Control, Órganos de Control Político y judicial; para la vigencia 2024 se atendieron los siguientes:

Tabla N°31.

PROCESOS ATENTIDOS - ENTES DE CONTROL POLÍTICO, ADMINISTRATIVO Y JUDICIAL VIGENCIA 2023 2024				
ACTIVIDAD	SOLICITANTE	TOTAL 2023	TOTAL 2024	TOTAL GENERAL
DP PARTICULARES A TRAVÉS DE ENTES DE CONTROL POLÍTICO, ADMINISTRATIVO Y JUDICIAL	PERSONERÍA	189	130	319
	SDS	7	3	10
	SUPERSALUD	3	2	5
	MINSALUD	2	1	3
	PROCURADURÍA	1	1	2
	DEFENSORÍA	1	-	1
	OTROS	16	14	30
	TOTAL	219	151	370
REQUERIMIENTOS ENTES DE CONTROL POLÍTICO, ADMINISTRATIVO Y JUDICIAL	CONCEJO	101	130	231
	PERSONERÍA	74	121	195
	CONTRALORÍA	55	68	123
	FISCALÍA	46	2	48
	CONGRESO	13	11	24
	SUPERSALUD	11	10	21
	DEFENSORÍA	9	4	13
	SDS	9	36	45
	VEEDURÍA	7	14	21

REQUERIMIENTOS PROCESOS JUDICIALES	SJD	5	5	10
	PROCURADURÍA	3	10	13
	OTROS	8	3	11
	TOTAL	341	414	755
	FISCALÍA	65	2	67
	JUZGADOS	3	-	3
	OTROS	2	-	2
	TOTAL	70	2	72
	TOTAL GENERAL	630	567	1197

3.3 PRINCIPALES LOGROS

La Oficina se trazó como logro generar al interior de la Entidad, línea jurídica respecto de todas sus actuaciones enmarcadas en su misionalidad y objetivos estratégicos, con la finalidad de que todas sus actividades giren armónicamente y con coherencia dentro de la normatividad vigente y aplicable.

Dentro de esos logros encontramos:

1. Se realizó seguimiento al cumplimiento de actividades establecidas en la Política de Prevención de Daño Antijurídico como herramienta preventiva poderosa para evitar litigios judiciales que puedan afectar los intereses de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE.
2. Se fortaleció el ejercicio de defensa jurídica, judicial y extrajudicial de la entidad, con el objeto de identificar las estrategias necesarias tendientes a minimizar el daño ocasionado por las posibles condenas y propender por la recuperación del patrimonio de la Entidad.
3. Se generó una cultura dinámica y proactiva de la prevención del daño antijurídico, mediante acciones concretas que mejoren los procedimientos internos y que redunden en la reducción de demandas a mediano plazo y en la minimización de los costos que implica enfrentar procesos judiciales, protegiendo así el patrimonio de la Entidad.
4. Se realizó recaudo proveniente de la Gestión Coactiva para la vigencia 2024 de **MIL TRESCIENTOS SETENTA Y TRÉS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA MIL DOSCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS (\$1.373.940.267)**.
5. Se gestionó el pago de sentencias judiciales de acuerdo al presupuesto y flujo de caja de la Subred, realizando mesas de concertación con los demandantes con la finalidad de realizar condonaciones y ahorro de intereses.
6. Se logró dar contestación de fondo y oportunamente a los derechos de petición, requerimientos y/o solicitudes allegadas a la Entidad, por la ciudadanía, Entes de Control y Órganos de Control Político; así como, a las acciones constitucionales remitidas por los diferentes Despachos Judiciales.
7. Se adelantaron los procesos disciplinarios en etapa de juzgamiento gestionando la recolección probatoria requerida, emitiendo autos y fallos en primera instancia, dentro de los términos que la norma establece.

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

- Se adelantó la contratación de una empresa de vigilancia judicial para el monitoreo constante de los procesos judiciales, de tal manera que ello sirva a minimizar el riesgo de vencimiento de términos e inasistencia a audiencias judiciales. El contrato es el No. 4885 de 2024, suscrito con la empresa Lupa Jurídica S.A.S.

3.4 PRINCIPALES DIFICULTADES

Dentro de los retos más importantes de la vigencia 2024 están:

- La falta de recursos presupuestados y en la caja para cumplir con el pago ciertas obligaciones a cargo de la Subred como las sentencias judiciales ejecutoriadas y las sanciones administrativas impuestas por entidades con funciones de inspección, vigilancia y control.
- El crecimiento de acciones de tutela interpuestas por los usuarios del sistema de salud, por situaciones propias de las EPS's, tales como la entrega de medicamentos o la expedición de autorizaciones de procedimientos médicos. Aunque estas situaciones atañen a otros actores del sistema de seguridad social, lo cierto es que la Subred, tiene la carga de contestar los requerimientos judiciales de esta naturaleza, debido a la vinculación que hacen los despachos judiciales.
- Durante la vigencia 2024, hubo conceptos diversos respecto de la forma en que debían actualizarse los folios de matrícula inmobiliaria de los predios a nombre de los antiguos hospitales, debido a que algunas de las entidades responsables de la titulación y registro, tenían posiciones divergentes al respecto. Por ejemplo, algunas notarías sostenían que debía realizarse el trámite por escritura pública como una actualización, mientras que otras sostenían que debía realizarse por medio de actos administrativos e incluso mediante procesos judiciales de orden declarativo. Sin embargo, la Oficina Jurídica, después de varias mesas internas para determinar la ruta jurídica más acertada, optó por emitir actos administrativos con base en el art. 5 del Acuerdo 642 de 2016 referente a la subrogación de derechos y obligaciones. En estos mismos actos se solicita el registro correspondiente a la Oficina de Registro de instrumentos Públicos de Bogotá.

4. GESTION DE LA CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO

CONTROL DE LA PRODUCCIÓN DE DOCUMENTOS

Este Subproceso comprende el conjunto de actividades tendientes a normalizar la producción de los documentos en ejercicio de las funciones institucionales, desde el origen, creación y diseño de formatos y documentos, conforme a las funciones de cada proceso.

El alcance va desde la identificación de necesidades relacionadas a la administración y uso del aplicativo Almera, así como las relacionadas con la creación o modificación de la documentación institucional, hasta la respuesta y gestión efectiva de cada una de las

solicitudes que se encuentren en el alcance del Subproceso y su publicación en el aplicativo definido por la institución para la integración de la información ALMERA.

1. Indicadores del Subproceso

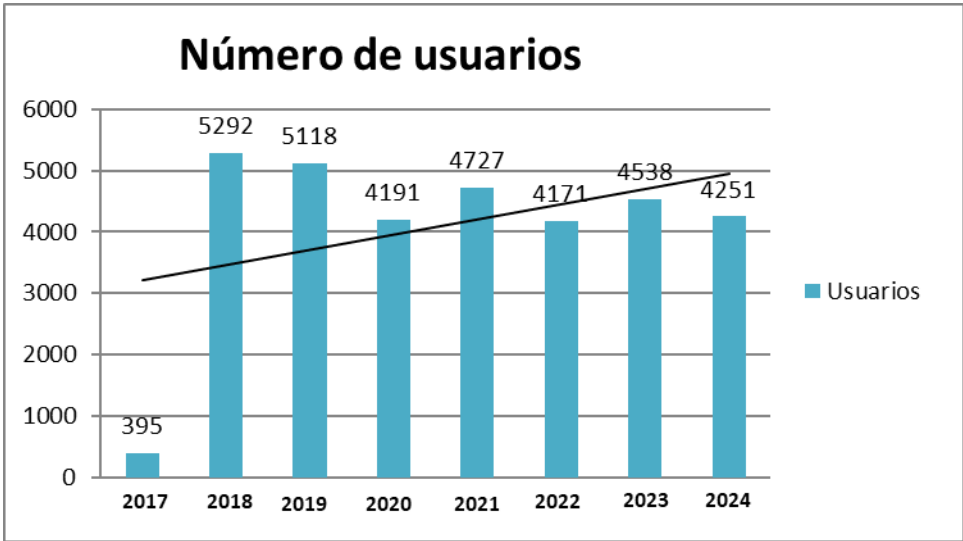
➤ Adherencia al uso de aplicativo ALMERA

NOMBRE DEL INDICADOR	CUMPLIMIENTO 2021	META 2021	CUMPLIMIENTO 2022	META 2022	CUMPLIMIENTO 2023	META 2023	CUMPLIMIENTO 2024	META 2024
Adherencia en el uso del aplicativo Almera Subred Sur Occidente E.S.E	84%	80%	100%	80%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Plataforma Institucional de información Almera

Se realizó capacitación de acuerdo al cronograma a 588 colaboradores con un cumplimiento del 100%

➤ Número de Usuarios del ALMERA



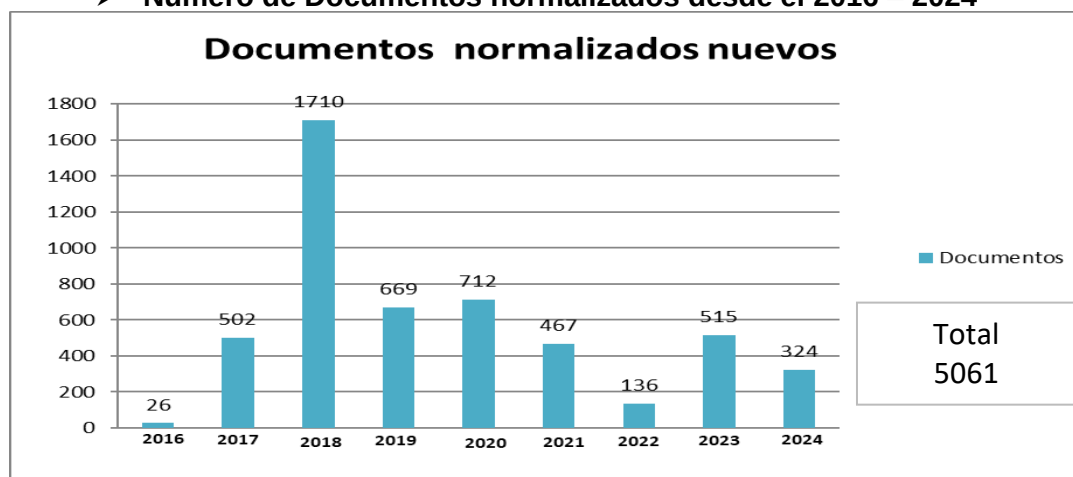
Fuente: Sistema de información Almera

El año 2017 se cerró con **395** usuarios creados en ALMERA, en el año 2018 se crearon **4.897** usuarios para un total con corte a diciembre de 2018 de **5.292**, en 2019 con la depuración de usuarios a 31 de diciembre de 2019 se cerró con **5118**, en el 2020 con el cruce de las bases de datos del personal de planta y contrato se cerró con **4.191**, en el 2021 se cerró con **4.727** se realizó revisión de usuarios de acuerdo a los paz y salvos entregados, en el 2022 con la depuración de las bases de planta y contrato y revisión de paz y salvo se cerró con **4.171** usuarios, en el 2023 con la depuración de las bases de planta y contrato y revisión de paz y salvo se cerró con **4.538** usuarios y con corte 31 de diciembre

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

de 2024 se cierra con **4.251** usuarios. Así mismo en las visitas de las unidades se verifica que los colaboradores cuenten con usuario.

➤ **Número de Documentos normalizados desde el 2016 – 2024**



Fuente: Sistema de información Almera

El año 2016 la producción documental fue de 26 documentos, para el año 2017 de 502, para el año 2018 de 1710, para el año 2019 documentos 669, en el año 2020 de 712, para el año 2021 467, para el año 2022 136 documentos, para el año 2023 515 documentos para un total de 4.737 y con corte 31 de diciembre del 2024 se crearon 324 documentos para un total de 5.061 y en lo corrido de las diferentes vigencias se anularon 605 documentos para un total de documentos vigentes de **4.456**.

➤ **Planes de mejora inscritos en ALMERA.**

Del 2023 se tienen seguimiento un total de 6 planes de mejora inscritos en Almera por las diferentes fuentes y equipos de mejoramiento con un total de 16 oportunidades de mejora.

Emisor	PLANES
Auditoría Interna - Autocontrol	1
Auditoría Interna - PAMEC	1
Contraloría de Bogotá	1
Control Interno	1
Seguridad del paciente	1
Superintendencia Nacional de Salud	1
TOTAL	6

Fuente: Sistema de información Almera

Emisor	PLANES
Auditoría Interna - Autocontrol	9
Auditoría Interna - PAMEC	27
Autoevaluación	15

Control Interno	8
ICONTEC	6
Ministerio de Salud y Protección Social	1
Personería	2
Secretaría Distrital de Salud	2
TOTAL	70

Fuente: Sistema de información Almera

En 2024 se tienen un total de 70 planes de mejora inscritos en Almera por las diferentes fuentes y equipos de mejoramiento con un total de 143 oportunidades de mejora.

➤ **Porcentaje de implementación por Modulo en ALMERA**

A continuación, se presenta una relación del avance de la configuración e implementación de los módulos del aplicativo Almera de la Subred Sur Occidente E.S.E

Avance configuración e implementación aplicativo Almera corte 15 de marzo de 2024.

MODULO	Elemento del aplicativo Almera	Módulo s configurados	Módulo s implementados	% de Implementación por modulo	Observaciones
CALIDAD	1. Documentos	X	X	100%	4.456 documentos vigentes cargados en el sistema a 31 de diciembre de 2024
	2. Mecanismos de integración	X	X		Total 538 (configurado 22 mesas de Equipos de mejora, 31 comités, 21 reuniones de procesos, soportes gestión del riesgo individual 8, soportes 24, socialización guías de práctica clínica 153, 247 soportes protocolos y suficiencia de talento humano 32)
	3. Procesos	X	X		Configurado 18 procesos,49 subproceso y 8 servicios Cargadas al sistema
EVALUACIONES	4. Administrar planes		X	100%	7 planes 2023 ✓ Auditoría Interna - Autocontrol ✓ Auditoría Interna - PAMEC ✓ Contraloría de Bogotá ✓ Control Interno ✓ Seguridad del paciente ✓ Superintendencia Nacional de Salud ✓ Unidad de análisis

MODULO	Elemento del aplicativo Almera	Módulo s configurados	Módulo s implementados	% de Implementación por modulo	Observaciones
					78 planes 2024 ✓ Auditoría Interna - Autocontrol ✓ Auditoría Interna - PAMEC ✓ Autoevaluación ✓ Control Interno ✓ ICONTEC ✓ Ministerio de Salud y Protección Social ✓ Personería ✓ Secretaria Distrital de Salud ✓ Seguridad del paciente
	5. Encuestas	X	X		2.054 encuestas desarrolladas en el aplicativo
	6. Evaluaciones	X	X		1.942 Evaluaciones de Auditoría Interna – PAMEC, Autocontrol y Habilitación
GENERAL	7. Empresas	X	X	100%	Configurada las sedes de la institución, estructura funcional y cargos Usuarios vigentes 4.251
	8. Usuarios	X	X		
INDICADORES	9. Indicadores	X	X	100%	Cargados en el sistema: ✓ Indicadores PAA y PAAI ✓ indicadores planes de mejora ✓ Indicadores sedes ✓ Indicadores de políticas - Indicadores de ejes de acreditación ✓ Indicadores Resolución 256 ✓ Indicadores Resolución 408 ✓ Indicadores Capital Salud
	10. Cuadro de mando	X	X		Cargados en el sistema: ✓ Tablero de mando PAA ✓ Tablero de mando sedes ✓ Tablero de mando de políticas - Tablero de mando de ejes de acreditación ✓ Tablero de mando Resolución 256 ✓ Tablero de mando Resolución 408 ✓ Tablero de mando Capital Salud

MODULO	Elemento del aplicativo Almera	Módulo s configurados	Módulo s implementados	% de Implementación por modulo	Observaciones
PROYECTOS	11. Proyectos	X	X	100%	✓ Plan acción para la vigencia ✓ MIPG ✓ PIPE 2020-2024 ✓ Referenciación ✓ Planes de acción capital salud ✓ Plan de acción salud total ✓ Planes de acción comités
RIESGOS	12. Sistemas de referencia - Mapa de riesgos	X	X	100%	Modulo configurado de acuerdo a mapa de riesgos
	13. Tipos de evento Seguridad del Paciente	X	X		Registrados 74.925 reportes de eventos de seguridad de todas las vigencias a 31 de diciembre 2024
SISTEMAS	14. Sistemas	X	X	100%	✓ Comité de ética e investigación ✓ Protocolos ✓ Centro de investigaciones ✓ Guías de práctica clínica ✓ Plan institucional de capacitación ✓ Módulo de enfermería ✓ Docencia servicio ✓ Sedes Subred Sur Occidente ESE ✓ Guías de uso rápido ✓ Equipos de mejoramiento Acreditación ✓ Informes de entes de control e ICONTEC

Fuente: Subproceso control de la producción de documentos

➤ Producción y Distribución de tipología documental por proceso en ALMERA

De igual forma como resultado de la implementación del plan en el momento se tiene aprobados y disponibles para su consulta en el aplicativo Almera 4.456 documentos.

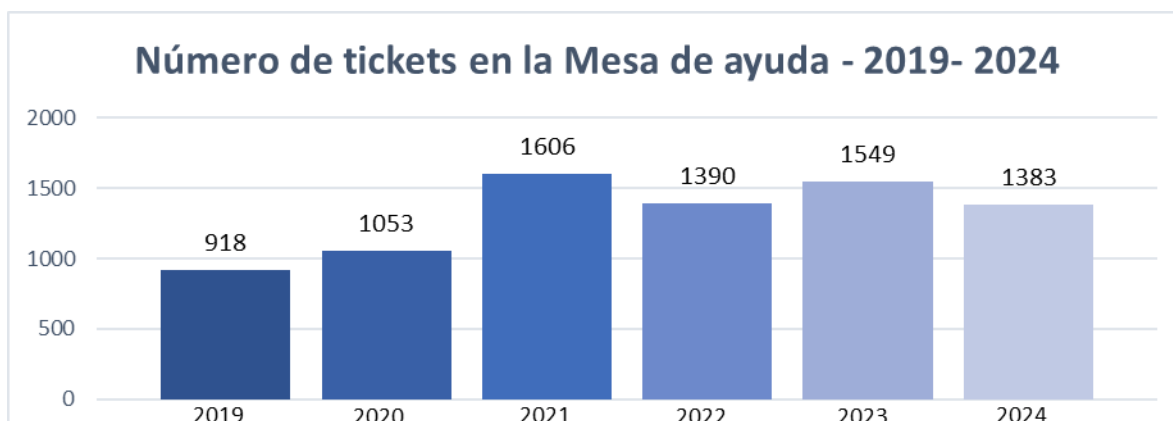
	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

➤ Número de solicitudes en la mesa de ayuda

La implementación del aplicativo Mesa de ayuda con el Tema de ayuda “Calidad: Almera” referente al Subproceso de Control de la producción de documentos se hizo desde el 1 de febrero de 2019.

Con corte 31 de diciembre de 2024 se recibieron 1.383 solicitudes con un tiempo de respuesta de 0.38 días – (9.12 Horas), El resultado está por debajo de la meta propuesta establecida que es de 72 horas

A continuación, se relaciona el número de tickets por año



Número de tickets en la Mesa de ayuda – 2019 – 2024
Fuente: Subproceso Control de la producción de documentos

PIEZAS COMUNICATIVAS COMO APOYO LA GESTIÓN DEL SUBPROCESO

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión: 2	12/08/2024	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	01-01-FO-0006	
		Código:		

INGRESO

1. PÁGINA WEB

2. INTRANET

3. Link: <https://sgi.almeraim.com/sgi/index.php?conid=sgisrso>



Cómo se ingresa al aplicativo

- Busca el ícono de Almera en la página web o en la Intranet y da clic en el botón.
- Ingresa con tu usuario y contraseña. Recuerda que si aún no tienes usuario o no recuerdas la contraseña puedes hacer la solicitud de creación o de restablecimiento de contraseña a través de ticket en la mesa de ayuda. (Calidad: Almera)

Usuario: Iniciales de los dos nombres + Primer apellido completo + Inicial del segundo apellido.
Ejemplo: Nombre: Sharon Elizabeth Caro Merriroy
Usuario: SECAROM
Contraseña inicial: 123456* Esta deberá ser cambiada al ingresar por primera vez.

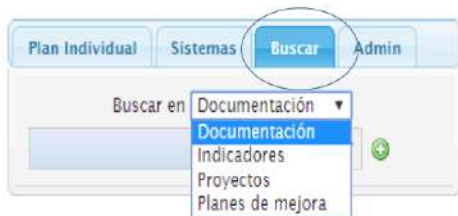
ELEMENTOS DE LA PÁGINA DE INICIO



Plan Individual

Mapa de procesos (2): Esta sección le permite visualizar el mapa de procesos de la empresa, los documentos de consulta general para todos los usuarios y además le permite buscar documentación.

OPCIÓN BUSCAR



En el buscador podemos encontrar:
DOCUMENTOS, INDICADORES, PROYECTOS Y PLANES DE MEJORA

1. Clic en Buscar
2. Seleccione el tipo de elemento que desea buscar (Documento, indicador, proyecto o plan de mejora)
3. Digite el nombre o el código
4. Enter
5. Aparecerán todas las opciones relacionadas y allí seleccionas la que necesitas

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

¿TIENES DUDAS O REQUERIMIENTOS?

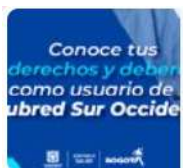
No olvides que estamos en la Mesa de ayuda.

Tema de ayuda: **Calidad: Almera - SIG**



Correo
referentecontroldocumentos@subredsuoccidente.gov.co





Inicio - Subred Sur Occidente E.S.E

Anterior Siguiente Noticias Firmada Convención:
Colectiva con trabajadores oficiales del sistema distrital
www.subredsuoccidente.gov.co

 **¡Tenemos un importante curso para ti!**
 ¿Quieres aprender a usar el aplicativo Almera?

 Realiza el curso en línea ingresando al siguiente link:

<https://www.subredsuoccidente.gov.co/>

 Ten en cuenta que si ya lo realizaste no es necesario volverlo a hacer.



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.



Todos los colaboradores de la Subred
están invitados a participar del

**ENCUENTRO DE
APRENDIZAJE
CONTINUO**

**Perfil de Medicina
de la Dirección de Urgencias**

Jueves, 23 de marzo de 2023
Jornada mañana: 8:00 a.m.
Jornada tarde: 2:00 p.m.

Escanea el
Código QR





SECRETARÍA DE
SALUD

BOGOTÁ



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.



Todos los colaboradores de la Subred
están invitados a participar del

**ENCUENTRO DE
APRENDIZAJE
CONTINUO**

**Perfil de Medicina
de la Dirección de Urgencias**

Jueves, 25 de mayo de 2023
Jornada mañana: 8:00 a.m.
Jornada tarde: 2:00 p.m.

Escanea el
Código QR





SECRETARÍA DE
SALUD

BOGOTÁ



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

MENU PRINCIPAL

INFORMES ACCIONES DE MEJORA

INFORME EMISOR

INFORME MESA

INFORME PROCESO

IMPORTAR OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO

SELECCION TIPO DE REPORTE

OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO POR PROCESO Y NUMERO

EXPORTAR

CONSULTA FUENTE O EMISOR

BORRAR ERRORES IMPORTACION

SELECCION TIPO REPORTE

SEGUIMIENTO OPORTUNIDADES DE MEJORA

EXPORTAR

PARTICIPACION DE LAS ACCIONES DE MEJORA POR FUENTE

EXPORTAR

ESTADO ACCIONES DE MEJORA

EXPORTAR

INFORME POR FECHA ACCIONES DE MEJORA

EXPORTAR

CAMBIO PERIODO

“ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN.”

Página 98 de 483

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	


 Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

MENU PRINCIPAL
INFORMES AUTOEVALUACION

IMPORTAR AUTOEVALUACION

ACTUALIZAR DATOS AUTOEVALUACION

REPORTE ESTANDARES ASISTENCIALES

REPORTE ESTANDARES DE APOYO

REPORTE ESTANDARES DE MEJORAMIENTO

REPORTE GRUPO DE ESTANDARES

GRAFICO TOTAL ESTANDARES

CAMBIO PERIODO


 Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

SEGUIMIENTO COSTOS DE CALIDAD Y NO CALIDAD

MAESTROS

Procesos

Actividades y Recursos

Localidades - Unidades

Cambio de periodo

IMPORTAR DATOS

INFORMES

Comportamiento costos

Total costos por unidad del periodo

Total costos por localidad periodo

Total costos por unidad acumulado

Total costos por localidad

Grafico costos de calidad y no calidad por meses

Costos totales acumulados por proceso y subproceso

[Salir de la aplicación](#)

ii. Conclusiones

Los Sistemas de Información Almera ha permitido la interacción entre los diferentes procesos de la Subred, teniendo entre sus principales objetivos: optimizar, automatizar y facilitar los procesos que realizan diariamente.

Otra con conclusión es el logro de objetivos en la respuesta oportuna de los requerimientos tanto interno como externo, soportando actividades como habilitación, acreditación, buenas prácticas de gases medicinales, buenas prácticas clínicas en el proceso de investigación y demás auditoria externas.

Así mismo el sistema de Información Almera es una herramienta adecuada y eficaz que le ha permitido planificar, controlar y gestionar de manera óptima los objetivos que persigue la institución, y así tomar las decisiones según la situación actual en la que se encuentra la subred.

iii. Recomendaciones

Continuar con la implementación de nuevas estrategias que permitan el conocimiento de Almera y permitan optimizar actividades de los procesos.

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Revisar la aplicación de riesgos AMFE a la parte clínica.

Incluir otros procesos en el informe de costos de la calidad y no calidad.

Revisar las necesidades que se tienen desde hospital universitario e Invima

b. GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA

Alcance del subproceso

El Subproceso de Gestión clínica excelente y segura, busca minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso durante el proceso de atención en salud y generar resultados e impacto en términos de la contribución a la salud y el bienestar de la sociedad.

Con despliegue a todos los actores que hacen parte de la organización en sus diferentes niveles de operación (alta dirección y gerencia, colaboradores asistenciales y administrativos, profesionales y técnicos en formación, prestadores de servicios tercerizado, relacionados con la atención del paciente, familia, comunidad y demás partes interesadas).

i. Actividades del subproceso

Mediante el programa de seguridad del paciente “Cuidado y atención segura” actualizado durante el segundo semestre 2024, se orientan las actividades del Subproceso y se establecen las líneas de acción por medio de las cuales se implementan las diferentes estrategias que conllevan al cumplimiento de los objetivos institucionales en materia de seguridad del paciente.

Durante la vigencia 2024 la Subred Sur Occidente ha venido desarrollando actividades para fortalecer la cultura de seguridad, involucrando y mejorando las competencias de los colaboradores y el despliegue de prácticas seguras mediante cuatro líneas de acción (Cultura de seguridad, Procesos seguros, Aprendizaje organizacional y toma de decisiones). Adicionalmente, el programa incorpora seis líneas de monitoreo y vigilancia (Tecnovigilancia, farmacovigilancia, vigilancia de las infecciones asociadas a la atención en salud, reactivo vigilancia, hemovigilancia y biovigilancia).

Línea de acción Cultura de Seguridad:

Con el fin de fortalecer la cultura de seguridad en los procesos de atención, la Subred cuenta con diferentes estrategias de socialización y despliegue de la política y programa de seguridad del paciente, dentro de las que se encuentran:

- Capacitación virtual

Se cuenta con el curso virtual de seguridad del paciente versión 3 para el año 2024, este se encuentra disponible en la página web de la Subred para facilitar el acceso a todos los colaboradores en la cual se logró una participación de 1.587 colaboradores.

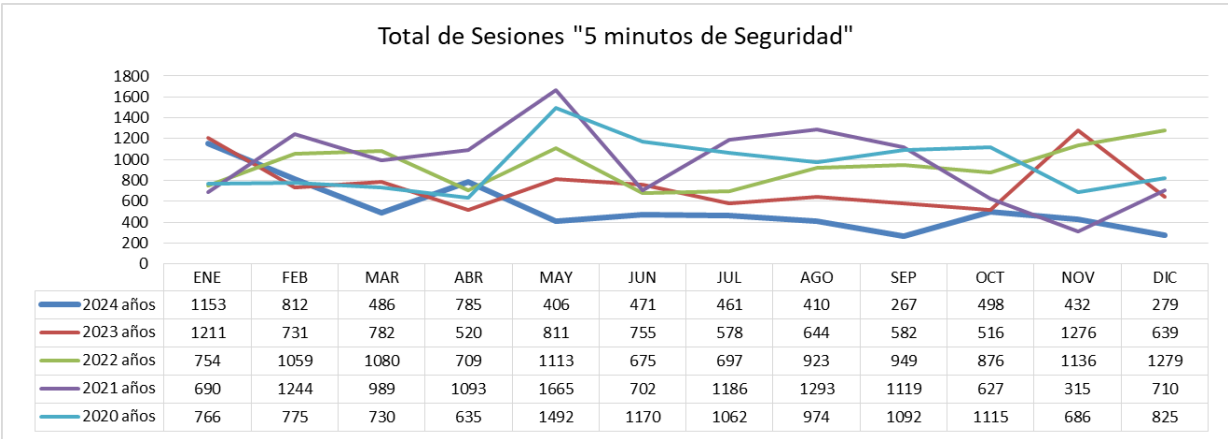
- Entrenamiento específico de seguridad del paciente

Dirigido a los colaboradores que ingresan nuevos a la institución, con esta estrategia se busca capacitar al personal asistencial en temas de seguridad del paciente y se enfocan los temas específicos de acuerdo con el proceso misional en el cual se van a desempeñar. Para el año 2024 se realizó mediante la articulación con el Proceso de Gestión del Talento Humano una vez al mes donde se abordan 547 colaboradores nuevos, corte Diciembre de la vigencia 2024.

Fuente seguimiento entrenamiento específico, talento humano corte febrero 2024.

- “5 minutos de seguridad”

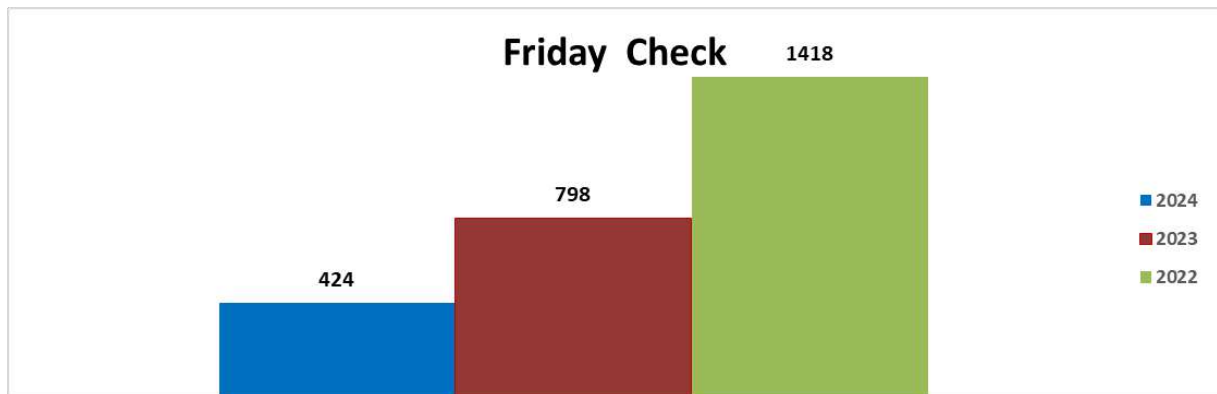
Estrategia que consiste en un acompañamiento individualizado en seguridad del paciente en el área de trabajo, recordando al colaborador asistencial la importancia de implementar prácticas seguras en sus actividades, espacio donde también se resuelven dudas y/o preguntas garantizando la recordación y el mantenimiento del conocimiento. Con la estrategia “5 minutos de seguridad”, en las unidades asistenciales, logrando una cobertura en el año 2020 de 10.497, 2021 de 11.633, 2022 de 11.250, 2023 de 9.045 y 2024 de: 6460 abordajes a los colaboradores. Se concluyó que la alta rotación y la reducción del talento humano en el Subproceso de Gestión Clínica Excelente y segura, afectó en gran medida este resultado.



Fuente: Base de datos de sensibilización Seguridad del Paciente

- Fridays Check

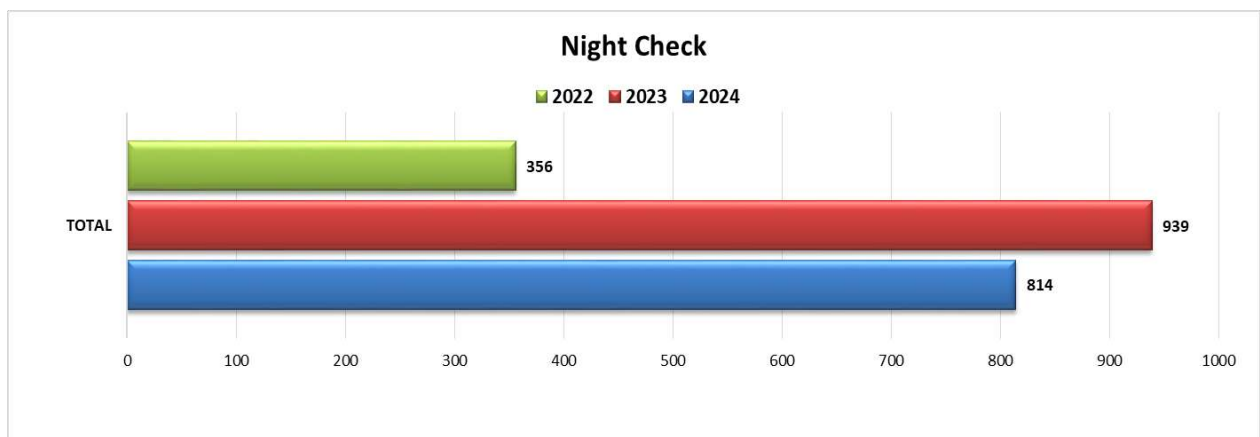
Consiste en un chequeo breve de seguridad de forma semanal (viernes) por el equipo interdisciplinario de seguridad del paciente, con el propósito de generar entornos seguros tanto para usuarios como colaboradores y demás partes interesadas. Se realiza chequeo de datos del servicio y/ o unidad: reporte, eventos adversos, lecciones aprendidas, adherencias a buenas prácticas de seguridad del paciente; se complementan y/o retroalimentan datos cuantitativamente (resultados) y cualitativamente, con énfasis en la presentación de criterios evaluados que no cumplen el estándar institucional, motivando la participación de los asistentes para un aprendizaje conjunto, enfocado a la mejora institucional, logrando una cobertura en el año 2020 de 1872, 2021 de 1314, 2022 de 1418, 2023 de 798 colaboradores abordados, 2024 de 424 colaboradores, disminuyendo la cobertura con relación al año anterior, debido a la alta rotación y la reducción del talento humano en el Subproceso de Gestión Clínica Excelente y segura, afectando en gran medida este resultado.



Fuente: Base de datos de sensibilización Seguridad del Paciente

- Night Check

Con el fin de fortalecer los acompañamientos a los colaboradores de los turnos nocturnos se implementó la estrategia “Night Check” en la cual el equipo de seguridad del paciente realiza acompañamiento durante los turnos nocturnos al personal asistencial fortaleciendo el conocimiento en Seguridad del Paciente y buenas prácticas, obteniendo una cobertura en el en 2022 de 356, 2023 de 939 y 2024 de 814 colaboradores.



Fuente: Base de datos de sensibilización Seguridad del Paciente

- Semana de seguridad

La semana de seguridad del paciente está diseñada para promover la cultura de seguridad a través de la participación activa de los colaboradores y usuarios, se fortalece temáticas relacionadas con Política de seguridad del paciente, programa “cuidado y atención segura”, las primeras causas de eventos adversos: Flebitis, infecciones asociadas a la atención en salud, y lesiones por caídas, mediante estrategias lúdico pedagógicas se refuerza las barreras y estrategias de las guías de buenas prácticas, para la vigencia 2020: 742 colaboradores, el 2021: 400 colaboradores bajo el lema: “Mundial de higiene de manos, el motivo por el cual disminuyó en el 2021, está relacionado con la participación de los equipos inscritos para cada una de las unidades los cuales estaban conformados por 5 colaboradores, el 2022: 1.705 colaboradores bajo el lema: en la Subred Sur Occidente, todos somos seguridad del paciente”, 2023: 2.060 colaboradores, lema “Yo me llamo

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

seguridad del paciente” y 2024: 1069 colaboradores, lema “Desafío Seguridad del Paciente 2024”

Para esta última vigencia, durante el mes de septiembre se desarrolló la Semana de seguridad del paciente y la Subred reafirmo su compromiso con el cumplimiento de la Política y Programa de Seguridad del Paciente “Diagnósticos correctos, pacientes Seguros”.

Durante la semana, se llevó a cabo el "Desafío Seguridad del Paciente 2024", que se tomó las sedes de la subred para reforzar entre los colaboradores la importancia de un diagnóstico preciso para garantizar pacientes seguros, se organizaron cuatro juegos en línea, con el objetivo de verificar la apropiación de conceptos relacionados con la seguridad del paciente.

Las sedes que registraron mayor participación en estos juegos fueron los centros de salud Trinidad Galán, Olarte, Zona Franca, Carbonell, Tintal, Britalia, Patio Bonito, La Estación y los hospitales Bosa Centro y Occidente de Kennedy. El nivel de apropiación promedio fue de 87.5 sobre 100 puntos, con la participación de más de mil colaboradores y personal tercerizado.

La semana incluyó charlas, talleres y dinámicas sobre la apropiación del conocimiento, reforzando la neutralización de riesgos en la asistencia sanitaria y promoviendo prácticas seguras. La Subred Sur Occidente reafirmó así su compromiso con una gestión clínica excelente y segura, invitando a todos a participar en la promoción de la cultura de seguridad del paciente, que incluye el reporte de sucesos de seguridad para un aprendizaje práctico.

La exitosa Semana de la Seguridad del Paciente concluyó con un llamado a continuar trabajando juntos para lograr diagnósticos correctos y pacientes seguros, fortaleciendo así las líneas de trabajo esenciales para una atención médica de calidad.

Línea de acción Procesos Seguros:

Los procesos seguros a nivel institucional se encuentran alineados con las metas internacionales de seguridad del paciente de la OMS. Se avanzó en la adopción de los paquetes instruccionales de las buenas prácticas del Ministerio de Salud y Protección Social que aplican a la institución, tales como: Atención de urgencias en población pediátrica, reducir el riesgo de la atención del paciente crítico, reducir el riesgo de atención de pacientes con enfermedad mental, prevención del cansancio en el personal de la salud, prevención de la malnutrición o desnutrición, prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de sangre, componentes y a la transfusión sanguínea, mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos, reducir el riesgo en la atención al paciente cardiovascular, evaluación de pruebas diagnósticas antes del alta hospitalaria y garantizar la correcta identificación del paciente.

Asimismo, como parte de la mejora continua durante el segundo semestre 2024 se realiza actualización de las listas de chequeo para medición de adherencia a la implementación de buenas prácticas y/o barreras de Seguridad para los servicios urgencias, hospitalización y consulta externa articuladas con las metas internacionales de Seguridad de Paciente, estas listas permiten realizar medición de adherencia de los colaboradores en cuanto a la ejecución de las mismas entorno al paciente, con el objetivo de disminuir la materialización de riesgos durante el ciclo de atención.

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

A continuación, se evidencia adherencia anual por buena práctica:

BUENA PRÁCTICA	2022	2023	2024
Binomio madre e Hijo	89	93	97
Cirugía Segura	89	91	90
Uso seguro de medicamentos	90	90	91
Prevención de Caídas ambulatorio	83	88	90
Prevención de Caídas hospitalario	80	82	82
Identificación Correcta ambulatoria	87	87	86
Identificación correcta hospitalaria	87	85	82
Prevención de UPP	93	79	81
Comunicación efectiva	85	87	87
PROMEDIO	87	87	87

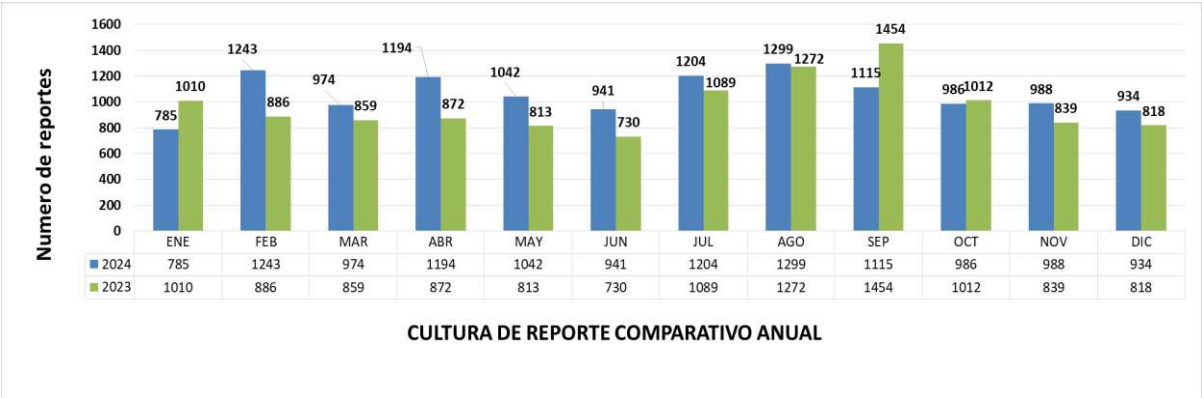
Fuente: Encuestas de buenas prácticas Almera

Línea de acción aprendizaje organizacional:

Reporte y búsqueda activa de sucesos de seguridad

Dentro de esta línea de acción se encuentra el seguimiento y monitoreo de la cultura de reporte y la búsqueda activa de los sucesos de seguridad, el programa cuenta con un aplicativo sistematizado para el reporte de sucesos de seguridad y se promueve en la institución con la campaña para el reporte voluntario “tú también puedes salvar vidas”.

Durante el año 2020 se identificaron 7.706 sucesos de seguridad, 2021 de 12.816, 2022 se identificaron 10.952 sucesos de seguridad, 2023 con 11.654 sucesos de seguridad y para el 2024 se identificaron 12.705 sucesos de seguridad presentando aumento de 1.051 casos, este aumento obedece a las diversas campañas que se realizaron durante el 2024.



Fuente: Aplicativo Sucesos de seguridad Almera

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

El subproceso de Gestión Clínica Excelente y Segura se articula para la monitorización, control y gestión de los sucesos de seguridad con los programas de vigilancia (Infecciones asociadas a la atención en salud, tecnovigilancia, farmacovigilancia, hemovigilancia, reactivovigilancia, hemovigilancia y biovigilancia). Con el fin de garantizar dicha articulación los resultados de cada programa se monitorizan en el comité de seguridad del paciente de forma periódica, al igual que los planes y acciones de mejora derivados de los análisis de sucesos de seguridad.

Durante el año 2024 se continuó con la ronda de seguridad de los programas de vigilancia, articulándolos en la estrategia Friday Check logrando abordar a 424 colaboradores.

La principal causa de incidente en la Subred está asociada a los errores de prescripción, por lo tanto, durante el año 2024 se continuo fortaleciendo por medio de retroalimentación a los colaboradores sobre los tipos de errores, capacitaciones por medio de los encuentros de aprendizaje continuo, divulgación a líderes o referentes y comité de farmacia con el fin de generar acciones de mejora que permitan disminuir la ocurrencia de este tipo de sucesos, así mismo se han implementado diferentes estrategias para controlar la ocurrencia de eventos adversos asociadas a los programas de vigilancia como lo son el módulo virtual de hemovigilancia y reactivovigilancia, la socialización de alertas sanitarias mediante el link de reactivo en la página web institucional, las campañas de manejo seguro de la tecnología como lo son: alerta con las alertas, barandas arriba, basculas en cero, conéctate con tu desfibrilador, guías rápidas, clasificación por riesgos, cronograma de capacitación.

Gestión del evento adverso

La Subred Sur Occidente, en el marco de sus prácticas seguras, incorpora en la vigencia 2023 la Guía para Detectar, Analizar y Gestionar eventos adversos. El objetivo principal es identificar las causas, emprender acciones de mejora y promover el aprendizaje organizacional, todo ello con el fin de establecer entornos seguros durante la atención en salud.

La identificación y notificación de diversos sucesos de seguridad, como riesgos, incidentes, eventos adversos y complicaciones, se lleva a cabo mediante dos mecanismos: búsqueda activa y pasiva a través de la aplicación de seguridad del paciente disponible en Almera, la página web e intranet (Botón de reporte de sucesos de seguridad). Actualmente, también se dispone de un código QR que facilita el acceso para realizar reportes, garantizando la confidencialidad, facilidad e inmediatez, y contribuyendo así a la creación de entornos más seguros.

Las primeras causas de eventos en la subred son: flebitis, lesiones por caídas, infecciones asociadas a la atención en salud y úlceras por presión. Para la disminución de las primeras causas de eventos adversos (Flebitis, lesiones por caída, IAAS, UPP), se implementó ronda de seguridad y aplicación de lista de chequeo "02-02-FO-0145 Evaluación y seguimiento a la implementación de prácticas seguras" con el objetivo de fortalecer la educación al usuario, identificación y gestión de riesgos, implementación de barreras de seguridad y aplicación de normas de bioseguridad.

Lecciones aprendidas

Desde la gestión del evento adverso se despliegan las lecciones aprendidas a través del boletín de la mejora las cuales son socializadas al personal asistencial y administrativo con el objetivo de fortalecer el procesos o procedimientos asistenciales, relacionados con caídas

de pacientes, la medicación o administración de medicamentos, infección asociada a la atención en salud, úlceras por presión y flebitis.

Tableros de indicadores

Para la vigencia 2024 se mantienen actualizados los tableros de indicadores de seguridad del paciente, con el objetivo de dar a conocer a los colaboradores los resultados de la sede y/o servicios relacionados con seguridad del paciente para la implementación de acciones correctivas desde el autocontrol, así mismo se da a conocer las lecciones aprendidas de los eventos adversos específicos de cada área.



Línea de acción Toma de decisiones:

La toma de decisiones se realiza en el comité de seguridad, conformado mediante la Resolución 406 de 2023, se reúne de forma mensual y permite desarrollar e implementar el programa de seguridad, fortaleciendo la gestión del riesgo en busca de procesos de atención seguros a través del seguimiento de un plan de acción anual. El plan de acción del año 2024 consta de 16 acciones alcanzando un 99,9% del cumplimiento. Dentro del Comité de seguridad se realizan seguimiento a los indicadores trazadores del programa y se toman decisiones con base en los resultados.

Mediante el comité se han aprobado estrategias de fortalecimiento de la cultura de seguridad, piezas comunicativas de despliegue de información, adquisición y compra de dispositivos medico quirúrgicos, adquisición de elementos para la disminución de riesgos durante el proceso de atención.

Asegúrate

La estrategia asegúrate permite el despliegue de la información relevante del comité de seguridad del paciente a todas las áreas de la institución; lo que permite armonizar la información manejada por los directores, líderes de sedes, coordinadores y referentes en materia de seguridad del paciente, durante el año 2024 mediante esta estrategia se ha logrado abordar a 42.187 colaboradores.

3.2.3. Indicadores del Subproceso

El subproceso se monitoriza mediante los resultados de impacto del programa, durante el 2024 se realizó el ajuste a las metas de los diferentes indicadores.

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

A continuación, se relacionan los indicadores de monitoreo del programa, el resultado y el cumplimiento por año.

METAS	INDICADOR	2022	2023	2024
Monitorear el desarrollo de las capacitaciones al 95% de los colaboradores asistenciales en la vigencia 2022, en la Política y Programa de Seguridad del paciente, el cual incluye Buenas Prácticas para la seguridad del paciente priorizadas.	% de capacitación en el programa de seguridad del paciente, el cual contiene las buenas prácticas implementadas.	95%	95%	85%
	% de apropiación de conocimiento en el programa de seguridad del paciente.	99%	98%	95%
Vigilar la implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente y aumentar al 85% la adherencia.	% de Adherencia a las Buenas Prácticas Implementadas.	85%	87%	80%
Monitorear la efectividad de las estrategias formuladas para incentivar el reporte de sucesos de seguridad: aumentando el 2% de la cultura del reporte y en dos (2) puntos porcentuales la percepción de clima de seguridad del cliente interno al 83%.	Total de reportes de sucesos de seguridad	10.952	11.654	12705
	% de Percepción de la Cultura de Seguridad.	81%	81%	80%
Monitorear el porcentaje de ocurrencia del evento adverso por debajo del 7% y aumentar la gestión y el cumplimiento del plan de mejoramiento derivado de eventos adversos al 90%	Porcentaje de ocurrencia de eventos adversos	4,4%	4%	4.5%
	% de cumplimiento de planes de mejora derivados de eventos adversos. (Gestión del evento adverso)	100%	100%	100%
	% de cumplimiento de gestión del evento adverso	95%	95%	95%

Fuente: Programa de seguridad del paciente

Percepción de clima de seguridad del paciente:

La Subred tiene establecida la medición de la cultura de seguridad en el Programa de Seguridad del Paciente, el seguimiento a la aplicación, resultados obtenidos, formulación e implementación del plan de mejoramiento se realiza a través del plan de acción del comité de seguridad.

Se utilizó como herramienta de medición la encuesta 'Hospital Survey on Patient Safety Cultura' (HSOPSC) de la Agency Of Healthcare Research and Quality (AHRQ) versión en español, la cual evalúa doce dimensiones, se realiza de forma anual y tiene el objetivo de medir el grado de percepción de los elementos clave de la seguridad del paciente durante la atención en salud y establecer líneas de trabajo futuras para promocionar la seguridad del paciente.

Este instrumento de medición evalúa siete (7) componentes: Componente directivo, equipo de trabajo, cultura flexible, cultura de información, cultura justa, cultura del reporte y percepción de cultura de seguridad en el área de trabajo. En el 2022:81 y 2023 se obtuvo un resultado del 81% y 2024: 80%

c. SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Con el fin de avanzar en la implementación del Sistema Único de Acreditación, la Subred Integrada de Servicios de salud Sur Occidente E.S.E continúa trabajando por este objetivo, apoyada por el equipo de calidad, que lidera las actividades orientadas al mejoramiento de los procesos a través del desarrollo e implementación de herramientas, estrategias y seguimiento de las acciones establecidas a nivel institucional para alcanzar la mejora continua.

En el marco de este proceso institucional, se definió y estructuró el modelo de mejoramiento institucional enmarcado en el Ciclo PHVA: P (Planear), H (Hacer), V (Verificar) y A (Actuar). Para ello se documentó desde marzo del 2017 el Manual de Mejora Institucional (02-03-MA-0001) el cual se encuentra actualmente en la versión 17, y el procedimiento de mejora continua (02-03-PR-0004), en estos documentos se definen las pautas de operación e implementación de la mejora en la gestión de los procesos y la Prestación de los Servicios de Salud, y han sido sujetos de constantes revisiones y ajustes, incluyendo cierre de ciclo por medio de cumplimiento de la meta, el aprendizaje organizacional y fortalecimiento en la trazabilidad del cumplimiento de los indicadores de gestión definidos.

Para dar cumplimiento a los objetivos del Subproceso, se desarrollaron cuatro (4) actividades fortaleciendo las acciones de mantenimiento de la acreditación obtenida por la Subred, desarrollando acciones y estrategias que le aportan al logro de la cultura institucional, el conocimiento y apropiación de las acciones implementadas del Sistema Único de Acreditación en las unidades acreditadas y las nuevas a postular.

Para lo cual se cuenta con los siguientes indicadores:

Unidades acreditadas que mantienen el certificado de acreditación Subred Sur Occidente E.S.E

Para la vigencia 2024, la Subred logró mantener la acreditación de las 15 sedes, y se presentaron dos Unidades para otorgamiento de acreditación Villa Javier y Tintal, del cual está pendiente el informe por el Icontec.

Cumplimiento del plan de estratégico de acreditación de la Subred Sur Occidente

Par el 2024, El plan estratégico de SUA está compuesto de 37 actividades, obteniendo un cumplimiento de **99.75%**

Nombre del indicador	2021	2022	2023	2024	Meta institucional
Porcentaje de cumplimiento al plan estratégico de Acreditación	96%	97.6%	100%	99.75%	90%

Fuente: Plataforma Institucional de información Almera

- **Porcentaje de cumplimiento de los planes de mejoramiento.**

Nombre del indicador	2021	2022	2023	2024	Meta Institucional

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Porcentaje de Monitoreo de los planes de mejora registrados en ALMERA Subred Sur Occidente ESE	92.4%	93%	100%	100%	90%

Fuente: Plataforma Institucional de información Armera

Par el 2024, se dio cumplimiento a 59 acciones de mejora propuestas en los planes de mejoramiento del proceso, obteniendo un cumplimiento de 100%.

La Subred Sur Occidente en los últimos años ha tenido un trabajo sostenido de mejoramiento que se convierte en un reto constante para cada uno de los miembros de la institución, para lo cual cuenta con procesos, estrategias y recurso humano que apoyan durante la etapa de preparación para la evaluación incluyendo el establecimiento y funcionamiento de equipos de trabajo enfocados en los ciclos de mejoramiento definidos para tal fin.

Autoevaluación:

La autoevaluación es la herramienta definida por la Subred para evaluar la implementación de los estándares del cliente asistencial y de apoyo del Manual de los Estándares de Acreditación con los equipos de mejoramiento.

Estructura de los equipos de mejoramiento

Con el fin de favorecer el mantenimiento del mejoramiento continuo y la permeabilización de la mejora en los diferentes procesos y unidades, la Subred desde marzo de 2017 inició la implementación de los equipos de mejoramiento continuo en sus tres (3) niveles, posibilitando la destinación de los recursos tanto técnicos como humanos para su desarrollo y facilitando a su vez la interacción de la alta dirección con las personas de las unidades de servicios de salud. En el 2022 se expidió la resolución 607 del 7 de septiembre para conformar los equipos de autoevaluación de la Subred Sur Occidente, la cual está vigente, quedando la siguiente estructura:

Equipos primarios de mejoramiento (EPM): se incluyen 4 equipos primarios los relacionados con los servicios de farmacia, UCI, cirugía y salud mental, hospitalización, Consulta Externa, Urgencias, Rehabilitación, Laboratorio clínico, Imagenología, Salud Oral, PYD, Sedes Integradas en Red, para un total de **13** Equipos primarios de mejoramiento EPM, para un total de **228** participantes.

Estos equipos son los encargados de operativizar la mejora de los estándares del Cliente Asistencial, se reúnen con periodicidad mensual para el avance de la gestión dejando constancia de reuniones en actas en el sistema Almera.

Como avance del equipo, se formaliza el Manual de la Mejora, incluyendo la estructura de los equipos primarios de sedes y en Almera el plan de trabajo de cada una de las sedes.

Equipos de autoevaluación y mejora: Encargados de autoevaluar los estándares e impartir directrices para la implementación de los estándares a los equipos primarios de mejora. Conformados por el Equipo de Autoevaluación del Cliente Asistencial (Hospitalario y

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Ambulatorio), así como los equipos de Apoyo integrados por Direccionamiento, Gerencia, Gerencia de la Información, Gerencia del Ambiente Físico, Gerencia del Talento Humano, Gerencia de la Información y Gestión de la Tecnología para un total de **172** participantes.

Equipo de Mejoramiento Sistémico Institucional: El cual integra de forma sistémica las diferentes áreas y procesos de la institución, propendiendo por que el mejoramiento se transforme en cultura de calidad en la organización. Liderado por la Jefatura de la Oficina de Calidad e integrado por la Gerencia, Subgerencia de Prestación de Servicios de Salud, la Subgerencia Corporativa, los jefes de las oficinas de Desarrollo Institucional, Gestión del Conocimiento, Sistema de Información TICS, Comunicaciones, Participación comunitaria y servicio al ciudadano, las direcciones de Talento Humano, Administrativa, Hospitalaria y ambulatoria para un total de **15** participantes.

Para el 2024, se realiza autoevaluación vigencia 2023, entre febrero y marzo de acuerdo con el cronograma establecido, capacitando a los diferentes equipos de autoevaluación en las funciones y metodología de calificación de los estándares de manera cuantitativa con la hoja radar y cualitativa con la identificación de las fortalezas y oportunidades; así como la priorización de las oportunidades de mejoramiento, consolidando la información en Almera.

Obteniendo como resultado de la autoevaluación cuantitativa 2023: 3.7, para los estándares de apoyo 3.7; asistenciales 3.6 y de mejoramiento 3.8.

TOTAL ESTÁNDARES CALIFICACIONES 2023				
TOTAL ESTÁNDARES PROCESO CLIENTE ASISTENCIALES				
ESTÁNDAR	ENFOQUE	IMPLEMENTACIÓN	RESULTADO	CALIFICACIÓN
Creación de los usuarios	4.0	3.8	3.8	3.8
Sugestión del paciente	4.0	3.9	3.7	3.8
Acceso	4.0	3.9	3.8	3.9
Registro e ingreso	4.0	3.8	3.8	3.8
Evaluación de necesidades al ingreso	4.0	3.5	3.7	3.5
Planificación en la atención	4.0	3.8	3.7	3.8
Ejecución y tratamiento	3.8	3.6	3.7	3.5
Evaluación de la atención	4.0	3.9	3.6	3.8
Salida y seguimiento	4.0	3.5	3.8	3.8
Referencia y Contrareferencia	3.9	3.4	3.6	3.6
Unidad integrada en Red	4.0	3.8	3.9	3.8
Promedio	4.0	3.7	3.9	3.6
TOTAL ESTÁNDARES DE APOYO				
ESTÁNDAR	ENFOQUE	IMPLEMENTACIÓN	RESULTADO	CALIFICACIÓN
Direccionamiento	4.0	3.8	3.8	3.9
Gerencia	4.0	3.9	3.7	3.9
Gerencia del talento humano	4.0	4.0	3.7	3.9
Gerencia del ambiente físico	4.0	3.7	3.8	3.8
Gestión de la tecnología	4.0	3.9	3.5	3.7
Gerencia de la información	4.0	3.6	3.2	3.5
Promedio	4.0	3.8	3.5	3.7
TOTAL ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO				
ESTÁNDAR	ENFOQUE	IMPLEMENTACIÓN	RESULTADO	CALIFICACIÓN
Mejoramiento de la calidad	3.9	3.9	3.6	3.8
Promedio	3.9	3.9	3.6	3.8
RESUMEN GENERAL				
TOTAL ESTÁNDARES ASISTENCIALES				3.6
TOTAL ESTÁNDARES APOYO				3.7
TOTAL ESTÁNDARES MEJORAMIENTO				3.8
TOTAL CALIFICACIÓN				3.7

Tabla 32 de Autoevaluación 2023. Fuente Almera.

De la metodología aplicada en la priorización de oportunidades se obtuvieron 49 distribuidos así en los siguientes estándares.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Estándar	OM Priorizadas
Direccionamiento	9
Gerencia	3
Talento Humano	2
Gerencia de la Información	5
Ambiente Físico	6
Tecnología	3
PACAS	17
Mejoramiento de la Calidad	4
Total	49

Esta autoevaluación es realizada de forma anual como Subred y se monitorea a partir del cumplimiento del indicador de mejoramiento continuo de la calidad. Se socializan los resultados de la autoevaluación de la vigencia 2023 en el Comité de Gestión y Desempeño. Se realiza reunión con los equipos de autoevaluación para formular las oportunidades de mejora de autoevaluación y ser cargadas en Almera para su seguimiento.

Plan estratégico de acreditación

Las actividades del plan estratégico de acreditación se ejecutaron mediante estrategias de reuniones presenciales en las unidades Ambulatorias, Hospitalarias y de Urgencias durante diferentes turnos, con el fin de lograr la participación de los colaboradores, tanto de las unidades acreditadas como de las no acreditadas.

Se desarrollaron cuatro (4) actividades para fortalecer las acciones de mantenimiento de la acreditación obtenida por la Subred, desarrollando acciones y estrategias que le aportan al logro de la cultura institucional, para fortalecer el conocimiento y apropiación de las acciones implementadas del Sistema Único de Acreditación en las unidades acreditadas y las nuevas a postular.

1. Tren de la acreditación
2. Toma de Sedes.
3. Simulacros de acreditación.
4. II Foro de Referenciación Comparativa.

- **Tren de la Acreditación**

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	



Esta actividad fue programada desde agosto hasta noviembre de 2024, dando un cumplimiento del 100% de acuerdo a la programación con los directores y líderes de sedes.

Se aplicó la metodología del tren de acreditación Guía de la Ruta de Mejoramiento, la cual se encuentra publicada en la Intranet para consulta de los colaboradores, el cual fue socializado previamente por los diferentes canales de comunicación de la Institución.

Se logró una participación de **690** colaboradores de las sedes de la subred sur Occidente. Se realizó entrega de premios a los primeros tres puestos del juego Quizizz (cobija, botillitos de agua, chocolates, maíz pira y agendas).

Las sedes acreditadas que quedaron dentro de los **5** primeros puestos fueron:
Acreditadas

1. Puesto: Centro de Salud José María Carbonell
2. Puesto: Centro de Salud Zona Franca
3. Puesto: Centro de Salud El Porvenir
4. Puesto: Centro de Salud La Estación
5. Puesto: Centro de Salud Puerta de Teja

En la categoría de sedes **No Acreditadas** quedaron dentro de los **5** primeros puestos las siguientes:

1. Puesto: Hospital de Bosa
2. Puesto: Centro de Salud Mexicana
3. Puesto: Centro de Salud Patios
4. Puesto: Hospital Kennedy
5. Puesto: Centro de Salud Trinidad Galán

- **Toma de Sedes.**

Esta actividad fue realizada para postular el otorgamiento y seguimiento de acreditación por el ente acreditador Icontec. Se realizó desde el 25 de abril al 30 de mayo de 2024.

Según programación previamente con directores de Ambulatorio y Hospitalario, posteriormente se envía al área de Comunicaciones, para publicación en las diferentes redes de comunicación de la Institución. Durante la actividad se realizó paciente trazador, encuesta a usuarios y trabajadores con los siguientes resultados.

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Logrando una participación de **531** asistentes de **14** sedes. Un cumplimiento de la auditoria de paciente trazador del **83%**, en la encuesta a usuarios del **86%** y encuesta a colaboradores de los ejes de acreditación de **91%** y cumplimiento del **100%** de acuerdo con lo programado.

- **Simulacros de Acreditación**

Para el **2024**, se realizó simulacro de acreditación preparación y visita de Otorgamiento de acreditación con los equipos de mejoramiento, líderes de sedes, comités, Junta directiva y directivos. Presentando detalladamente la metodología, agenda de la visita y preparativos para abordar las posibles preguntas que podrían surgir durante las entrevistas con el evaluador del Icontec. Elaborando presentaciones con los equipos para el ente evaluador, con la metodología de acreditación con los avances institucionales, en cuanto a oportunidades de mejora, trazabilidad de los indicadores y logros alcanzados. Quedando como soporte de entrega en la visita de seguimiento y de Otorgamiento.

Preparación y visita de Otorgamiento de acreditación

Teniendo en cuenta que para la visita de seguimiento se contempló la inclusión de dos nuevos Centro de Salud Villa Javier y Tintal, y previo a la presentación de acreditación, se debe obtener el certificado de cumplimiento de los estándares de habilitación, se solicitó al Icontec el aplazamiento de la visita que estaba para el mes de agosto, debido a que faltaban algunos elementos en ambos centros de salud para cumplir con el Sistema Único de Habilitación.

Para el 2024, se obtiene certificación de habilitación de Villa Javier el 15 febrero y Tintal el 21 de febrero, cumpliendo con el requerimiento para presentar a otorgamiento de acreditación.

Se envía solicitud al Icontec para programación de visita, obteniendo fecha de 20 y 21 de marzo. Para lo cual, se efectúa preparación a los colaboradores de las Unidades para el otorgamiento por el equipo de acreditación y ejes, los días 1, 8 y 13 de marzo obteniendo participación de **57** colaboradores en Tintal y **62** en Villa Javier. Se realiza evaluación a colaboradores con apropiación para Villa Javier obteniendo 95% y Tintal de 92.7%.

Se recibe visita del ICONTEC para otorgamiento de acreditación el 20 de marzo en la USS Villa Javier, con la participación **57** colaboradores en la reunión de apertura de acuerdo con la agenda programada por la evaluadora del Icontec, la Gerente presenta los avances, indicadores financieros, asistenciales e inversiones realizadas en las Unidades, posteriormente recorrido por cada una de las instalaciones, entrevistas a los equipos transversales, de apoyo y asistenciales, aplicación de trazadores, encuestas a colaboradores y usuarios; continuando y finalizando el 21 de marzo en la USS Tintal con una participación de **35** colaboradores en la reunión de cierre.

En lo concerniente al mes de marzo, el ICONTEC extendió por tres meses la fecha de la visita de primer seguimiento para las unidades acreditadas hasta el 23 de junio. El objetivo era llevar a cabo dicha visita durante la vigencia del convenio, recibiendo notificación de la visita el 31 de mayo de 2024.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, recibe la notificación por parte del Icontec el 31 de mayo de 2024, comunicando la fecha para la evaluación de seguimiento de

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

acreditación de las 15 sedes acreditadas, durante los días 19 al 21 de junio del presente año.

Para lo cual, se realiza actualización de la información de indicadores del Icontec con corte a I trimestre de 2024, suficiencia de talento humano por cada sede.

Preparación y visita de seguimiento de acreditación

Para la gestión de la logística de la visita del Icontec, se realizó actividad de Toma de Sede entre abril y mayo 31 de 2024, en las **15** Unidades, se presentó detalladamente la metodología, y se realizaron preparativos para abordar las posibles preguntas que podrían surgir durante las entrevistas con el evaluador del Icontec. Obteniendo una participación de **531** colaboradores y una apropiación en los colaboradores encuestados del **89%**.

Se recibe notificación del Icontec el 7 de junio, de la agenda de la evaluación de seguimiento de acreditación e informando la logística de la visita.

La Subred Sur Occidente recibe vista del Icontec para la evaluación de seguimiento de acreditación de las 15 sedes acreditadas, durante los días 19 al 21 de junio del presente año, realizando reunión de apertura en el Hospital Pediátrico Tintal con la participación de **122** colaboradores.

Se realiza presentación de los tres (3) evaluadores y de la Gerente con los avances en acreditación, indicadores asistenciales e inversiones realizadas en las Unidades, posteriormente recorrido por cada una de las instalaciones, entrevistas a los equipos de mejoramiento, de apoyo y asistenciales, seguido de la visita a las Unidades de Fontibón, Pablo VI y Zona Franca aplicación de trazadores, encuestas a colaboradores y usuarios y finalizando el 21 de junio con una participación en la reunión de cierre de **60** colaboradores.

Socialización a los colaboradores de la Subred sobre los hallazgos principales, las fortalezas, las oportunidades de mejora y las conclusiones de la visita del ente acreditador producto de las visitas de evaluación.

Visita otorgamiento de acreditación

El día 21 de marzo de 2024, en la reunión de cierre la evaluadora del Icontec socializa a **35** colaboradores que participaron en la visita de Otorgamiento de acreditación de los Centros de Salud Villa Javier y Tintal sobre los hallazgos principales, las fortalezas, las oportunidades de mejora y las conclusiones de la visita del ente acreditador producto de la visita de evaluación.

Dando a conocer las siguientes Fortalezas:

1. La inversión realizada en el ambiente físico de las sedes Centro de Salud Villa Javier y Centro de Salud Tintal que garantiza la seguridad y la humanización en la ruta de atención en salud.
2. La inversión y la articulación de las tecnologías biomédicas, TICS e industriales que permite planear y gestionar de forma racional el ciclo de la tecnología, apoyar la atención del paciente de manera oportuna y segura, finalmente garantizar su provisión.

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

3. La satisfacción de los usuarios frente a la comodidad de seguridad de las instalaciones, así como la calidez del personal frente a la atención en salud.
4. La implementación, gestión y resultados de las RIAS en articulación con los programas de Promoción y Prevención que ha permitido garantizar el bienestar tanto físico como mental de las personas, familias y comunidades a través de la integralidad de la atención.
5. La responsabilidad social con sus tres componentes, valor social, desarrollo sostenible y valor ambiental que ha permitido impactar a la comunidad, al medio ambiente y a la sostenibilidad institucional.

Oportunidades de Mejora:

1. Estructurar y formalizar el equipo primario de sedes integradas en red de las sedes Centro de Salud Villa Javier y Centro de Salud Tintal que les permita analizar la especificidad de cada sede y garantizar la participación del personal operativo en la mejora continua.
2. Fortalecer las estrategias ya implementadas de atención segura en las consultas de los pacientes de manera que garanticen la aplicación de buenas prácticas en todo el proceso de atención en salud.
3. Fortalecer la identificación e inclusión de riesgos propios de cada sede en las matrices que les permita el análisis particular del contexto en el que se encuentra e intervenir de acuerdo con los resultados.
4. Fortalecer el control de la gestión documental frente al diligenciamiento correcto y oportuno de formatos físicos y digitales que se encuentran articulados con la historia clínica y son de carácter legal.
5. Robustecer la metodología de entrega de información tanto de Promoción y Prevención como de la atención en salud de manera que garanticen el entendimiento de usuarios a las indicaciones dadas y este pueda aportar a su autocuidado.

Posterior a la visita de otorgamiento de acreditación realizada durante los días 20 al 21 de marzo del presente año, se realiza plan de mejoramiento de las oportunidades mencionadas, las cuales son matriculadas en Almera.

Visita de Seguimiento de acreditación en 15 sedes

El día 21 de junio del 2024, en la reunión de cierre la evaluadora del Icontec socializa a **60** colaboradores de la Subred que participaron en el seguimiento de acreditación de las 15 sedes, sobre las conclusiones de la visita del ente acreditador en cuanto a las fortalezas, las oportunidades de mejora producto de la visita de seguimiento.

Dando a conocer las siguientes Fortalezas:

1. El compromiso de los miembros de la junta directiva líderes de procesos y colaboradores en el desarrollo de actividades para el fortalecimiento de los estándares de acreditación en salud.
2. Las estrategias financieras que ha permitido a la Subred Integrada de servicios de salud Sur Occidente, destinar presupuesto para financiar compromiso de gastos presentes y ser sostenibles y viables en un entorno cambiante.

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

- La disposición funcional y eficiente producto de la inversión en infraestructura que no solo genera un ambiente de trabajo positivo, sino que además crea un entorno de atención medica humanizada para los pacientes y su familia.
- Los procesos de atención Humanizada que ofrecen una experiencia de cuidado más compasiva y centrada en las necesidades individuales de los pacientes.
- La capacidad de la asociación de usuarios para representar y amplificar las voces de los pacientes y sus familias asegurando que sus necesidades y preocupaciones sean escuchadas e integradas en la mejora continua de los servicios de salud.
- El avance en las diferentes líneas de investigación en consonancia con gestión del conocimiento ofreciendo soluciones innovadoras y basadas en evidencia a los desafíos médicos actuales.
- La inversión efectiva de tecnología que les permite ofertar oportunamente el servicio de diagnóstico y apoyo terapéutico.
- La especialización del Hospital Patio Bonito Tintal en pediatría y la apertura de servicios de alta complejidad que lo convierte en un referente de atención integral para esta población a nivel Distrital.
- Los mejores resultados obtenidos en Rutas de Atención Integral aplicadas en la gestión de riesgo individual y colectivo en la población asignada a su territorio.
- El avance en la consolidación de la estructura formal del mejoramiento por sedes y el desarrollo de tableros de mando que les permitirá favorecer la toma de decisiones.

Oportunidades de mejora

- Fortalecer los sistemas de información de cara a la operación asistencial que les permita garantizar la completitud de registros que hace parte de la historia clínica electrónica una vez superada la contingencia.
- Garantizar que se realice en el acto médico la reconciliación medicamentosa de acuerdo con lo establecido en la guía de buenas prácticas en el uso seguro de medicamentos.
- Fortalecer el enfoque y la gestión del riesgo desde el componente de riesgos clínicos, en el ciclo de atención hospitalaria favoreciendo la seguridad y el desenlace de la gestión clínica.
- Fortalecer la gestión del portafolio y el mercadeo de servicios con el fin de mejorar la productividad y el aprovechamiento de los recursos disponibles.
- Fortalecer los mecanismos institucionales para la integración de los equipos primarios en la estructura de mejora institucional supervisando y tomando decisiones basadas en los resultados obtenidos.
- Avanzar en la consolidación de la infraestructura para atender a la población infantil garantizando que los espacios sean amigables y adecuados para sus necesidades.
- Implementar una metodología para mejorar la calidad de los datos institucionales realizando un seguimiento sistemático de los indicadores con un enfoque estratégico en el progreso de los ejes del sistema único de acreditación.
- Realizar una evaluación exhaustiva de las metas establecidas en diversos aspectos de los resultados clínicos esperados y de este análisis implementar aumentos progresivos pero rigurosos en las metas que se persiguen en consonancia con los desenlaces clínicos de referentes a nivel nacional e internacional.
- Asegurar la funcionalidad de los mecanismos apropiados por la entidad para la correcta identificación del paciente generando controles efectivos durante la estancia al momento del egreso del menor de la institución.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

10. Establecer la cultura deseada para con base en el diagnóstico de cultura obtenida en el año anterior generen un plan de transformación, que favorezca cambios en el actuar de la comunidad institucional.
11. En alcance a los servicios tercerizados y su personal fortalezcan los procesos de inducción y reinducción en el trato humanizado hacia el paciente y su familia establezcan los mecanismos pendientes a garantizar los tiempos de los alimentos a los pacientes de los diferentes servicios y ajuste en el proceso establecido por la entidad para gestionar las no conformidades institucionales con terceros a fin de garantizar la finalización del ciclo de mejora continua e impacten en la calidad en el ciclo de atención.

- **II Foro de Referenciación Comparativa.**

El 25 de octubre de 2024, se llevó a cabo con éxito el **II** foro de Referenciación Comparativa en el Auditorio del Hospital de Bosa, de 7:00 a 1:00 pm. La actividad contó con la participación de siete **(7)** destacados expositores y **68** asistentes de la Subred Sur Occidente, cumpliendo de manera integral con la agenda programada.

El propósito principal de este foro fue compartir experiencias exitosas, específicamente diseñadas para su posible adopción o adaptación en el contexto de la institución. Los expositores destacados incluyeron al Dr. Manuel Alfredo González Mayorga, Asesor de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, quien abordó el tema de Modelo de Atención En Salud Distrital. Además, el Dr. José Ignacio Zapata Sánchez, director general Instituto Roosevelt compartió el tema de Grupos Relacionados por el Diagnóstico GRD'S. Dr. Andrés González, Gerente del Hospital San Rafael de Facatativá, con el tema de Estrategias a través de Inteligencia Artificial, generando alertas en sitio de atención del paciente. Por parte de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, presenta El Dr. Luis Enrique Gómez, Médico Especialista en Seguridad del Paciente con el tema de Gestión del Riesgo en Salud; la Dra. Viviana de Jesús Tejera Palacios, con el tema de Experiencias exitosas en el Banco de Leche de Humana y la Dra. Claudia Castiblanco Lara, de Gestión del Conocimiento, con el tema Clima de aprendizaje en el marco del reconocimiento como Hospital Universitario. Este encuentro proporcionó un espacio valioso para el intercambio de conocimientos y buenas prácticas entre los profesionales del sector, gestionando referenciación con el Hospital San Rafael de Facatativá en el tema de las estrategias de inteligencia artificial.

5. Auditoría de Paciente Trazador

Se realiza auditoria de paciente trazador Hospitalario, Urgencias y de Consulta Externa, con una periodicidad mensual. realizada por las facilitadoras de acreditación en las unidades acreditadas y no acreditadas, aplicando los formatos establecidos. Obteniendo un cumplimiento en el 2024 de **89%** aumentando 9 puntos porcentuales con respecto al periodo anterior.

Proceso	2022	2023	2024
Hospitalización	75%	78%	89,0%
Urgencias	74%	81%	87,0%
Consulta Externa	70%	82%	90,7%
TOTAL	73%	80,10%	89,0%

Fuente: Plataforma Institucional de información Almera

Resultados apropiación ejes de acreditación

En cuanto a los resultados de apropiación de los ejes de acreditación, se aplicaron encuestas a colaboradores y usuarios obteniendo un cumplimiento en el 2024 de **86,5%**, aumentando **7** puntos porcentuales con respecto al periodo anterior.

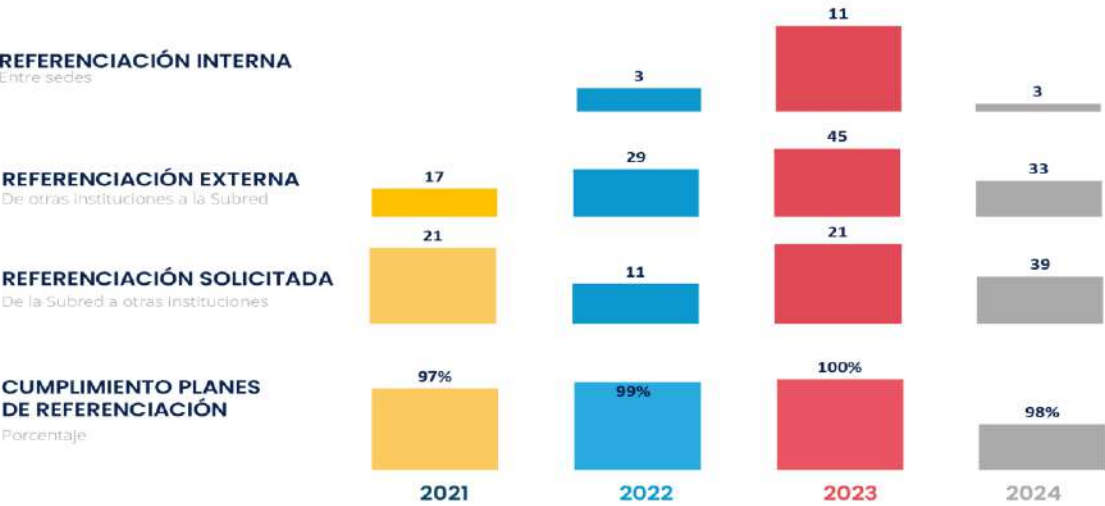
EJE DE ACREDITACIÓN	2024	2023
Seguridad	82,6%	88,2
Humanización	89,3%	93,0
Transformación Cultural	85,4%	70,4
Gestión de la Tecnología	88,4%	94,4
Gestión del Riesgo	85,6%	50,8
Centrado en el Usuario	87,9%	82,0
TOTAL	86,5%	79,8

Fuente: Plataforma Institucional de información Almera

Referenciaciones Internas y Externas.

En comparación con la vigencia anterior, se ha registrado una disminución del total de referenciaciones pasando de 77 a 75 referenciaciones en 2024, se llevaron a cabo un total de 3 referenciaciones internas, 33 externas a otras y 39 solicitadas a la Subred Suroccidente. Es satisfactorio destacar que se cumplió con el 98% de los planes de acción implementados en los procesos que fueron objeto de referenciación. logrando implementar de manera efectiva las recomendaciones recibidas, contribuyendo así a la mejora continua y a elevar la calidad esperada en la institución.

REFERENCIACIONES



HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

El programa de Humanización tiene por objetivo consolidar en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. una cultura organizacional sustentada en la Humanización como máxima consciencia de servicio y el desarrollo humano permanente, mejorando el comportamiento social y humano para que sean la base y el motor que le permitan a la entidad alcanzar la verdadera excelencia y altos estándares de calidad en la prestación de los servicios de salud.

Está dirigido a todos (as) los (as) colaboradores (as) de los servicios administrativos, asistenciales, extramurales y aquellas personas que prestan servicios tercerizados o quienes desarrollan sus prácticas académicas en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, conformada por las localidades de Bosa, Fontibón, Puente Aranda y Kennedy

Para la vigencia del año 2024 se proyectaron en el plan de acción, 14 actividades transversales para la Subred obteniendo un 100% de cumplimiento, desarrollado a partir de cuatro (4) grupos de estrategias relacionados a continuación con sus respectivos resultados:

CAPACITACIONES

Se define por cada vigencia una acción con las temáticas de capacitación en línea con humanización para el cumplimiento de la Política, Decálogo y Programa, el cual está dirigido a todos los colaboradores asistenciales, administrativos y servicios tercerizados que hacen parte de las unidades ubicadas en las cuatro localidades de la Subred.

Las temáticas básicas abordadas en esta vigencia son: Política y decálogo de humanización, manejo humanizado del dolor, acompañamiento compasivo, trabajo en equipo, comunicación asertiva, vocación de servicio, mindfulness y humanización: conectados desde el corazón.

SENSIBILIZACIONES

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Esta estrategia se desarrolla mediante acompañamientos en cada una de las sedes y servicios, abordando a los colaboradores en tiempos cortos con el fin de socializar y fortalecer las practicas del decálogo de Humanización por medio de herramientas lúdicas, ejemplos y entrega de recordatorio.

A continuación, se evidencia la cobertura presentada de los puntos anteriores:

CONSOLIDADO CAPACITACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN	
ESTRATEGIA	2024
CAPACITACIONES	3413
SENSIBILIZACIONES	9143
TOTAL	12556

Fuente: Sistema de Información Almera

ESTRATEGIAS CLIENTE INTERNO

En este grupo, encontramos los espacios dirigidos a los colaboradores los cuales permiten aportar de forma individual herramientas y generar reconocimiento como ser humano en permanente servicio a los usuarios y sus familias, para esta vigencia se establecen así los siguientes espacios: Taller de Humanización de quejas por trato deshumanizado, reconocimiento a colaboradores por su atención humanizada a través de la entrega de diploma, espacios de escucha - apoyo emocional y acompañamiento en duelo:

CONSOLIDADO ESTREGIAS EN LINEA CON COLABORADORES	
ESTRATEGIA	2024
Taller de Humanización de quejas por trato deshumanizado	325
Reconocimiento a colaboradores por su atención humanizada- Entrega de diploma	676
Espacios de escucha - Apoyo emocional	200
Acompañamiento en duelo	33
TOTAL ABORDAJES	1234

Fuente: Sistema de Información Almera

ESTRATEGIAS CLIENTE EXTERNO

Esta línea se desarrolla con el fin de generar espacios alineados a criterios de Humanización hacia cliente externo incentivando la corresponsabilidad y aporte en la consolidación de una cultura de Humanización institucional a través de espacios como: Rondas de Humanización, Percepción de la humanización en la atención materno perinatal, Apoyo espiritual, sensibilización a usuarios, pautas de crianza y hora del cuento, contando con los siguientes abordajes:

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

CONSOLIDADO ESTRATEGIAS EN LÍNEA CON USUARIOS, PACIENTES Y SUS FAMILIAS	
ESTRATEGIA	2024
Rondas de Humanización	2052
Percepción de la humanización en la atención materno perinatal	290
Apoyo espiritual	2453
Sensibilización a usuarios	2415
Pautas de crianza	506
Hora del cuento	240
TOTAL	7956

Fuente: Sistema de Información Almera

Alineado las estrategias anteriores, encontramos la semana de Humanización como estrategia transversal que permite abordar diversas temáticas en línea con el plan de acción de la vigencia y se despliega a través de procesos lúdico-pedagógicos, la cual para el año 2024 se desarrolló con la temática de “Los Cazafantasmas”, rescatando tu mejor versión.

Con el objetivo de fortalecer las competencias del ser para saber hacer, afianzando el conocimiento en los criterios básicos de la Política y decálogo de Humanización, en el que demostraron compromiso, conocimiento, vocación de servicio, trabajo en equipo, sentido de pertenencia y el avance de la apropiación de una cultura de humanización institucional, con lo cual se busca impactar en la satisfacción de los usuarios y sus familias que reciben la atención a diario.

Los criterios fundamentales sobre los cuales se desarrolló la semana de humanización fueron:

- Política de Humanización
- Practicas del decálogo de Humanización
- Identificación de situaciones que nos agobian y generan obstáculos en la prestación del servicio
- Herramientas personales de afrontamiento de situaciones difíciles
- Fortalecimiento del Trabajo en equipo, coordinación y vocación de servicio
- Reconocimiento del aporte a la Política de Humanización y las practicas del decálogo desde el hacer
- Corresponsabilidad en la prestación de los servicios de salud por parte de usuarios, pacientes y sus familias

Se realiza recorrido por cada una de las sedes de atención en dónde todos los colaboradores unidos y con la mejor disposición, estudiaron el decálogo de humanización crearon un equipo de caza fantasmas que en lugar de cazar fantasmas se dedique a cazar actos de indiferencia y deshumanización, presentando de forma creativa los fantasmas identificados y las estrategias que utilizan para cazarlos.

Así mismo, el equipo de Humanización durante las visitas a cada sede llevó a cabo una intervención en la cual se realiza sensibilización de aquellos actos que son percibidos como deshumanizados y se brindan herramientas para su control y manejo, con el fin de aportar continuamente al cumplimiento de la política de Humanización y continuar consolidando la cultura institucional esperada.

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Logrando una participación de 579 colaboradores durante estas visitas a las diferentes sedes y servicios de la subred.

MEDICIONES E INDICADORES

En el PAA se realiza el seguimiento a los siguientes indicadores:

Apropiación de la política de humanización a cliente interno

Se realiza el monitoreo al conocimiento y apropiación de los colaboradores a la Política de Humanización articulada con los Derechos y Deberes de los usuarios a nivel de la subred y con el cliente interno el grado de percepción de cumplimiento de la Política de decálogo de Humanización promulgado, realizándolo mediante formularios estructurados y entrevistas directas.

Se evidencian a continuación los resultados para la vigencia en comparación con la meta establecida:

EVALUACIÓN DE LA APROPIACIÓN DE LA POLITICA DE HUMANIZACIÓN		
PERIODICIDAD ANUAL	META	AÑO 2024
CLIENTE INTERNO	≥90%	94.3%
CLIENTE EXTERNO	≥90%	97.3%

Fuente: Sistema de Información Almera

De acuerdo a la tabla anterior se evidencia cumplimiento de la meta establecida del 90%, dando cuenta de los resultados favorables de las acciones implementadas relacionadas al inicio del componente, como lo son las sensibilizaciones, capacitaciones, estrategias a cliente interno y externo en búsqueda del cumplimiento de la Política institucional.

Medición de Percepción de Cultura de Humanización

Evaluación que se plantea inicialmente para su medición cada dos años y a partir del año 2020 se está realizando de manera anual, esta medición permite medir el avance en las acciones de humanización tanto a cliente interno como externo.

Este instrumento de medición para cliente externo consolida los ejes estructurales que hacen parte de la cultura del servicio humanizado. En la vigencia del año 2024 tuvo una actualización en la redacción en algunos de sus criterios e inclusión de 1 componente, quedando así, una evaluación con un total de 9 componentes y 20 criterios.

Y para cliente interno el instrumento es actualizado para la vigencia en la inclusión de criterios relacionados con liderazgo y relaciones laborales, en articulación con el subproceso de bienestar del proceso de talento humano y redacción en algunos de sus criterios, consolidando así 5 componentes con 35 criterios.

A continuación, se evidencian los resultados correspondientes a la vigencia en comparación con la meta establecida:

EVALUACIÓN DE LA APROPIACIÓN DE LA POLITICA DE HUMANIZACIÓN		
PERIODICIDAD ANUAL	META	AÑO 2024
CLIENTE INTERNO	≥90%	80%
CLIENTE EXTERNO	≥95%	97%

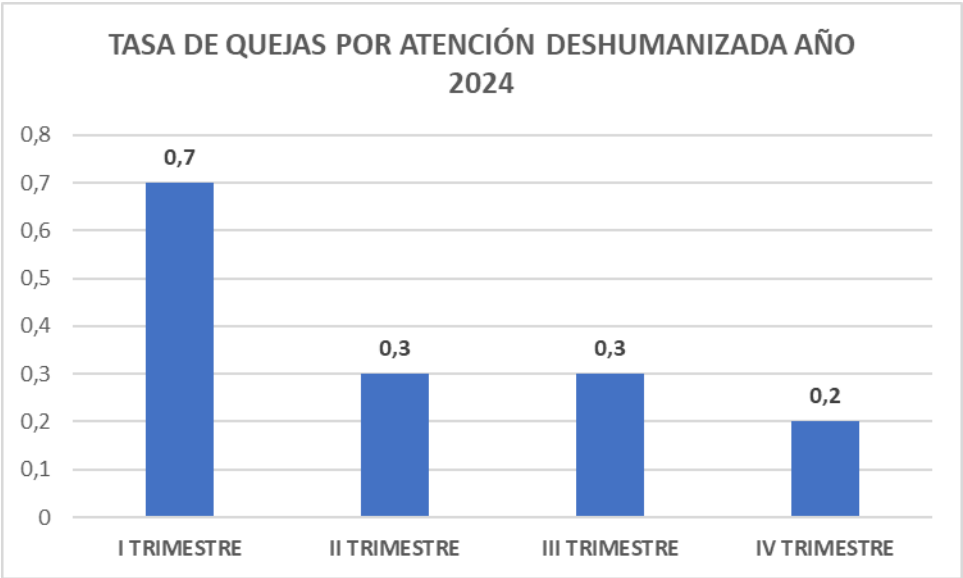
Fuente: Sistema de Información Almera

De esta manera se evidencia la percepción del cliente interno y externo frente a las acciones que desarrolla la institución y que promueven la protección, acompañamiento, satisfacción, bienestar y crecimiento personal y laboral de los colaboradores para emprender acciones que permitan el fortalecimiento de la percepción favorable de la humanización, mostrando resultados para cliente externo que cumplen la meta establecida y para cliente externo es una medición que permitirá la generación de estrategias y reestructuración de planes de trabajo, siendo una medición realizada durante los meses de noviembre y diciembre.

Monitoreo y Seguimiento a quejas de usuarios por atención deshumanizada

Este monitoreo se desarrolla en conjunto con servicio al ciudadano para identificar colaboradores o servicios que presentan quejas por atención deshumanizada y desarrollar con ellos talleres encaminados a lograr sensibilizarlos y fortalecer competencias que se vean reflejadas en su accionar diario.

Se cuenta con un indicador específico para este monitoreo de manera trimestral, denominado Mantener una tasa inferior a 3 manifestaciones negativas por trato deshumanizado por cada 1000 pacientes atendidos, evidenciando a continuación su comportamiento:



Fuente: Sistema de Información Almera

Se puede evidenciar la disminución significativa tras cada trimestre, siendo esto reflejo de los esfuerzos realizados con las diferentes acciones para el fortalecimiento de competencias

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

grupales e individuales de los colaboradores con el fin de aumentar la satisfacción del usuario.

Entre estas acciones se encuentran las capacitaciones, los acompañamientos en los servicios con las sensibilizaciones, los talleres de humanización por cada quejas de atención deshumanizada, la motivación en la entrega de reconocimientos por felicitaciones, observación e identificación permanente de cumplimiento de criterios de atención humanizada con los usuarios de los diferentes servicios con el fin de gestionar necesidades a tiempo y retroalimentar situaciones que puedan desencadenar en quejas por atención deshumanizada.

Además, se puede resaltar la activación de la mesa de análisis de casos recurrentes de PQRS normalizada mediante el Instructivo mesa de análisis de principales causas de PQRS V2 código 02-04-IN-0003 en la cual se realiza articulación con los diferentes procesos y líderes con el fin de identificar casos recurrentes y tomar decisiones que permita el fortalecimiento de la percepción favorable por parte de usuarios, pacientes y familias.

d. SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

Su objetivo es la verificación de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de habilitación según Resolución 3100 del 2019 y normas complementarias.

Desde la capacidad: tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera, y la técnica administrativa, capacidades indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema General de Seguridad Social, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios de salud y son de obligatorio cumplimiento en la Subred Suroccidente ESE.

i. Actividades realizadas:

- Asesoría técnica y acompañamiento en la certificación de habilitación de los centros de salud de Villa Javier y Tintal.
- Se realizaron en el REPS el 100% de las novedades de la Subred solicitadas por las direcciones asistenciales.
- Visita de autoevaluación de habilitación de 29 Centros de Salud y 6 Hospitales en 267 servicios de salud.
- Preparación para la certificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación ante la SDS de Centro de Salud Mexicana.
- Asesoría en la obra civil centro de salud 29 de Kennedy.

ii. Datos de Cumplimiento.

- Trámite del 100% de las novedades de habilitación solicitadas por las direcciones asistenciales de la Subred Suroccidente.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

- Se realizó el 100% de asesoría en temas de habilitación solicitadas por líderes de proceso.
- Visitas de Autoevaluación de Habilidad en las sedes de la Subred.
- Cumplimiento del 95% de las actividades programadas en el plan de trabajo del equipo de habilitación para el 2024.
- Se realiza seguimiento al 64% de los planes de trabajo de Habilidad generados por los líderes, de acuerdo con la autoevaluación de cada una de las sedes.

Seguimiento a los estándares de habilitación de Transporte asistencial al 67% programado y al 100% de las unidades móviles de acuerdo a lo proyectado.

e. PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD - PAMEC

Establecer las pautas de operación e implementación de la mejora en la prestación de los servicios de salud con base en el programa de auditoría establecido para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, a través del cumplimiento de estándares superiores de calidad, en busca de la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos e implementación de oportunidades de mejoramiento que minimicen los riesgos durante el proceso de atención en salud en búsqueda de la satisfacción de los usuarios y demás partes interesadas.

i. ALCANCE

El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC, se enfoca en los procesos centrados en el usuario, su familia, la comunidad y la mejora de los mismos, con el objeto de efectuar un seguimiento estructurado, sistemático y continuo de la calidad, con enfoque de estándares superiores de calidad definidos en el Sistema Único de Acreditación, que impacte en la salud de los usuarios y la minimización de los riesgos durante el proceso de atención en salud.

ii. METAS DEL PAMEC

- Lograr la ejecución del PAMEC de la subred con un cumplimiento mayor o igual al 90% en la vigencia.
- Realizar acompañamiento permanente a los diferentes procesos de atención en salud mediante auditorías concurrentes verificando una prestación de los servicios segura, humanizada y con criterios de altos estándares de calidad apuntando a la mayor satisfacción de los usuarios y sus familiares en la subred.
- Evaluar la adherencia a las guías de práctica clínica institucionales y a la calidad y completitud en el diligenciamiento de la historia clínica, de acuerdo a los estándares establecidos por la subred; en relación a la adherencia a las guías de hipertensión arterial esencial, crecimiento y desarrollo y las de atención materno perinatal, su verificación se realiza con base en los estándares determinados por la resolución 408 y por la secretaría distrital de salud respectivamente.
- Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento derivados de los resultados del seguimiento a indicadores del sistema de información para la calidad y de todas las fuentes de mejora de la subred.

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

iii. Descripción línea de trabajo

Para dar cumplimiento al objetivo del PAMEC la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, continua desarrollando las estrategias para el cumplimiento de los componentes establecidos en el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud (Decreto 780 de mayo de 2016: Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social), actualiza su Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud- PAMEC, por lo cual se elabora el documento soporte y la aprobación del cronograma de auditorías internas para la vigencia 2024, es importante referir que la auditoría es un instrumento de evaluación sistemático y permanente que permite determinar el grado de conformidad de la prestación del servicio, con los requisitos establecidos, a través de la comparación de la calidad esperada (criterios de la auditoría) contra la calidad observada, facilitando la identificación de oportunidades de mejora en la operación, que permitan el mejoramiento continuo de los procesos priorizados definidos por la organización.

iv. ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL 2024:

Como consecuencia de las acciones emprendidas en los temas anteriormente mencionados, se obtienen los siguientes resultados:

- Se programa y se hace seguimiento a la ruta crítica del PAMEC 2024 código Almera 02-06-OD-0002
- Se actualiza el Documento PAMEC 2024 Programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud (PAMEC) V9 02-06-PG-0001
- Se actualiza el documento con código Almera 02-06-MA-0001 Manual de auditoría V15 2024
- Se genera ajuste el Cronograma de Auditoría Interna de la Subred vigencia 2024: en el cual se programan **347** Auditorías para la vigencia. Código Almera 02-06-OD-0001
- Se ajustan las listas de chequeo y su instructivo para las diferentes auditorías programadas para el 2024
- Asistencia a reuniones que programe jefe de oficina de calidad o la líder del PAMEC.
- Reunión periódica con equipo de auditores para definición y seguimiento de actividades desarrolladas de acuerdo al cronograma de auditorías.
- Trabajo integrado con los ingenieros de Soporte Almera, con el fin de actualizar la parametrización de los módulos de evaluación, encuestas y estandarización del ejercicio de la auditoría en el aplicativo.
- Reuniones con directores y Referentes para ajustar y validar listas de chequeo y lo pertinente a auditorías internas.
- Presentación de resultados de auditorías en comités de historia clínica de manera mensual.
- Se parametrizan los Instrumentos de auditorías en el aplicativo Almera para la vigencia y se unifican soportes y resultados de auditorías.
- Desarrollo de las auditorías y monitoreo establecidos en el cronograma PAMEC el cual para el Año **2024** contemplaba 347 auditorías
- Seguimiento a la ejecución del cronograma de Auditoría Interna de manera mensual y consolidación trimestral

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

- Socialización y Presentación de resultados de auditorías de registros clínicos tanto de adherencia a las guías como de calidad de registros, y auditorías concurrentes de ciclo de servicio en comité institucional de Historias clínicas de manera mensual donde se hace retroalimentación a directores de procesos las OM para para generación de planes de mejoramiento.
- Se hace socialización de acuerdo a solicitud en espacios institucionales (nuestra subred se conecta, o encuentros de aprendizaje continuo (EAC), mesas de red materno) de retroalimentación a los líderes de proceso para mostrar los resultados al grupo de profesionales y fortaleciendo en aquellos que tuvieron un incumplimiento estándar establecido en la institución.
- Se ajusta el reporte de Bases de datos del aplicativo Dinámica
- Se hace el seguimiento a riesgos del subproceso PAMEC en el aplicativo Almera
- Se diligencian de manera trimestral el indicador de efectividad del PAMEC
- Se diligencia de manera trimestral el indicador de cumplimiento del cronograma PAMEC
- Se verifica en Almera los informes de las auditorías autocontrol programadas por PAMEC
- Se verifica en Almera la matrícula y cumplimiento con los soportes de las auditorías realizadas por auditores PAMEC de acuerdo a lo establecido por el manual del auditoria
- Se hace seguimiento a los planes de mejora generados de las auditorías PAMEC verificando el cumplimiento de las acciones de mejoramiento dentro de los tiempos establecidos
- Se hacen socializaciones de los resultados de las auditorías de manera presencial y/o virtual por pares para dar claridad en los hallazgos a los profesionales y así aportar a la mejora.
- Se hacen reuniones de cierre virtuales de las auditorías con los direcciones, líderes y referentes relacionados con la guía evaluada para alcanzar la mejora.
- Se desarrollan auditorías concurrentes de Ciclo de servicios en Consulta externa, Hospitalario, Urgencias, Imagenología y laboratorio clínico aportando desde el subproceso a la verificación de la aplicación en la atención de las buenas prácticas y calidad de la atención de acuerdo a los criterios de los estándares de acreditación.

v. Resultados obtenidos:

Seguimiento a la Ruta crítica del PAMEC vigencia 2024

		RUTA CRITICA PAMEC 2024 SUB RED SUROCCIDENTE E.S.E.				Versión: 4 Fecha de aprob: 16/1/2024 Código: 02-06-DD-0002			
ALCANCE El Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC, se enfoca en los procesos centrados en el usuario y la mejora de los mismos, con el objeto de efectuar un seguimiento sistemático y continuo de la calidad, con enfoque de estándares superiores de calidad definidos en el Sistema Único de Acreditación, que impacte en la salud de los usuarios y la minimización de los riesgos durante el proceso de atención en salud.									
NUMERO	PASOS	DEFINICION	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA PROGRAMADA	PROPOSITO	AREA	METODO O ESTRATEGIA	CUMPLIMIENTO
1	AUTOEVALUACION	Es el diagnóstico básico para identificar problemas o fallas de calidad que afectan la organización, o de los aspectos que, en función del concepto de monitoreo de la calidad, tienen determinante importancia para la organización y son susceptibles de mejoramiento.	Calidad / Procesos	16/01/2024	28/02/2024	Diagnostico de calidad de la institución.	Toda la organización	1.SUA 2. indicadores del Sistema de Información para la Calidad 3. gestión del resgo para los procesos misionales 4. Programa de Seguridad del paciente	100%
2	SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR.	Es la generación de un listado de procesos que son factibles de intervenir por parte de la organización.	Calidad	1/03/2024	31/03/2024	Generar listado de procesos críticos	Toda la organización	Mesa de homologación de Oportunidades de Mejora	100%
3	PRIORIZACIÓN DE PROCESOS	ordenar los procesos a mejorar según la relevancia e impacto que generan en la calidad de la atención de la institución.	Calidad /Lideres	1/03/2024	31/03/2024	criticidad y orden de intervención	Toda la organización	Mesa Oportunidades de mejora Selección y priorización	100%
4	DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA.	Es la determinación del nivel de calidad esperado a lograr por cada uno de los procesos priorizados.	Calidad	2/03/2024	1/04/2024	lograr estándares altos de calidad	Toda la organización	Basado en los estándares y metas establecidos	100%
5	MEDICION INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS	Registre como su institución va a realizar la medición del desempeño de los procesos que definieron como prioritarios de acuerdo al los Niveles de Auditoria aplicables a IPS: Auditoria Interna y Autocontrol	Calidad /Lideres de proceso	3/01/2024	31/12/2024	Definir fuentes de medición de desempeño para los procesos	Toda la organización	Basado en los estándares y metas establecidos y las estrategias institucionales existentes de medición con resultados con trazabilidad	100%
6	PLAN DE MEJORAMIENTO PARA PROCESOS SELECCIONADOS.	Es la elaboración de un plan de acción detallado capaz de bloquear las causas y de solucionar el efecto no deseado o el problema, creando además unos indicadores para evaluar posteriormente los resultados de su aplicación.	Calidad /Lideres de proceso	1/03/2024	30/04/2024	mejoramiento continuo	Toda la organización	Medición inicial o plan de trabajo (surтира ajustes de acuerdo a los resultados de las auditorías realizadas en la vigencia)	100%
7	EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN.	Una vez elaborado el plan de acción se deberá iniciar la ejecución de las actividades contenidas en éste.	Lideres de proceso	1/03/2024	31/12/2024	mejoramiento continuo	Toda la organización	planes de mejoramiento	100%
8	EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO CON COMITÉS.	Es la evaluación del cumplimiento y efectividad de las acciones ejecutadas y el seguimiento a la implementación de las mejoras por parte de los diferentes comités.	Calidad	1/03/2024	31/12/2024	mejoramiento continuo	Toda la organización	Seguimiento a plan de mejoramiento con periodicidad trimestral	100%
9	APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL.	Hace relación a la toma de decisiones definitivas, realimentación y estandarización de mejoras de los procesos.	Toda la organización	2/01/2025	28/02/2025	Cierre de ciclos de mejoramiento	Toda la organización	Presentación de resultados en Comité de calidad	100%

Al hacer seguimiento a las actividades se evidencia un cumplimiento del 100% se desarrollado en su totalidad las actividades programadas.

SEGUIMIENTO A INDICADORES PAMEC

➤ INDICADOR EFECTIVIDAD DEL PAMEC

Este indicador evalúa la ejecución de acciones de mejoramiento generadas de las OM de auditorías del PAMEC en la Subred Suroccidente. De las auditorias desarrolladas en el año se cerraron 341 auditorías por el equipo PAMEC se han generado 31 OM, Se hace apoyo con los profesionales especializados de acreditación para generar y/o homologar los planes de mejora y matricular en Almera los institucionales con sus respectivas acciones de mejoramiento y así poder lograr el cierre de brechas que aporten a la mejora institucional.

Durante el año del 2024 se matricularon 31 planes de mejoramiento con 123 acciones de mejoramiento derivados de auditorías PAMEC para el 2024

Proceso	No OM
Gestión Clínica Ambulatoria	9
Gestión Clínica de Urgencias	3
Gestión Clínica Hospitalaria	19
TOTAL	31

Fuente PAMEC Almera subred suroccidente 2024

De las 123 acciones de mejoramiento generadas a partir de las 31 OM con corte a 31 de diciembre se cerraron en su totalidad las acciones, cumpliendo con un 100% en la efectividad del PAMEC.

Tabla No. 33 resultado indicador efectividad PAMEC 2023

MET A	NOMBRE DEL INDICADOR	INDICADOR	2024				AÑO
			I TRI M	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	
90%	Efectividad en la auditoria de mejoramiento continuo de la calidad de atención en salud	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas	20	4	39	60	123
		Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC	20	4	39	60	123
		porcentaje de efectividad en la auditoria de mejoramiento continuo de la calidad de atención en salud	100 %	100%	100%	100%	100 %

Fuente PAMEC subredsuroccidente 2024

Para el primer trimestre del 2024 se programaron y ejecutaron 20 acciones de mejoramiento con un cumplimiento del 100%

Para el Segundo trimestre del 2024 se programaron y ejecutaron 4 acciones de mejoramiento con un cumplimiento del 100%

Para el tercer trimestre del 2024 se programaron y ejecutaron 39 acciones de mejoramiento con un cumplimiento del 100%

Para el cuarto trimestre del 2024 se programó y ejecutaron 60 acciones de mejoramiento con un cumplimiento del 100%

Para el año 2024 programaron y ejecutaron 123 acciones de mejoramiento con un cumplimiento del 100% manteniendo el resultado con respecto al año anterior.

INDICADOR CUMPLIMIENTO CRONOGRAMA PAMEC

META	NOMBRE DEL INDICADOR	INDICADOR	2024				AÑO
			I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	
90%	Cumplimiento del Cronograma PAMEC	Numero de Auditorias ejecutadas para el periodo	61	75	108	97	341
		Numero de auditorías programadas para el periodo	61	76	110	100	347
		porcentaje de Cumplimiento del cronograma PAMEC	100%	99%	98%	97%	98%

Se continua con la solicitud a los líderes de los procesos de los informes de las auditorias por autocontrol 2024 tanto las del periodo evaluado como de los trimestres anteriores y teniendo en cuenta el ajuste que se realiza en el cronograma por requerimiento de entes externos e internos se hace un balance general del cumplimiento de las auditorias mostrando una mejora en los resultados del cumplimiento del cronograma cumpliendo en todos los trimestre el estándar.

CONSOLIDADO DE RESULTADO DE AUDITORIAS PAMEC por trimestres 2024					
TRIMESTRE	NUMERO AUDITORIAS PROGRAMADAS	NUMERO AUDITORIAS EJECUTADAS	NUMERO DE AUDITORIAS EN EJECUCIÓN	NUMERO DE AUDITORIAS ATRASADAS	CUMPLIMIENTO
I	61	61	0	0	100%
II	76	75	0	1	99%
III	110	108	0	2	98%
IV	100	97	0	3	97%

Fuente: Consolidado de PAMEC 2024

Se evidencia que se obtiene cumplimiento con respecto al estándar institucional en el desarrollo de las auditorías de todos los trimestres el año, sin embargo, se hace necesario fortalecer el compromiso de entrega de los informes de las auditorias efectuadas por el autocontrol.

4.1 PRINCIPALES LOGROS

CONTROL DE LA PRODUCCIÓN DE DOCUMENTOS

Se mantiene la mesa de ayuda para la solicitud de requerimientos de soporte de Almera, lo cual permite una gestión más oportuna y ejercer mayor control de las solicitudes y apoyados como contingencia el correo electrónico institucional.

Se realizó soporte y capacitación presencial y virtual a los procesos que lo requirieron.

Se fortaleció el módulo que soporta todo lo referente al hospital universitario e investigaciones.
Seguimiento con herramienta de Access para la revisión de los costos de calidad y no calidad.

GESTIÓN CLINICA EXCELENTE Y SEGURA

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

- Monitorización de los planes de acciones y oportunidades de mejora que permite el cumplimiento presentado resultados en el comité, se mantiene el cumplimiento del 95 % en el 2023 y 100% para 2024.
- Monitorización del plan de acción del Comité de Seguridad del Paciente.
- Documentación y monitorización de buenas prácticas en los equipos primarios de mejoramiento:
 - ✓ Guía de buena práctica de prevención del cansancio en el personal de la salud
 - ✓ Guía de buena práctica Atención en Población pediátrica en los Servicios de Urgencias
 - ✓ Guía de buena práctica de reducir el riesgo de la atención del paciente crítico
 - ✓ Guía abordaje primera, segunda y tercera víctima ante la ocurrencia de un potencial evento adverso.
 - ✓ Reducir el riesgo de atención de pacientes con enfermedad mental
 - ✓ Prevención de la malnutrición o desnutrición
 - ✓ Prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de sangre, componentes y a la transfusión sanguínea,
 - ✓ Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos
 - ✓ Reducir el riesgo en la atención al paciente cardiovascular
 - ✓ Evaluación de pruebas diagnósticas antes del alta hospitalaria
 - ✓ Garantizar la correcta identificación del paciente.
- Se disminuye la periodicidad en la formulación de acciones de mejora relacionadas con eventos adversos primeras causas que permita fortalecer la identificación de las causas y gestión.
- Se logra consecución de profesional Médico en el Equipo de Seguridad de paciente lo que permite articulación con los diferentes procesos, despliegue del programa con especialidades, respaldo técnico científico en unidades de análisis.
- Articulación con los convenios de atención prehospitalaria y salud mental que permite fortalecer la ruta de atención integral.

Actualización del módulo virtual de seguridad del paciente con la inclusión de las vigilancias.

vi. SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN

- Se realiza actualización del Manual de la Mejora 02-03-MA-0001 V16, se incluye actualización parámetros de evaluación de paciente trazador y criterios a tener en cuenta en el cierre de ciclo de oportunidades de mejora, monitorización del cumplimiento de las acciones del Plan de Trabajo; Para ello se documenta el plan de la sede donde se analiza la especificidad de cada sede y se garantice la participación del personal operativo en la mejora continua. Adicionalmente, se desarrolla en el aplicativo Almera, en el menú de "Sistemas" el Modelo llamado Sedes Subred Sur Occidente; en el cual se crean para cada una de la Unidades una carpeta en donde se encuentra la información relacionada con Oportunidades de Mejora de la sede, la Suficiencia del Talento Humano, Morbilidad, Indicadores, Riesgos por Servicios, Reuniones, Indicadores de Icontec y Plan Hospitalario de Emergencias. Con el objetivo de poder facilitar a los colaboradores de los servicios asistenciales la consulta y verificación de los resultados de la sede.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

- Se refuerza el conocimiento y la apropiación en acreditación a los colaboradores de las Unidades de Villa Javier y Tintal, con la actividad de Toma de sedes.
- La Subred Sur Occidente, recibe vista del Icontec para la evaluación de seguimiento de acreditación de las 15 sedes acreditadas, durante los días 19 al 21 de junio del presente año, realizando reunión de apertura en el Hospital Pediátrico Tintal con la participación de **122** colaboradores.
- El compromiso de la Junta Directiva, la Gerencia, la Alta Dirección y colaboradores que garantiza la sostenibilidad del Sistema Único de acreditación constituyéndose como referente Distrital y Nacional.
- El cumplimiento del Plan Estratégico de Acreditación con la ejecución de las actividades al 99.75%.
- Las referenciaciones externas realizadas por parte de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente han permitido fortalecer los procesos internos, así como la implementación de planes de acción que generan impacto en nuevas prácticas a implementar.
- El fortalecimiento y actualización de metodologías por parte del equipo de Calidad en la adherencia al conocimiento del proceso de acreditación para cliente interno y externo como el Tren de la acreditación, Toma de Sedes, Simulacros de acreditación y II Foro de referenciación Comparativa.
- La Publicación en la Intranet de las actividades del Proceso de Calidad y Mejoramiento en el Boletín de la Mejora.
- La consolidación del modelo de responsabilidad social sostenible desde el punto de vista social, económico y medio ambiental.
- Se fortalece en los líderes de unidades y/o procesos; la identificación de necesidades de referenciación, ejecución y adopción de buenas prácticas.
- La monitorización y ejecución de los planes de acción de los equipos de mejora y comité matriculados en Almera que permite realizar la trazabilidad y retroalimentación.
- El empoderamiento de los equipos primarios y de autoevaluación para el seguimiento de las oportunidades de mejora.
- La realización de la autoevaluación vigencia 2023 y priorización de oportunidades de mejoramiento.
- La preparación en acreditación a los equipos de mejoramiento, líderes, directivos de las Unidades para otorgamiento de acreditación.
- **La visita de seguimiento de 15 sedes y la postulación de otorgamiento de acreditación por el Icontec a las Unidades Villa Javier y Tintal en marzo de 2024.**
- La actualización de la gestión documental del Subproceso y la consolidación de las actividades y resultados en Almera.
- La implementación del plan de trabajo en las reuniones de los equipos primarios en la Subred se Conecta.

La participación en iniciativas lideradas por la Secretaría Distrital de Salud, como la Ruta de Mejoramiento de la Calidad "Hacer las cosas bien trae cosas buenas", la Subred participó por segunda vez como IPS tutora en esta ruta de mejora, brindando asistencia técnica a

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Clínicos Programas de Atención Integral S.A.S. IPS, entidad que fue reconocida por la SDS con la categoría ORO. Este logro no sólo resalta el impacto de la referenciación, sino también el esfuerzo conjunto por alcanzar una atención de calidad y segura para los pacientes.

HUMANIZACION DEL SERVICIO

- Reconocimiento por parte del ente acreditador de la percepción de una atención humanizada
- Fortalecimiento en la articulación con el proceso de talento humano y subproceso de bienestar para emprender acciones encaminadas a la favorabilidad de la cultura de humanización para cliente interno.
- Disminución de la tasa de quejas por atención deshumanizada pasando de un 0.5% en el año 2023 a un 0.4% en el año 2024
- Continuidad y reorganización de estrategias para cliente interno y externo que permitan el fortalecimiento de competencias y la articulación con diferentes procesos institucionales.
- Mantenimiento de la semana de Humanización con trazabilidad desde el año 2018 con abordaje de las sedes asistenciales y administrativas programadas

Respaldo de la alta dirección al subproceso de humanización y su plan de trabajo diseñado para cada una de las vigencias.

SISTEMA UNICO DE HABILITACIÓN

- Trámite del 100% de las novedades de habilitación solicitadas por las direcciones asistenciales de la Subred Suroccidente.
- Se realizó el 100% de asesoría en temas de habilitación solicitadas por líderes de proceso.
- Visitas de Autoevaluación de Habilidadación en las sedes de la Subred.
- Cumplimiento del 95% de las actividades programadas en el plan de trabajo del equipo de habilitación para el 2024.
- Se realiza seguimiento al 64% de los planes de trabajo de Habilidadación generados por los líderes, de acuerdo con la autoevaluación de cada una de las sedes.
- Seguimiento a los estándares de habilitación de Transporte asistencial al 67% programado y al 100% de las unidades móviles en 100% de acuerdo a lo proyectado.

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD - PAMEC

- Se realiza seguimiento a la Ruta crítica del PAMEC en un 100% de acuerdo a lo programado.
- Para la presente vigencia se obtuvo un cumplimiento del 98% del cronograma PAMEC teniendo en cuenta que se ejecutaron 341 auditorías de las 347 programadas.
- Fortalecimiento en el manejo del software de Dinámica generando reportes de bases de datos con mayor oportunidad y confiabilidad para la realización de las diferentes auditorías.
- Articulación con autocontrol para la generación de nuevos instrumentos de auditoria (Guías de práctica Clínica calidad de consentimiento informado enfermería, medicina y especialidades)

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

- Se realiza la publicación en Almera del 100% de los informes generados de las auditorías internas desarrolladas de acuerdo al cronograma PAMEC con los respectivos soportes.
- Para el año 2024 se tiene un cumplimiento del 100% del indicador de efectividad del PAMEC cumpliendo con la ejecución de las 123 acciones de mejoramiento programadas para el periodo.
- Realización de acompañamientos concurrentes a profesionales mediante las auditorías de ciclo de servicio generando acciones y mejoras con mayor oportunidad mediante la estrategia Mentoring y fortaleciendo la aplicación de los estándares de acreditación y las buenas prácticas de la atención,
- Articulación con el autocontrol para desarrollar auditorías de norma como son MPN, resolución 408 y dar cumplimiento a este requerimiento
- Se hace Notificación de resultados y oportunidades de mejora a los facilitadores de Calidad y Directores de los procesos para fortalecer la generación de planes de mejoramiento institucionales o individuales generadas por auditorías PAMEC para la mejora institucional.
- Se fortalece la realización de seguimiento y cierre de los planes de mejoramiento desde el aplicativo Almera y seguimiento de los planes de mejora individual por parte de los líderes de las sedes.

4.2 PRINCIPALES DIFICULTADES

- La mesa de ayuda no permite cargar archivos de gran tamaño por lo que se debe utilizar el correo institucional y no permite llevar un control estadístico.
- Realizar el cierre definitivo de las oportunidades de mejora de otras vigencias.
- Articular las vigilancias con el programa de Seguridad de paciente estandarizando estrategias que fortalezcan la cultura de Seguridad e indicadores que evidencien impacto en el programa.
- Articular el programa de seguridad del paciente con los procesos de apoyo tercerizados (servicios generales y seguridad) comprometiéndolos con la cultura de Seguridad, la implementación de prácticas seguras y adherencia a protocolos.

4.3 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL PROCESO

El aplicativo Almera ha facilitado el cumplimiento de objetivos generando una respuesta oportuna de los requerimientos tanto interno como externo, soportando actividades como habilitación, acreditación, buenas prácticas de gases medicinales, buenas prácticas clínicas en el proceso de investigación y demás auditorías externas.

El sistema de Información Almera es una herramienta adecuada y eficaz que le ha permitido planificar, controlar y gestionar de manera óptima los objetivos que persigue la institución, y así tomar las decisiones según la situación actual en la que se encuentra la subred.

Contar con un profesional de medicina en el equipo de Seguridad del paciente ha permitido optimizar los tiempos de las unidades de análisis, mejorar los análisis de Protocolo de Londres y debatir técnicamente las posiciones del Gobierno Clínico.

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Recomendaciones:

- Continuar con la implementación de nuevas estrategias que faciliten el conocimiento de Almera y permitan optimizar actividades de los procesos.
- Fortalecer las acciones de mantenimiento de la acreditación obtenida por la Subred, desarrollando acciones y estrategias que le aportan al logro de la cultura institucional.
- Avanzar en el empoderamiento de los colaboradores de la Subred con el proceso de acreditación y la mejora continua.
- Continuar fortaleciendo las acciones de mantenimiento de la acreditación obtenida por la Subred, evidenciadas en el plan estratégico de acreditación evidenciado en las acciones y estrategias que le aportan al logro de la cultura institucional.
- Fortalecer la educación del paciente y familia en la gestión del riesgo de la población objeto de atención; así como en los riesgos clínicos individuales en la historia clínica por parte del profesional para definir e implementar las intervenciones acordes con el plan de tratamiento.
- Para la vigencia 2025 renovar la estrategia del tren de acreditación.
- Organizar los eventos de conmemoración de las semanas con el objetivo de facilitar la participación de las sedes asistenciales.
- Fortalecer con los colaboradores de la Subred la generación oportuna de las acciones de mejora de todas las fuentes para cumplir con oportunidad el envío de los planes de mejora solicitados.

5. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO

La Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano se compone de dos subprocesos, el primero de ellos denominado Participación Comunitaria y el cual es el garante de la participación social y comunitaria en la entidad a través de la asesoría técnica a los espacios e instancias de participación social en salud y la promoción del control social por parte de la ciudadanía, con el fin de identificar sus necesidades y expectativas actuando como puente de comunicación con la administración.

En la vigencia 2024, se desarrollaron 121 acciones definidas en el plan de acción de la Política Pública de Participación Social, las cuales arrojan como resultado un 100% de cumplimiento frente a la meta; de esta manera se garantizó la participación ciudadana en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. y la operación de los espacios e instancias de participación social a cargo de la Entidad; así como también el ejercicio del control social a través de las veedurías ciudadanas a los programas, planes y proyectos existentes en la Entidad. El cumplimiento de la presente actividad en comparación con la vigencia 2023, permaneció en el 100% logrando de esta manera la implementación de la Política Pública de Participación Social en sus cinco ejes de acción que propenden por la garantía de la participación social en salud y la vinculación de nuevos actores sociales. Así como también, la cualificación de la y empoderamiento de la ciudadanía a través de la obtención de herramientas para el control social.

Por otro lado, se cuenta con el subproceso de Servicio al Ciudadano el cual se centra en proporcionar orientación, información y gestión de necesidades a los usuarios y sus familias, facilitando el acceso oportuno a los servicios de salud; este proceso es llevado a cabo por

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

auxiliares y Trabajadores Sociales, quienes juegan un papel crucial en la atención a la ciudadanía.

Así mismo, se realiza verificación de derechos en salud y afiliación para los casos que aplique, se tramitan los requerimientos ciudadanos a través de la plataforma Bogotá te Escucha, socialización de los mecanismos de escucha, divulgación de derechos y deberes de los usuarios a colaboradores y ciudadanía en general.

Para la vigencia 2024 se realizaron 137 actividades programadas en el plan de acción como respuesta a la implementación de la política pública de Servicio al Ciudadano, logrando la ejecución del 100% de las acciones proyectadas.

Se cuenta con el programa ruta de la salud, el cual está diseñado para mitigar las barreras de acceso geográficas y económicas a población priorizada (menores de 5 años, gestantes, lactantes, adultos mayores y población con discapacidad).

Adicionalmente, se cuenta con la oficina de central de información quien realiza seguimiento y respuesta a las solicitudes de los entes de control.

5.1 SUBPROCESO PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

El Subproceso anteriormente mencionado tiene tres campos de operación, son los siguientes:

- **Formas de Participación Social.** La Subred Sur Occidente cuenta con siete (7) Asociaciones de Usuarios (AsuPablo VI, AsuBosa, Asouhfo, Asosur, Asoaranda, Asuken y AsuOccidente de Kennedy) en las cinco Unidades de Prestación de Servicios, cuatro (4) Comités de Participación Comunitaria en Salud – COPACOS (Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda), un (1) Comité de Ética Hospitalaria y cuatro (4) Juntas Asesoras Comunitarias (Bosa, Fontibón, Kennedy y Sur). En los espacios participativos mencionados anteriormente se cuenta con 337 integrantes que participan activamente.

El actuar de las formas de participación social está enmarcada en la Política Pública de Participación Social (Resolución 2063 de 2017), mediante un plan de acción para la vigencia formulado bajo cinco ejes de acción; el primero de ellos Fortalecimiento Institucional que contiene todos los procesos de formación y capacitación dirigidos a la ciudadanía en pro de cualificar los actores sociales; el segundo eje trata del empoderamiento de la ciudadanía a las organizaciones sociales en salud y versa sobre la socialización de las mismas a la ciudadanía en general a fin de incentivar su vinculación; el tercer eje Impulso de la cultura en salud proyecta las acciones de los actores sociales en articulación con Salud Pública buscando generar impacto en las comunidades a nivel territorial; en cuarto lugar se establecen las acciones de control social y veedurías ciudadanas y el eje número cinco Gestión y garantía en salud con participación en el proceso de decisión, relaciona los encuentros a nivel local, distrital y nacional con el fin de lograr que las decisiones de la administración sean generadas con participación de la ciudadanía.

- **Control Social.** La entidad cuenta con un procedimiento transversal para el proceso de control social, el cual establece el paso a paso para la garantía de las veedurías

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

ciudadanas en la gestión pública de la Subred, todo ello bajo la Ley 850 de 2003. Adicionalmente, se acogen los lineamientos de la Veeduría Distrital y Personería Distrital en relación con el ejercicio de control social.

Así pues, al mes de diciembre de 2024 la base de veedores adscrita a los planes, programas y proyectos de la Subred estuvo en 98 ciudadanos ejerciendo el control social. A su vez, la Oficina de Participación Comunitaria acompañó técnicamente en la constitución de las veedurías, seguimiento, evaluación y propuestas de mejora dentro del ejercicio de control social. A continuación, se relaciona la base de veedores durante el cuatrienio y los planes, programas y proyectos a los cuales se les realizó seguimiento por parte de las veedurías ciudadanas en salud:

Tabla No. 34. Base de Veedores Ciudadanos en Salud del Cuatrienio

VIGENCIA	NÚMERO DE VEEDORES
2020	81
2021	85
2022	102
2023	124
2024	98

Fuente. Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano

Tabla No. 35. Proyectos de infraestructura:

LOCALIDAD	PROYECTO
Kennedy	PROYECTO 1149-2017 CAPS MEXICANA
	PROYECTO 1214-CAPS TINTAL
	PROYECTO 4702 DE 2023 ADECUACIÓN DE LA UNIDAD DE SERVICIOS OCCIDENTE DE KENNEDY
	PROYECTO 4163 – 2023 CENTRO DE SALUD 29 KENNEDY

Fuente. Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano

Tabla 36. Convenios Interadministrativos:

LOCALIDAD	CONVENIO
Subred	ruta de la salud 0013 – 2023
Subred	PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS 2020-2024
Puente Aranda	DAP 382 – 2023
Fontibón	GPIL - 2023

Fuente. Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano

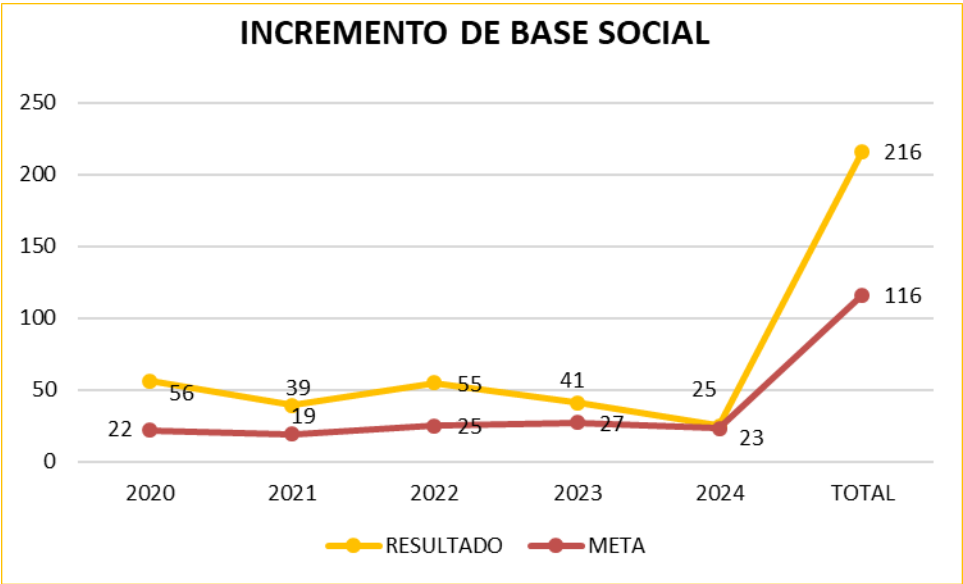
- **Gestión Local.** En dicho componente se realizó articulación con Gestión de Políticas para la Gobernanza con el fin de avanzar en la implementación del Modelo de Salud MAS Bienestar, lo anterior para incluir las necesidades identificadas en los espacios e instancias de participación social en salud en los diagnósticos locales. De igual manera se realizaron reuniones mensualmente entre la Secretaría Distrital de Salud, Gobernanza y la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano de la Subred en pro del desarrollo de estrategias de abordaje territorial y colectivo buscando generar un impacto positivo en los indicadores de morbi-mortalidad.

Dentro del Subproceso de Participación Comunitaria se desplegaron estrategias tales como:

Incremento de Base Social. El Subproceso de Participación Comunitaria cuenta con un referente por cada una de las localidades de influencia de la Subred, quienes dentro de las metas establecidas por la jefatura estuvo la socialización y promoción de las formas de participación social, con el fin último de buscar un cambio generacional en la base social y dar mayor participación a la ciudadanía en el sector salud.

Producto de las estrategias de socialización, la base social en la vigencia 2024 incrementó en 25 nuevos líderes sociales, vinculados a las diferentes asociaciones de usuarios y COPACOS, dando así el cumplimiento de la meta propuesta del incremento de 23 nuevos ciudadanos.

Grafica XX: Indicador de Incremento de base social



Fuente. Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano

Rendición de Cuentas. La Subred Sur Occidente cumplió con la normatividad frente al proceso de Rendición de Cuentas, sin embargo, no se limitó al ejercicio de la Audiencia Pública, sino que generó espacios de dialogo permanentes entre la alta gerencia y la ciudadanía. Razón por la cual se estableció un cronograma de diálogos ciudadanos en donde la Gerente se reunió con representantes de las Asociaciones de Usuarios,

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

COPACOS y Juntas Asesoras Comunitarias de la Subred a fin de conocer sus necesidades y expectativas y de socializar los avances de la gestión pública en el marco del Modelo de salud MAS Bienestar, se llevaron a cabo 4 diálogos ciudadanos y se contó con la participación de 948 ciudadanos. Lo anterior, utilizando diferentes metodologías innovadoras y establecidas en el manual único de rendición de cuentas de la Función Pública y lineamientos de la Veeduría Distrital tales como: ferias de servicios, uso de redes sociales para transmisiones en vivo, grupos focales, conversatorios, sala de cine, entre otros.

También se llevó a cabo un ejercicio de Rendición de Cuentas utilizando los medios virtuales, con el fin de dar mayor cubrimiento de la información; se contó con la participación de 512 visualizaciones, 32 me gusta, 1.145 personas alcanzadas, 414 reproducciones, 111 reacciones y 19 comentarios.

Comité de Ética Hospitalaria. Según el Decreto 1757 de 1994 las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben garantizar la existencia de un comité de ética hospitalaria conformado por el estamento científico de la institución y la comunidad con el fin de promover programas de promoción y prevención en el cuidado de la salud, divulgar entre los funcionarios y la comunidad usuaria de servicios los derechos y deberes en salud y velar por su cumplimiento. La Subred agregó el componente de bioética, estandarizando el comité a nivel hospitalario para la emisión de conceptos frente a la resolución de dilemas éticos en la atención, con el fin de brindar apoyo y orientación a los profesionales de la salud y protección a los pacientes y sus familiares, cuando se presentan situaciones que llegan a involucrar la dignidad y/o la autonomía del paciente.

Lo anterior con el concurso de los profesionales miembros del comité que cuentan con conocimientos académicos en bioética y con la participación de los representantes de las Asociaciones de Usuarios y COPACOS de la Subred, a fin de emitir dicho concepto con integralidad de visiones y que soporten al médico tratante en la conducta médica a seguir. Siendo este ejercicio participativo de reconocimiento y referenciación Distrital.

A continuación, se evidencia el comportamiento de las solicitudes de concepto. Sin embargo, es importante resaltar que el equipo médico solicitante ha adquirido conocimientos en la aplicación de los principios bioéticos en la atención, los cuales son aplicados en la similitud de casos y solicitan conceptos de aquellos casos nuevos que requieren apoyo para la toma de decisiones.

NO.	FECHA DE SOLICITUD	FECHA DE RESPUESTA	SERVICIO
1	8/03/2024	10/03/2024	UCI BOSA
2	12/06/2024	12/06/2024	UCI PEDIATRIA TINTAL
3	5/07/2024	8/07/2024	NEUROCIRUGIA –USS KENNEDY
4	25/07/2024	26/07/2024	NEUROCIRUGIA- USS KENNEDY
5	2/09/2024	06/09/2024	NEUROCIRUGIA- USS KENNEDY
6	5/09/2024	5/09/2024	MEDICINA INTERNA USS KENNEDY
7	21/10/2024	21/10/2024	UCI PEDIATRICA TINTAL

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

En seis de los casos enumerados anteriormente se identificó dilema ético entre los principios de beneficencia y no maleficencia y en uno de ellos se presenta dilema ético entre los principios de autonomía, justicia distributiva y beneficencia.

5.2 SUBPROCESO SERVICIO AL CIUDADANO

ORIENTACIÓN E INFORMACIÓN

DERECHOS Y DEBERES Y CHARLAS EDUCATIVAS

La Subred Integrada de servicio de Salud Sur Occidente E.S.E, cuenta con la declaración de los derechos y deberes de los usuarios, la cual se encuentra alineada con el direccionamiento estratégico de la organización y es un compromiso de la alta gerencia en la prestación de los servicios de salud. Fue reglamentada bajo la resolución 219 de marzo de 2017; dicha declaración se divide en verbos para mayor recordación donde para los derechos se contemplan: **A conocer, elegir y recibir y para los deberes informar, cumplir y respetar.**

Cabe mencionar que la carta de derechos y deberes se encuentra traducida en Braille, Nam Trik, lengua del pueblo indígena Misak Misak y en Romaní.



Fuente. Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano

Para la vigencia 2024, se socializó sobre los derechos y deberes un total de 300652 usuarios, es decir el 31% del total de la población atendida, mediante las estrategias creciendo en derechos y deberes y aprendiendo en derechos y deberes.

Por otro lado, dando cumplimiento al instructivo de charlas en sala de espera se abordaron las siguientes temáticas: ruta de evacuación, mecanismos de asignación de citas, Call Center, mecanismos de escucha, segregación de residuos higienización de manos,

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

identificación del riesgo del paciente y enfoque diferencial logrando la cobertura de 63.809 usuarios en la vigencia 2024.

Desde la oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, se ha llevado a cabo una medición de la recordación de derechos y deberes por parte de los usuarios, alcanzando un 95.2% para la vigencia 2024.

Por otro lado, se hace importante mencionar que este tema también fue desplegado con colaboradores con el fin de generar un contexto de sana convivencia entre usuarios y colaboradores, fomentando la garantía de los derechos y el cumplimiento de los deberes, abordando durante la vigencia un total de 11.051 colaboradores.

Lo anterior, se realizó a través de distintas estrategias lúdicas realizadas mes a mes y en el mes de noviembre se desarrolló la semana de los derechos y deberes, bajo la estrategia “Medias y sombreros locos”, el equipo de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano realiza recorrido por todas las Unidades de Servicios de Salud recordando a los colaboradores, usuarios y acompañantes los 15 derechos y los 10 deberes. Durante esta jornada fueron abordados 600 personas.

Se anexa registro fotográfico de la actividad, que se llevó a cabo en el 100% de los puntos de atención de la Subred con todo el equipo de líderes de la oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano.



Fuente: Registro Fotográfico Oficina Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E 2024

En cuanto a la medición de conocimiento de derechos y deberes por parte de los colaboradores se identificó un 98%, resultado promedio de 2 mediciones realizadas en el año en el aplicativo Almera, de las cuales se efectuaron de forma semestral, superando la meta establecida del 90%.

IDENTIFICACIÓN DE POBLACIÓN PRIORITARIA

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Al ingreso del usuario en cualquiera de las Unidades de Servicios de Salud de la Subred, se identifica a la población prioritaria a través de la estrategia “estrellas luminosas” de la siguiente manera:

- Estrella Verde: Población gestante
- Estrella Azul: Población adulto mayor
- Estrella Amarilla: Niños menores de cinco años
- Estrella roja: Usuarios en situación de discapacidad

Tabla No. 37 Identificación población priorizada

GESTANTES	MENORES DE 5 AÑOS	PERSONA MAYOR	DISCAPACIDAD				TOTAL
			USUARIO CON LIMITACIÓN FÍSICA (EQUILIBRIO Y MARCHA)	USUARIO CON AYUDAS TÉCNICAS (BASTÓN, MULETAS, SILLAS DE RUEDAS)	USUARIO CON ESTADO DE SALUD MENTAL ALTERADO	USUARIO CON ALTERACIONES VISUALES Y AUDITIVAS	
36.987	59.695	19.6326	19.549	25.464	5.745	6.399	350.165
11%	17%	56%	6%	7%	2%	2%	100%

Fuente: informe oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano 2024

Como se puede apreciar en la anterior tabla, se identifica que la población prioritaria que más se atiende en la subred es la población adulto mayor, en segundo lugar, se encuentra los usuarios con limitación de la marcha y el equilibrio y en tercer lugar gestantes.

ENCUENTROS DE APRENDIZAJE CONTINUO

Se realizaron encuentros de aprendizaje continuo con el equipo de auxiliares de servicio al ciudadano y Trabajo Social en donde se abordaron diferentes temáticas enfocadas a la cualificación del talento humano, como: Enfoque diferencial (curso realizado en articulación con la Secretaría Distrital de Salud), ruta de violencia, socialización de documentos de la oficina, ruta de emergencias, Instituciones Amigas para la Mujer – IAMI, ruta materno perinatal, portafolio de servicios de la Subred, formas de participación comunitaria, entre otros temas, donde se contó con la participación de 80 colaboradores de Trabajo Social y Auxiliares de Servicio al Ciudadano.

GESTIÓN DE PQRS

MANIFESTACIONES CIUDADANAS

Desde la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano se recibieron las peticiones de los usuarios y se tramitaron dando respuesta al 100% de ellas con los criterios de calidad pertinentes y dentro de los tiempos establecidos por la normativa vigente, además de ser revisadas por una central que verificó cada petición frente a la calidad de la respuesta fueron revisadas por la defensora del usuario y jefe de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, con corte a noviembre 2.024 se tramitaron un total de 12.039 así:

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Tabla No. 38 PQRS recibidas y contestadas oportunamente por mes

MES	NUMERO DE REQUERIMIENTOS QUE INGRESARON	NUMERO DE REQUERIMIENTOS RESPONDIDOS EN TERMINOS DE LEY
ENERO	953	953
FEBRERO	1.113	1.113
MARZO	999	999
ABRIL	1.307	1.307
MAYO	1.088	1.088
JUNIO	938	938
JULIO	1.194	1.194
AGOSTO	1.027	1.027
SEPTIEMBRE	1.090	1.090
OCTUBRE	1.281	1.281
NOVIEMBRE	1.049	1.049
TOTAL	12.039	12.039

Fuente oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano- PQRS a 30/11/2024

MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN

La medición de la percepción de satisfacción al usuario se mide a través de la encuesta satisfacción modelo Distrito, la cual es aplicada a través de un instrumento tipo encuesta en los procesos de consulta externa, urgencias y hospitalización, con los siguientes resultados: La Satisfacción global, resultado de la pregunta ¿Cómo calificaría su experiencia con relación a los servicios de salud que ha recibido a través de los centros de atención de la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente? La cual responde a la resolución 0256, en la vigencia 2024 fueron aplicadas 23.750 encuestas de las cuales 23.297 manifestaron estar satisfechos, lo cual corresponde al **98.1%** superando la meta institucional propuesta del 90%.

Cabe mencionar, las encuestas de satisfacción son ingresadas en el aplicativo Almera con el fin de tener mayor control y seguimiento al cumplimiento de la meta establecida.

BARRERAS DE ACCESO

Desde la oficina de Participación comunitaria y Servicio al ciudadano se capturan las barreras de acceso y se gestionan brindando orientación al usuario, esta trazabilidad y resultados quedan consignados en el aplicativo Distrital Si cuéntanos Bogotá, el cual es administrado por la Secretaría Distrital de Salud, a continuación, se relaciona los resultados

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

mes a mes en la vigencia 2024, donde se logró la gestión del 100% de los casos identificados:

Tabla No. 39 resultados de barreras de acceso – Si cuéntanos Bogotá

2024			
MES	TOTAL, DE BARRERAS	TOTAL, DE POBLACIÓN ATENDIDA	TASA
ENERO	301	90.396	3
FEBRERO	443	87.948	5
MARZO	341	74.218	5
ABRIL	508	86.998	6
MAYO	448	89.064	5
JUNIO	430	90.163	5
JULIO	360	54.626	7
AGOSTO	297	99.842	3
SEPTIEMBRE	342	100.968	3
OCTUBRE	358	102.376	3
NOVIEMBRE	254	88.429	3
TOTAL	4082	965.028	4

Fuente: Informe oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano 2024

Se presenta el comportamiento del total de barreras captadas el aplicativo *si cuéntanos Bogotá*; identificando que por cada 1000 usuarios atendidos durante la vigencia se presentaron en promedio 5 barreras de acceso. En cuanto a las principales barreras de acceso se observan las siguientes:

No oportunidad de servicios, con un total de 1808 barreras por este motivo. La cual se ha intervenido a través de diferentes estrategias donde se realiza seguimiento a la lista de espera y su comportamiento de manera semanal a las especialidades más críticas como lo fueron para él esta vigencia: oftalmología, otorrinolaringología, urología y apoyos diagnósticos. Adicional, se revisa la oferta y demanda de procedimientos y se generan estrategias y toma de decisiones para implementar la mejora. Esta acción es liderada por la Dirección Ambulatoria de la Subred.

Problemas de recursos económicos, con 1.187 casos, se presenta fundamentalmente por la población extranjera o migrante que llega al país de manera irregular y que de acuerdo a la normatividad vigente solo puede ser atendida por urgencias. Para mitigar esto, se ha priorizado la población gestante y se han realizado consultas, estrategia que se lidera desde la ruta materno perinatal, se ha efectúa seguimiento a las barreras de acceso de esta población y se orienta para que adelanten trámites para su regularización en el País,

actualmente se cuenta con el convenio PAIIS quienes cubren la atención a migrantes venezolanos por consulta externa con unos servicios previamente definidos.

Adicionalmente, se cuenta con el convenio ruta de la salud el cual fue diseñado e implementado para mitigar este tipo de barrera.

Dificultad de accesibilidad administrativa, con 839 registros, se ha realizado capacitaciones en normatividad vigente y mecanismos para acceder a los servicios de salud al equipo de auxiliares de servicio al ciudadano y Trabajo Social, con el fin de que brinden orientación e información veraz a la ciudadanía que accede a los servicios de salud en la Subred.

GESTIÓN SOCIAL Y FAMILIAR

Desde Trabajo Social se realiza intervención en los diferentes momentos del ciclo de atención en salud, brindando orientación y direccionamiento según el caso, identificando las necesidades y expectativas de los usuarios, brindando acompañamiento en momentos de duelo, crisis, respuestas a interconsultas cuando la problemática social lo amerita, activación de rutas de atención como ICBF, Fiscalía, Comisaria de Familia, Medicina legal entre otras. En el año se registraron un total de 33.8536 intervenciones, notificaciones y trámites 34.283, informes y reportes 40.743 e identificación de necesidades y expectativas 12.4449.

Además, se realizó todo el proceso de definición de vulnerabilidad del paciente y definición de aseguramiento, así como procesos de afiliaciones, durante la vigencia 2024 se realizaron 13.961 afiliaciones.

ABANDONOS SOCIALES

Para la vigencia 2024, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, avanzó en la activación de redes de apoyo para la ubicación de la población adulto mayor en situación de abandono social, abordando sus familias para el retorno a su núcleo familiar y realizando articulación con la Secretaría Distrital de Integración Social, entidad Distrital a cargo de la población adulto mayor en abandono social.

Sin embargo, teniendo en cuenta que la oferta de la entidad mencionada supera la demanda del Distrito, desde la Subred se realiza gestión también con entidades de carácter privado sin ánimo de lucro.

Para el año, ingresaron un total de 48 pacientes, con los cuales el equipo de trabajo social realizó gestión con 100%, de los cuales fueron ubicados un total de 34 usuarios, con un cumplimiento del indicador del 70.83%. Como se muestra a continuación:

Tabla No. 40 Gestión abandono Social

% UBICACIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR		
INICIO PERIODO 2024	20	76.59%
INGRESOS NUEVOS 2024	27	
TOTAL, INGRESOS	47	

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

TOTAL, EGRESOS 2024	36	
ACTIVOS	11	

Fuente. Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano

De los 36 usuarios ubicados, 10 se fueron para entidades privadas, 11 para públicas, 6 egresaron con red de apoyo familiar, 6 fallecieron y 3 solicitaron salida voluntaria. Como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla No. 41 Motivos de ubicación abandonos sociales

ENTIDADES PRIVADAS	ENTIDADES PÚBLICAS	RED DE APOYO FAMILIAR	FALLECIDO	SALIDA VOLUNTARIA
10	11	6	6	3
28%	30%	17%	17%	8%

Fuente. Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano 2024.

Con los pacientes restantes (11) que permanecen en la entidad, cinco se encuentran ubicados en el hospital de Fontibón, cinco en el hospital de Kennedy y uno en Trinidad Galán.

RUTA DE LA SALUD

Busca contribuir el acceso de la Población usuaria a la prestación del servicio público de salud para manejo ambulatorio entre Unidades de Servicios de Salud de la Subred Sur Occidente y del Distrito de acuerdo con su condición de salud y acceso al servicio.

Tabla No. 42 Resultados Ruta de la Salud - Trazabilidad mensual traslados vs. usuarios:

PROGRAMA RUTA DE LA SALUD SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E. Convenio N. 0013 – 2023 TRASLADOS VIGENCIA 2.023 - 2.024			
MES	N. TRASLADOS	%	N. USUARIOS
Julio 2.023	310	0,70	179
Agosto 2.023	511	1,15	314
Septiembre 2.023	574	1,29	378
Octubre 2.023	542	1,22	353
Noviembre 2.023	1.155	2,60	671
Diciembre 2.023	3.961	8,92	2.739
Enero 2.024	6.739	15,18	3.842
Febrero 2.024	7.124	16,05	4.415
Marzo 2.024	6.967	15,69	4.726
Abril 2.024	8.083	18,21	4.812
Mayo 2.024	7.018	15,81	3.887
Junio 2.024	1.413	3,18	858

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

TOTAL	44.397	100%	27.174

Fuente: oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano 2024 – Convenio Ruta de la Salud

La anterior tabla refleja los resultados de la gestión realizada mediante el convenio de Ruta de la Salud Convenio N. 0013 – 2023, en el periodo de ejecución Julio 2023 a 10 de junio 2.024.

CENTRAL DE INFORMACIÓN

La central de información da respuesta a los diferentes entes de control, mediante la gestión de citas médicas, programación de cirugías, teniendo en cuenta los tiempos establecidos en la normatividad vigente a través de diferentes estrategias:

- Atención correo institucional, se realizó la gestión de los siguientes casos:

Tabla No. 43 . Atención casos correo institucional

MES	GESTIONADOS	PENDIENTES	REDIRECCIONADOS	TOTAL, REPECIONADOS
ENERO	102	0	24	126
FEBRERO	147	0	31	178
MARZO	86	0	18	104
ABRIL	185	0	80	265
MAYO	190	0	44	234
JUNIO	160	0	52	212
JULIO	255	0	54	309
AGOSTO	136	0	40	176
SEPTIEMBRE	124	0	27	151
OCTUBRE	66	0	14	80
NOVIEMBRE	98	0	20	118
DICIEMBRE	69	0	9	78
TOTAL	1.618	0	413	2.031

Fuente: oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano 2024 – oficina central de información

La anterior tabla da cuenta de la cantidad de casos recepcionados por correo electrónico de los diferentes entes de control, para la vigencia de recepcionaron 2.031 casos, gestionado 1.618, redireccionados por no pertinencia 413 y pendientes 0 casos.

- Estrategia “A tu servicio”

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Diseñada para identificar y captar usuarios que, durante el ciclo de atención, manifiestan insatisfacción sobre los canales para acceder y solicitar sus citas médicas, esta estrategia es liderada por la oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano en articulación con las direcciones asistenciales, dando respuesta directa a la inconformidad y educando sobre el uso correcto de los canales de asignación.

Tabla No. 44 Gestión a tu servicio

MES	CITAS GESTIONADAS
ENERO	32
FEBRERO	83
MARZO	42
ABRIL	41
MAYO	36
JUNIO	31
JULIO	44
AGOSTO	56
SEPTIEMBRE	42
OCTUBRE	62
NOVIEMBRE	75
DICIEMBRE	69
TOTAL	613

Fuente: oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano 2024 – oficina central de información

La anterior tabla da cuenta de las citas médicas asignadas bajo la estrategia a tu servicio, teniendo un total de **613** citas asignadas en la vigencia 2024.

- Gestión PQRD Super Intendencia Nacional de Salud

En articulación con las direcciones de ambulatorios, complementarios y hospitalarios de la Subred, se realiza gestión de las Peticiones, Quejas, Reclamos y Derechos de Petición en los tiempos establecidos en la circular por la Super Intendencia Nacional de Salud el 11 de

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

julio de 2023. Cabe mencionar que los casos son reportados por la EPS Capital Salud de manera diaria para la respectiva gestión.

Tabla No. 45. PQRD recepcionados Super Intendencia Nacional de Salud

MES	PQRD
ENERO	658
FEBRERO	883
MARZO	868
ABRIL	998
MAYO	890
JUNIO	650
JULIO	1011
AGOSTO	897
SEPTIEMBRE	633
OCTUBRE	1038
NOVIEMBRE	899
DICIEMBRE	736
TOTAL	9.528

Fuente: oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano 2024 – oficina central de información

Como se puede observar en la anterior tabla, para la vigencia 2024 se recepcionaron en total **9.528** requerimientos ciudadanos.

5.3. PRINCIPALES LOGROS

- Cumplimiento del 100% de las actividades programadas en el plan de acción de la Política Pública de Servicio al Ciudadano.
- Avance en la implementación de estrategias lúdicas encaminadas a la socialización de derechos y deberes.
- Implementación de procesos sistemáticos de fortalecimiento del que hacer de auxiliares y trabajadoras sociales a través de temas formativos mediante encuentros de aprendizaje continuo.
- Fortalecimiento del eje de atención centrada en el usuario mediante diferentes estrategias encaminadas a visibilizar dicho eje.
- Información estandarizada para entregar al usuario en los diferentes momentos del ciclo de atención.
- Seguimiento a la oportunidad en la respuesta a los requerimientos que ingresen a la institución a través de los diferentes mecanismos de escucha, generando planes de

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

mejoramiento con las diferentes áreas de acuerdo a lo identificado en la matriz de necesidades.

- A través de la estrategia “estrellas luminosas” se prioriza la ciudadanía al ingreso de las unidades, para el caso de la población con discapacidad se usa la estrella roja. Estrategia que es conocimiento de todo el personal de la Subred.
- Cumplimiento del 100% de las acciones establecidas para la implementación de la Política Pública de Participación Social en Salud, destacando como fortaleza los procesos de veedurías ciudadanas y control social.
- Vinculación de 41 líderes comunitarios a los espacios e instancias de participación social en salud, logrando un incremento del 10.6% respecto de la base social de la vigencia 2022.

5.4. PRINCIPALES DIFICULTADES

- Demoras en la respuesta de ubicación a pacientes en situación de abandono social por parte de la secretaria de Integración Social por la no disponibilidad de cupos.
- Falta de corresponsabilidad de las familias, puesto que se rehúsan al cuidado y delegan responsabilidades a terceros (EPS o IPS de atención)
- Fallas en los aplicativos para verificar condiciones de aseguramiento, lo cual incidió en la oportunidad de definición de aseguramiento y/o afiliación.
- Baja participación de población joven en los espacios e instancias de participación social en salud de la subred, dificultando el cambio generacional e intercambio de saberes al interior de las mismas.

5.5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL PROCESO

- Dar continuidad a la implementación de la Política Pública de Servicio al Ciudadano.
- Avanzar en las acciones enfocadas al fortalecimiento del eje de atención centrada en el usuario.
- Dar continuidad a los procesos de capacitación dirigidos al talento humano con el fin de lograr la cualificación de los equipos.
- Para la ubicación de usuarios en abandono social, es importante tener articulación con la Registraduría Nacional y tener un rubro específico para la expedición de documentos.
- Disminuir el número de Derechos de Petición por solicitud de Citas como PQRS e incentivar a los usuarios su familia y la comunidad para que hagan uso de los mecanismos establecidos por la Subred, para este fin.
- Continuar con la implementación de la Política Pública de Participación Social en Salud, garantizando la participación de la ciudadanía en el mejoramiento continuo en la prestación de servicios y toma de decisiones.
- Impulsar la continuidad del ejercicio de control social y constitución de veedurías ciudadanas a los planes, programas y proyectos que ejecuta la Entidad.
- Durante el periodo objeto del presente informe se garantizó la participación social en salud en Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente a través de las

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

diferentes acciones encaminadas a promover el actuar de los espacios e instancias de participación social en salud y la constitución de las veedurías ciudadanas. Así como también, la vinculación de actores sociales que promovieron el mejoramiento continuo de los servicios de salud.

6. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

6.1 SUBPROCESO DOCENCIA SERVICIO

RESULTADOS DE INDICADORES

PAA-05-03: Cumplimiento de acciones para cierre de oportunidades de mejora.

El equipo docencia – servicio de la oficina de gestión del conocimiento de forma activa mantiene reuniones quincenales para el cumplimiento del cronograma establecido según los procesos de autoevaluación trimestral desarrollados en las sedes priorizadas donde se realizan prácticas formativas.

PAAI 05 26: Cumplimiento de las actividades descritas en cada fase de la iniciativa para la unidad de Fontibón como unidad acreditada en salud ESE

Durante el 2024, se realizaron las actividades pertinentes al subproceso de Docencia, enmarcadas en lo establecido en los convenios docencia servicio, así como en el proceso de reconocimiento como Hospital Universitario del Hospital de Fontibón.

Dentro de las actividades cabe mencionar la ejecución de los cuatro comités Docencia Servicio, con una periodicidad trimestral, con cada una de las instituciones educativas con las que se tiene vigente el convenio docencia – servicio, en los que se realiza verificación del cumplimiento de lo establecido en los anexos técnicos, respecto de las competencias y resultados de aprendizaje, así como de lo relacionado con el bienestar del personal en formación. A partir de lo referido, se establecen las acciones de mejora a corto y mediano plazo.

Se realiza el seguimiento y retroalimentación respectiva al personal en formación, así como a los docentes, acorde con los reportes situacionales, estableciendo estrategias de manejo, fortaleciendo las herramientas de comunicación asertiva y promoviendo la adherencia al manual de bioseguridad y guías de manejo propias de la subred.

Igualmente, se da respuesta a los dos requerimientos de completitud del Ministerio de Salud, con números 202425200832691 del 11 de abril de 2024 y 2024202425201340891 del 21 de junio de 2024, para la obtención de la certificación como Hospital Universitario. Para ello, se realiza revisión de solicitudes, trabajo colaborativo con el CDEIS para verificar ajustes al documento y a los anexos y finalmente ajuste documental para radicación.

PAAI 05 27: Cumplimiento de las actividades descritas en cada fase de la iniciativa para las unidades de Occidente de Kennedy Subred Sur Occidente

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Durante el año 2024, la Unidad Hospital Occidente de Kennedy provee liderazgo en el proceso de prácticas formativas de los diferentes niveles de formación técnico, tecnológico, pregrado y posgrado, de acuerdo a los Convenios Docencia Servicio suscritos por la Subred, y a lo establecido en los anexos técnicos que constituyen la ruta de aprendizaje en cada uno de los servicios y que logran articular las prerrogativas de cada uno de los servicios con los que cuenta el Hospital.

Desde la referencia docencia – servicio, se establece la ruta de reporte situacional que garantiza escucha activa al personal en formación, docente interno y/o externo y colaborador bajo el lema oficina de puertas abiertas, garantizando la participación de las partes, el manejo in situ situacional, y la resolución de trances a partir de la comunicación asertiva, la adherencia de manuales, protocolos y procedimientos institucionales, según corresponda.

Estrategias establecidas por personal en formación y la oficina de gestión del conocimiento para lograr entre todos el cumplimiento del Pacto por el Bienestar firmado en el Distrito. Así mismo, se provee acciones de mejora que van dando cumplimiento de acuerdo a los avances continuos en la infraestructura, espacios de bienestar para el personal en formación y el proyecto Zona de Bienestar Universitario que ya cuenta con aval del Comité Hospital Universitario.

POL 05 01 001 :Docentes objeto que desarrollan actividades de docencia en la subred, capacitados en competencias pedagógicas y/o blandas.

Durante el año 2024, se realizaron estrategias de sensibilización y reconocimiento al colaborador que realiza actividades docentes, así como búsqueda de estrategias para la adherencia a cualificación en competencias pedagógicas, habilidades blandas, clima de aprendizaje.

POL 05 01 002: Porcentaje de escenarios de práctica formativa ofertados por la Subred que cumplen con las condiciones básicas de calidad.

Durante el 2024, se realizaron las autoevaluaciones pertinentes al subproceso de Docencia, basadas en la necesidad de verificar y mejorar las condiciones básicas de calidad en cada uno de los escenarios de practica ofertado por la subred suroccidente en relación a los convenios docencia servicio.

Dentro de las actividades desarrolladas se inició con un proceso de validación inicial que permitió establecer las sedes que durante el 2024 tuvieron rotación activa del personal en formación, esto ligado a la información y retroalimentación obtenida en cada comité docencia servicio que se ejecutó con cada una de las instituciones de educación con las que se tiene convenios activos, se proyectó un cronograma de visitas, el cual permitió conocer y valorar las sedes, desde los aspectos administrativos, de infraestructura y personal que labora en cada unidad, evidenciando los puntos que son de vital refuerzo desde la visión de la docencia y la investigación.

Una vez realizada la autoevaluación de cada sede, se realiza una revisión de los aspectos a trabajar y en conjunto con el líder de la unidad se realiza un seguimiento y retroalimentación respectiva al personal de la subred en aspectos como el reconocimiento de la oficina de gestión del conocimiento, los anexos técnicos, prerrogativas de los servicios, identificación

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

del personal en formación y las actividades que estos desarrollan en cada sede. Logrando así un fortalecimiento e implementación de herramientas de comunicación asertiva y promoviendo la interacción de manera interdisciplinar de todos los colaboradores de la Subred.

Las condiciones de calidad en las trece sedes donde se desarrollan prácticas formativas son objeto de autoevaluación de acuerdo a los lineamientos normativos, desde la Oficina de Gestión del Conocimiento se realiza verificación, seguimiento y apoyo al cumplimiento de Plan de Mejora según los resultados de las categorías de la autoevaluación en aspectos generales, capacidad instalada para la docencia, seguridad, protección y bienestar, organización administrativa para la docencia servicio, personal docente, prácticas formativas y aseguramiento de la calidad de las prácticas formativas

POL 05 01 003: Porcentaje de ocupación Académica en práctica simultanea subred sur occidente ESE.

Para el 2024 se definió la capacidad académica instalada de trece sedes para la Subred Sur Occidente avalados como escenarios de práctica formativa de baja, mediana y alta complejidad, de manera concertada con los líderes de cada una de las sedes, los referentes docencia de los servicios, los acuerdos establecidos con las instituciones de educación superior, basada en los convenios docencia servicio vigentes según plan de práctica formativa y anexos técnicos establecidos.

POL 05 01 004: Proporción de eventos adversos gestionados asociados al proceso de Docencia de servicios a nivel subred.

La Oficina de Gestión del conocimiento en liderazgo de las referentes Docencia servicio de cada una de las sedes durante el ingreso del personal en formación se verifica la afiliación por parte de la Institución Educativa a la ARL de cada uno de los estudiantes y docentes externos, así mismo, durante la inducción institucional se reconoce la ruta de activación de ARL en caso de reportar eventos adversos que impliquen Accidentes Laborales ocasionados durante el desarrollo de la práctica formativa en cada una de las sedes de la Subred.

En la participación de las mesas primarias de calidad, comités docencia servicio, eventos de cierres de prácticas formativas con el personal en formación, y en los servicios se verifica el reporte de eventos adversos producto de la relación docencia servicio, ocasionado en el desarrollo de la práctica formativa, todos aquellos eventos se reportan a un documento de seguimiento en línea que permite reconocer el total de eventos adversos prevenibles en la Subred Sur Occidente E.S.E., así como, el acompañamiento en la activación de la ruta con la Institución Educativa y la ARL del estudiante.

Riesgo 1: Posibilidad de afectación reputacional por falta de adecuación, adaptación y/o verificación periódica de áreas.

Se establece desde la Oficina de gestión del conocimiento realiza reunión mensual para garantizar monitoreo de las actividades planteadas y el nivel de avance de la proyección establecida.

Riesgo 3: Posibilidad de afectación reputacional por falta de cálculo y verificación del número de estudiantes en formación.

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Se realiza de manera trimestral seguimiento a la Capacidad Académica Instalada en los servicios ofertados, así mismo de forma continua se establece seguimiento a las solicitudes de ingreso del personal en formación pro parte de las Instituciones Educativas.

Riesgo 4: Posibilidad de afectación reputacional y económica por falta de acompañamiento y supervisión de los eventos de seguridad del paciente y supervisión de los eventos de seguridad del paciente derivados de las prácticas formativas de los estudiantes y docentes.

Durante el proceso de inducción institucional se garantiza reconocimiento de plataforma de gestión documental Almera, de acuerdo a los usuarios establecidos para cada Institución Educativa que garantiza la documentación para la apropiación conceptual del personal en formación y la adherencia de protocolos, procedimientos, guías de práctica clínica, las prerrogativas de cada uno de los servicios de rotación y los anexos técnicos que establecen la delegación progresiva y competencias a desarrollar del estudiante en el escenario de práctica.

INDICADOR

PAAI O5 27.1: Cumplimiento de las actividades descritas en cada fase de la iniciativa para la unidad de Tintal como unidad acreditada en salud ESE

Durante el 2024, se realizaron las actividades pertinentes al subproceso de Docencia, enmarcadas en lo establecido en los convenios docencia servicio, así como en el proceso de reconocimiento como Hospital Universitario del Hospital de Pediátrico Tintal.

Dentro de las actividades cabe mencionar la ejecución de los cuatro comités Docencia Servicio, con una periodicidad trimestral, con cada una de las instituciones educativas con las que se tiene vigente el convenio docencia – servicio, en los que se realiza verificación del cumplimiento de lo establecido en los anexos técnicos, respecto de las competencias y resultados de aprendizaje, así como de lo relacionado con el bienestar del personal en formación. A partir de lo referido, se establecen las acciones de mejora a corto y mediano plazo.

Se realiza el seguimiento y retroalimentación respectiva al personal en formación, así como a los docentes, acorde con los reportes situacionales, estableciendo estrategias de manejo, fortaleciendo las herramientas de comunicación asertiva y promoviendo la adherencia al manual de bioseguridad y guías de manejo propias de la subred.

Igualmente, se da respuesta al requerimiento de completitud del Ministerio de Salud, con número 202425201343641 del 23 de junio de 2024, para la obtención de la certificación como Hospital Universitario. Para ello, se realiza revisión de solicitudes, trabajo colaborativo con el CDEIS para verificar ajustes al documento y a los anexos y finalmente ajuste documental para radicación.

POL 05 01 004: Proporción de Eventos Adversos gestionados asociados al proceso de Docencia de Servicios a nivel Sub Red.

Durante el 2024, se realizaron los seguimientos pertinentes al subproceso de Docencia, basadas en la necesidad de verificar, acompañar y retroalimentar los eventos adversos que

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

se presentan a raíz de la ejecución de las practicas clínicas y administrativas del personal en formación que realiza sus prácticas en la subred Sur Occidente.

De este proceso se resalta que durante el año en curso no se presentó ningún reporte por parte del área de seguridad del paciente, donde se tenga la participación del personal en formación. En virtud de que este indicador no presentó ninguna novedad durante el año y en pro de continuar mejorando los procesos de reporte y minimizar el riesgo, se realizaron refuerzos sobre todo el proceso de atención, seguridad del paciente, atención humanizada y manejo de paciente agresivo con todo el personal en formación, desde las diversas inducciones y reinducciones presenciales realizadas a lo largo del periodo. Fortaleciendo así nuestro proceso de acompañamiento, verificación y capacitación en los procesos, guías, protocolos y manuales de la subred suroccidente.

Proceso de inducción virtual y registro al personal en formación para las prácticas formativas.

Durante el proceso de inducción, se proporciona atención integral al personal en formación que ingresa a la Subred Sur Occidente. en la Oficina de Gestión del conocimiento Docencia y servicio denominado inducción virtual. Esta inducción se lleva a cabo en la plataforma MOODLE y está dirigida tanto a los estudiantes de todos los programas académicos que realizarán su práctica formativa en la Subred Sur Occidente, como a los docentes externos que supervisarán y acompañarán al personal en formación.

El registro del personal en formación se efectúa el primer día de su práctica formativa, momento en el cual debe presentarse en la Oficina de Gestión del Conocimiento. Allí, deberá diligenciar unos formatos de asistencia y participar en la reinducción presencial. Durante esta sesión, se refuerza información fundamental sobre la Subred, así como sobre la Oficina de Gestión del Conocimiento e Investigación. Se abordan temas como el uso de la plataforma Almera, anexos técnicos, protocolos y guías de práctica clínica, procesos de investigación, entrega de notas al culminar sus prácticas todo el programa académico de medicina, conducto regular, uso adecuado de elementos de protección personal en los escenarios de práctica formativa, correcto lavado de manos y uso de uniformes y batas dentro de la institución, así como principios de humanización y protocolos de bioseguridad.

Los temas a tratar dentro de nuestra aula de inducción virtual constan de seis módulos los cuales fueron seleccionados dentro de los procesos y de las temáticas más relevantes de la Subred Sur Occidente y se denominan de esta manera:

A. Módulos Inducción Virtual (Moodle)

- **Quienes somos:** Este módulo nos habla sobre la información en general del modelo de salud, la fusión de las cuatro subredes, en donde se encuentran ubicadas. También se explica todo el tema relacionado con la dirección y coordinación de hospitalización y de nuestros servicios, nos presentan las subgerencias de la Subred Sur Occidente.
- **Oficina gestión del conocimiento – Docencia servicio e investigación:** Para este módulo compartimos el objetivo, la operación en curso de la oficina, también difundimos en donde nos encontramos ubicados dentro de la estructura de la organización del mapa de

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

procesos de la Subred Sur Occidente; se pueden observar los lineamientos y la ruta para el proceso de presentación de trabajos de investigación. También nos habla de cuáles son las instituciones y universidades educativas que tienen convenio activo con nosotros, los escenarios de práctica formativa, derechos y deberes del personal en formación y riesgos docencia y servicio.

- **Ejes transversales:** Difundimos información referente a Seguridad del paciente, adherencia a normas de bioseguridad, higiene de manos, y humanización.
- **Covid – 19:** Generalidades del Covid 19, uso adecuado de los elementos de protección personal.
- **Plan institucional de gestión ambiental (PIGA):** Nos habla de la política, estrategia de comunicación, aspectos ambientales, programas, implementación de buenas prácticas ambientales, consumo sostenible, manejo integral de residuos, cambio de código de colores y segregación de residuos y manejo integral.
- **Evaluación:** Esta evaluación consta de 17 preguntas relacionadas con los módulos mencionados.
- **Encuesta de satisfacción:** Se ha diseñado una encuesta con el propósito de recopilar las opiniones y experiencias del personal en formación y de los docentes externos. Este proceso busca garantizar que la inducción virtual se alinee efectivamente con los principios de aprendizaje continuo.

B. Instituciones Educativas Para Prácticas Formativas 2024*

- Las universidades e instituciones educativas involucradas han puesto en marcha los programas necesarios para llevar a cabo las prácticas formativas correspondientes a los diferentes programas académicos, las cuales son:

Institución Educativa Superior (IES)

- Corporación Universitaria Iberoamericana
- Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS
- Fundación Universitaria del Área Andina
- Fundación Universitaria San Martín
- Fundación Universitaria Sanitas
- Pontificia Universidad Javeriana
- Universidad Antonio Nariño
- Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca
- Universidad Cooperativa de Colombia
- Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales - UDCA
- Universidad de la Sabana
- Universidad de los Andes
- Universidad del Rosario
- Universidad Ecci
- Universidad el Bosque
- Universidad Manuela Beltrán
- Universidad Militar Nueva Granada
- Universidad Nacional

Institución Educativa para el Trabajo y Desarrollo Humano (IETDH)

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

- Escuela de Auxiliares - ESAE
 - Escuela de Administración y Formación en salud
 - Escuela de Salud San Pedro Claver
 - Instituto Colombiano de Aprendizaje - INCAP
 - Medised
 - Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA
- En el año 2024, se ha registrado la participación del personal en formación, alcanzando un total de 3.943 estudiantes que rotaron hasta la fecha.

c. Informes y Otras Actividades.

- Se elabora Informe mensual, trimestral y anual de la inducción virtual en forma detallada de las inducciones virtuales realizadas por el personal en formación al momento de ingresar a su práctica formativa. Este informe incluye información sobre la cobertura, apertura y apropiación de la inducción.
- Seguimiento a la encuesta de satisfacción del bienestar estudiantil la cual se aplicación al personal en formación que realizaron su práctica formativa en la subred. Los resultados se generan en una estadística periódica de carácter trimestral.
- Se generan reportes sobre los estudiantes que no completaron el proceso de inducción virtual, los cuales se envían a los coordinadores de práctica formativa de cada institución educativa.
- Apoyo en el asegúrate: se brinda apoyo en la elaboración y entrega del reporte mensual correspondiente al "Asegúrate".
- Elaboración de Informe mensual sobre el personal en formación, se tiene en cuenta el número de estudiantes en práctica formativa al Centro Distrital de Educación e Investigación en Salud (CDEIS).
- Se gestionan y envían los formatos necesarios para la entrega de elementos de protección personal al personal en formación académica.
- Se elaboran actas mensuales que registran las inducciones presenciales realizadas a los estudiantes al inicio de su práctica formativa.
- Se lleva a cabo la verificación de datos personales en las rejillas proporcionadas por las instituciones educativas.
- Atención a solicitudes enviadas al correo electrónico y otras solicitudes del personal en formación o de las instituciones educativas.
- Participación activamente en las reinducciones mensuales dirigidas al personal en formación de la Subred Sur Occidente.
- Verificación y seguimiento a la documentación propia del proceso la cual es cargada en la plataforma Almera, en caso de requerir archivar en forma física, se da cumplimiento a lo establecido por el proceso de Gestión Documental de la Subred.
- Se registra, entrega y da seguimiento a los carnets, que son otorgados exclusivamente al personal interno o residente que rotará en la Subred Sur Occidente por un periodo de 6 meses a un año.
- Se gestiona la presentación del personal en formación a Líderes y Referentes de Docencia de las diferentes unidades, teniendo en cuenta el debido diligenciamiento y se envía verifica por correo institucional de la presentación de los estudiantes a los servicios asistenciales.

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

PRINCIPALES LOGROS

- Ajuste de los procesos de inducción y registro del personal en formación y docentes externos al ingreso a las sedes de la Subred.
- Mayor reconocimiento respecto de la mediación de la oficina de gestión del conocimiento respecto de los procesos de docencia y bienestar tanto para el personal en formación como para los docentes y colaboradores en general.
- Seguimiento a los reportes situacionales tanto de personal en formación como de docentes y colaboradores, para la generación de estrategias de mejora a corto y mediano plazo.
- Favorecimiento de la cultura de hospital universitario, involucrando a los colaboradores de las diferentes áreas y servicios del Hospital de Fontibón y Hospital Pediátrico Tintal.
- Proyección de instrumento de seguimiento a los procesos de docencia para establecer planes de mejora a corto, mediano y largo plazo, incluyendo los aspectos de: Seguridad, protección y bienestar, Humanización, Delegación progresiva, Personal docente, Personal en formación y Prácticas formativas; para aplicarse a personal en formación, docentes y colaboradores.
- Participación de las acciones del pacto por la salud mental de los profesionales de la salud, reconocimiento de la ruta de salud mental de las instituciones educativas y activación oportuna.
- Reconocimiento del personal en formación y docentes externos en la Subred Sur Occidente como eje misional y visional del desarrollo de procesos de docencia, investigación e innovación.
- Reconocimiento de las Instituciones Educativas en la ruta de Ingreso y registro, e inducción institucional del personal en formación y docentes externos.
- Mayor reconocimiento de los procesos de docencia respecto de la mediación de la oficina de gestión del conocimiento para el personal en formación, docentes, colaboradores e Instituciones Educativas.
- Reconocimiento de los procesos de docencia y la importancia de brindar continuidad a la cultura de Hospital Universitario.
- Actualización a las bases de datos internas de la presentación de estudiantes, que permitieron contener toda la información sensible e información de presentación y rotaciones en una sola base general para la oficina.
- Creación y puesta en marcha en formularios de presentación, evaluaciones y notas, permitiendo ajustar y digitalizar los procesos.
- Actualización del proceso de asignación de turnos, basados en la ley de residentes.
- Actualización de la matriz de reporte de turnos y solicitud de bonos de alimentación para internos y residentes.
- Seguimiento a los reportes de seguridad del paciente donde se evidencio presencia de estudiantes y retroalimentación al personal en formación e instituciones educativas sobre la adecuada adherencia a los protocolos guías y manuales de la subred suroccidente.
- Seguimiento sobre el cumplimiento de los anexos técnicos en cada uno de los servicios que cuenta con rotación de estudiantes, evaluando la participación en las actividades descritas, cumplimiento de horarios y delegación progresiva.
- Información de primera mano del personal en formación: Se ha implementado una rejilla estructurada con un instructivo para el diligenciamiento adecuado, lo que ha permitido obtener información directa del personal en formación.
- Resultados de la presentación del personal en formación: La presentación del personal en formación se realiza semanalmente, donde se introducen los datos del estudiante, el

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

servicio que va a acompañar y los tiempos de rotación, el cual se envía por correos institucional a cada líder o referente de docencia. Este enfoque ha generado excelentes resultados, ya que los servicios están al tanto de la llegada del personal en formación y de los tiempos de rotación. Esto facilita una comunicación clara y precisa con cada uno de los servicios, también se ha mejorado la interacción con las unidades de baja complejidad mediante la presentación del personal en formación a los líderes encargados, lo que ha optimizado la integración de los estudiantes en estas áreas.

- **Articulación con otros programas:** Se ha fortalecido la colaboración con otros programas, como enfermería, fisioterapia, farmacia y administración en salud. Gracias a esta articulación, el personal en formación ha sido presentado a los líderes y referentes de docencia correspondientes en cada unidad de rotación.
- **Gestión Documental,** a partir del mes de septiembre del año en curso, se ha implementado una ruta para el cargue de documentos del personal en formación y de los docentes externos en la plataforma Almera. Esta iniciativa ha permitido un seguimiento más eficiente y oportuno de la documentación correspondiente.
- **Colaboración con Instituciones Educativas,** estableciendo una articulación directa con las instituciones educativas. Durante el seguimiento a la gestión documental y las inducciones virtuales, si se detectan inconsistencias o falta de cumplimiento en lo mencionado anteriormente, se informa a las instituciones educativas correspondientes, quienes colaboran con el seguimiento necesario.

6.2 SUBPROCESO DE INVESTIGACIÓN

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur occidente E.S.E., a través de la Política de Investigación promueve el desarrollo de la misma con carácter científico de alta calidad, que permite generar nuevo conocimiento en las líneas y temáticas de mayor relevancia, de acuerdo con las necesidades de salud de la población de influencia. Lo anterior, se realiza mediante el fortalecimiento de capacidades en investigación, que involucran colaboradores, docentes y personal en formación, la transferencia, uso y apropiación social del conocimiento, el respeto por la normatividad vigente relacionada con propiedad intelectual, el apoyo a la formación en investigación, el desarrollo de alianzas con entidades reconocidas por su amplio conocimiento y experiencia en investigación.

El propósito fundamental es desarrollar investigación formativa y científica de alta calidad, metodológica, ética e innovadora, mediante el fortalecimiento de procesos y capacidades institucionales, del talento humano (colaboradores, docentes y personal en formación), la cooperación entre grupos y redes de conocimiento, la implementación de estrategias de generación, transferencia, uso y apropiación del conocimiento, que contribuyan al abordaje de necesidades relevantes en salud de los usuarios, familia y comunidad, la prestación de servicios de salud con altos estándares de calidad, el progreso de la ciencia en el campo de acción de la Subred y el logro de resultados positivos en salud.

Desde el subproceso de investigación se fomenta el desarrollo de investigaciones de acuerdo a las políticas internas, se promueve las relaciones de los investigadores con la sociedad y los procesos de gestión y apropiación social del conocimiento, estimula la articulación de la investigación con la docencia.

A partir de la resolución 132 del 15 de febrero 2023, se establece la conformación y desarrollo del Centro de investigaciones, de igual manera se formaliza el Comité de Investigación bajo resolución 095 del 03 de febrero de 2023, dicho Comité sesiona de manera mensual o extraordinaria, con el fin de realizar evaluación y emitir concepto de

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

factibilidad del proyecto de investigación, artículos o reportes de caso presentado ante a Subred.

Todo estudio científico presentado a la entidad, por investigadores internos o externos es verificado en su totalidad por el Comité de Investigación, para posterior envío a revisión y aprobación por parte del Comité de Ética en Investigación institucional, con el fin específico de conducir proyectos de investigación o reportes de caso con el cumplimiento estricto del respeto a los derechos, la dignidad, la seguridad, confiabilidad, confidencialidad y el bienestar de los sujetos participantes.

Con el fin de mitigar la fuga o pérdida de conocimiento se cuenta con lineamientos institucionales para la presentación, verificación, aprobación, desarrollo y generación de resultados de un proyecto de investigación o reporte de caso, seguimiento desde el Centro de Investigación de estos y definición institucional para la filiación de la entidad.

La implementación de la política de investigación es desarrollada a través de diversas estrategias que permiten alcanzar los objetivos establecidos:

El fortalecimiento de conocimiento y formación en investigación se genera al brindar la posibilidad en la participación como semilleros de investigación contando con el espacio de dos horas semanales para el desarrollo de competencias en esta área, de tal manera que a la vigencia 2023 se cuentan con 46 semilleros; de igual manera, se da la posibilidad de la rotación en investigación, como práctica electiva voluntaria (dentro de los 3 meses de rotación), para el personal en formación que así lo desea, para ello se realiza asesoría personalizada por parte del recurso humano que conforma el Centro de investigaciones.

Adicionalmente, se incluyen capacitaciones a personal docente y colaboradores enfocados en temas de investigación: metodología, ética en investigación, planteamiento de un proyecto de investigación o estudio de caso y la promoción de una cultura científica en toda la organización.

La transferencia, uso y apropiación social del conocimiento, se realiza a través de mecanismos para compartir los resultados de la investigación con la comunidad y otros actores relevantes en el campo de la salud, lo cual incluye la asesoría metodológica para la publicación de estudios en revistas científicas y participación en eventos de divulgación científica (congresos, seminarios, entre otros).

Para compartir o transferir el conocimiento al interior y exterior de la entidad, se realiza de manera periódica simposios y jornadas internas, los cuales son realizados con la participación de expertos en diversas áreas de la salud, estos eventos periódicos permiten a los colaboradores y personal en formación acceder a nuevos conocimientos y actualizaciones en temas relevantes, aportando a la formación continua y la discusión de investigaciones y casos clínicos, permiten a su vez la divulgación externa, dirigida a la comunidad y grupos externos, se incluye charlas públicas o conferencias de nuestros investigadores.

Entre los eventos realizados entre simposios y jornadas de investigación se realizaron para la vigencia 2021 un total de 7 eventos, en la vigencia 2022 fueron 9 eventos y para el año 2023 como estrategia de impacto se realizó el Congreso de Gestión del conocimiento el cual

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

incluyo la participación de las líneas de investigación existentes, abarcando diferentes temáticas con participación de expertos nacionales e internacionales.

Las publicaciones y boletines internos permiten compartir los resultados científicos de investigaciones realizadas en la Subred, generando conocimiento, buenas prácticas y lecciones aprendidas con el personal interno y otros grupos de interés. Desde la vigencia 2022 la Subred cuenta con el Boletín Somos Ciencia identificado con código ISSN 2981-5169 otorgado por la Biblioteca Nacional de Colombia, el cual avala este producto científico a nivel nacional e internacional, de tal manera que desde dicha vigencia se cuenta con 8 publicaciones, su generación es trimestral y es divulgada por todos los canales de comunicación y en la página Web de la Subred Sur Occidente.

En el marco del desarrollo de alianzas estratégicas se cuenta con convenios de cooperación que permiten facilitar el acceso a recursos y conocimientos adicionales, así como la realización de investigaciones conjuntas, a la fecha se cuentan con los siguientes convenios: IDCBIS, Instituto Nacional de Cancerología y Universidad del Rosario.

La Subred tiene participación con 3 redes de investigación nacional: Red Nacional de Investigación en Cáncer, Red Distrital de Investigación e Innovación y Red Nacional de Comité de Ética en Investigación y Comités de Bioética (Nodo Bogotá), lo cual permite la colaboración y el intercambio de conocimientos con otros investigadores y organizaciones.

Con relación a la aplicación de resultados de investigación científica, estos se traducen en análisis y mejora en la práctica clínica, administrativa y de salud pública, a través de la implementación de recomendaciones basadas en la evidencia y la adaptación de políticas y prácticas según lo dictado por la investigación.

La Subred cuenta con estrategias para fomentar la innovación, entre las cuales se encuentran: espacios de generación de conocimiento, las cuales son áreas físicas o virtuales dedicadas específicamente para que los colaboradores y personal en formación puedan aportar, compartir ideas y experimentar con nuevas soluciones; incentivos de reconocimiento a los colaboradores y personal en formación por sus contribuciones innovadoras, exaltando su participación y generación de conocimiento, apoyo con la traducción al idioma inglés del producto a publicar y metodología general para presentación a revistas científicas; se ofrece capacitación en innovación a colaboradores, investigadores y personal en formación, a través de la estrategia denominada “Jueves de Investigación”, contribuyendo al desarrollo de habilidades y conocimientos necesarios para generar ideas innovadoras.

De otro lado, se fomenta la diversidad y la inclusión de profesionales multidisciplinarios en las líneas de investigación existentes, con el fin de contar con el análisis desde diferentes perspectivas y experiencias, lo que puede conducir a ideas innovadoras, a su vez las diferentes alianzas existentes con universidades o centros de investigación generan intercambio de conocimientos y apoyo para impulso de la innovación a través de la investigación conjunta.

En el año 2024, La Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente ha avanzado significativamente en la promoción y fortalecimiento de la investigación en salud durante el período evaluado. Durante este período, se priorizó la generación de conocimiento en áreas

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

estratégicas como enfermedades huérfanas, atención primaria en salud (APS), salud mental y enfermedades cardiovasculares. La Subred lideró 30 proyectos de investigación activos, con una participación destacada de equipos multidisciplinarios conformados por personal asistencial, administrativo y académico. Estos proyectos han abordado temas críticos como la integración de servicios, el acceso equitativo a la atención y el impacto de intervenciones preventivas en la población.

1. Logros

- Obtención del código ISSN 2981-5169 para el boletín institucional “Somos Ciencia”, otorgado por la Biblioteca Nacional de Colombia, el cual avala este producto científico a nivel nacional e internacional, la asignación de este código representa un reconocimiento oficial a la calidad y rigor de la publicación.
 - Se logró incentivar un mayor número de participantes para formar parte de los semilleros de investigación en las diversas líneas y en el Centro de Investigación. Este logro refleja no solo un creciente interés en la investigación, sino también una activa participación y compromiso.
 - Cierre al 100 % de las oportunidades de mejora identificadas en informe de ICONTEC, lo anterior permite evidenciar el compromiso con la mejora continua, abordando de manera efectiva los aspectos a mejorar.
 - Fortalecimiento de los semilleros de investigación siendo clave para involucrar a profesionales en formación en procesos investigativos. Actualmente, 10 semilleros están activos, desarrollando estudios orientados a resolver problemáticas locales. Además, se promovió la capacitación del personal de salud en metodologías de investigación y análisis de datos. En total, participaron 60 asistentes en talleres y cursos especializados, que incluyeron temas como coordinación de estudios clínicos, buenas prácticas clínicas y sesiones de "Jueves de Investigación", donde se trataron temas como muestreo y cómo redactar un protocolo de investigación.
 - En cuanto a la producción científica, se lograron publicar tres artículos en revistas indexadas nacionales e internacionales. Estos artículos abordan temas como la evaluación de modelos de atención integrados y la implementación de políticas de salud pública en la Subred. Asimismo, se realizaron presentaciones en 6 congresos y eventos científicos, fortaleciendo la visibilidad del trabajo investigativo de la Subred Suroccidente a nivel nacional e internacional.
 - Los dos grupos de investigación de la Subred Suroccidente fueron presentados en la medición de grupos realizada por el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación (Min Ciencias), con el fin de mantener y mejorar la categorización y el impacto científico de estos grupos.
 - Se han consolidado alianzas estratégicas con universidades locales, centros de investigación y organizaciones gubernamentales. Entre los convenios más destacados se encuentra la colaboración con la Universidad del Rosario y el IDCBIS, lo que ha
- “ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN.”

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

permitido desarrollar investigaciones conjuntas, acceder a recursos técnicos y participar en redes de intercambio de conocimiento. Además, se encuentra en proceso la creación de una nueva cooperación en investigación con la Universidad Uniagraria.

- En 2024, la Subred Suroccidente logró una destacada participación al ser seleccionada como coejecutores en cuatro proyectos dentro de la Convocatoria de Investigación para la Toma de Decisiones en Salud Mental en Bogotá. Esta convocatoria es liderada por ATENEA, en alianza con la Secretaría Distrital de Salud (SDS). La iniciativa es fruto de una colaboración estratégica con las Subredes Centro Oriente, Sur y Norte, la SDS, y diversas universidades, como la Universidad Antonio Nariño, la Universidad Nacional y la Universidad del Rosario. Esta alianza refuerza el compromiso de la Subred Suroccidente en la investigación aplicada y la toma de decisiones en salud mental, promoviendo un enfoque colaborativo y multidisciplinario en la región.

2. Retos

- Presentar y gestionar lo correspondiente para presentar el nuevo Hospital de Bosa ante el INVIMA para lograr la certificación en Buenas prácticas clínicas (BPC).
- Fortalecer las investigaciones observacionales, con el fin de aumentar la publicación en revistas indexadas.
- Realizar el II Congreso de investigación con énfasis en infecciones en el año 2025.
- Realización de ensayos clínicos, de acuerdo con la normatividad vigente.
- Fortalecer las estrategias que integren de forma armónica las practicas formativas, la docencia y la investigación.
- Se debe continuar con el reconocimiento nacional o internacional de los investigadores y sus productos realizados en la Subred Sur Occidente.
- Se deben fortalecer alianzas con universidades y centros de investigación para ampliar las capacidades técnicas y operativas.

3. Aspectos relevantes para el nuevo año 2025:

- Continuar con el fortalecimiento del conocimiento e investigación a través de los eventos programados para la vigencia: semana de gestión de conocimiento y de congreso de conocimiento, en los cuales se incluye la participación de las líneas de investigación existentes, donde se exponen los avances en investigación e innovación.
- Mantener la ejecución, avances y cumplimiento de oportunidades de mejoramiento que se generen por autoevaluación o seguimiento de ICONTEC, auditorías internas o externas, dando continuidad a la mejora continua de acuerdo con el sistema único de Acreditación.
- Se debe consolidar una agenda de investigación alineada con las prioridades del Plan Territorial de Salud y las necesidades identificadas en la población atendida. Además, se buscará establecer convenios estratégicos con instituciones académicas y científicas para garantizar la sostenibilidad de las iniciativas investigativas. Finalmente, se impulsará el desarrollo de una plataforma digital que facilite la gestión, monitoreo y difusión de los proyectos de investigación en curso.

7. COMUNICACIONES

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. cuenta con una Oficina Asesora de Comunicaciones (OAC), encargada de implementar el proceso de Gestión de Comunicaciones. Dicho proceso se cataloga como estratégico y tiene por objetivo *“Implementar estrategias de comunicación que faciliten la socialización efectiva y transparente de los logros y avances institucionales a los diferentes públicos (internos y externos), en el marco de una atención en salud centrada en el usuario”*

El proceso estratégico de Gestión de Comunicaciones cuenta con dos subprocesos: Comunicaciones Externas y Comunicaciones Internas. Asimismo, se dispone de un Manual de Comunicaciones (Código 2024-03-0) que establece las estrategias de comunicación a implementar en cada uno de los subprocesos, los canales de comunicación y los grupos de interés de la entidad

7.1 SUBPROCESO: COMUNICACIÓN INTERNA

El subproceso de comunicación interna está orientado a brindar información y promover la cultura organizacional entre los funcionarios, el personal vinculado por orden de prestación de servicios, el personal en formación, los miembros de los sindicatos y los colaboradores de servicios tercerizados.

Para divulgar la información interna, la Subred Sur Occidente dispone de los siguientes canales de comunicación:

CANALES COMUNICACIÓN INTERNA	TIPO
Carteleras institucionales internas	Físicas
Correo interno para envío masivo de información: subredinforma@subredsuroccidente.gov.co	Virtual
Fondo de escritorio	Virtual
Intranet https://intranet.subredsuroccidente.gov.co/	Virtual
Comunidad Digital de WhatsApp https://chat.whatsapp.com/ltNQFykFBxy0LEEqY9at3a	Virtual
Reuniones por Teams	Virtual

Tabla No. 46 – Canales comunicación interna Subred Sur Occidente. Fuente: OAC

ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN INTERNA

Para promover la comunicación interna y la cultura organizacional, la Subred Sur Occidente definió seis estrategias, las cuales se describen en la siguiente tabla y se indica su cumplimiento en la vigencia 2024.

Estrategia	Propósito	Canal Socialización	Estándar de Acreditación	Cumplimiento 2024	Observación

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Estrategia	Propósito	Canal Socialización	Estándar de Acreditación	Cumplimiento 2024	Observación
Encuentro En Conexión con la Gerencia	Espacios de relacionamiento estratégico institucional entre la Gerencia y los colaboradores. Son de dos tipos:		Estándares 75, 88, 103, 113, 120, 131, 141 y 155		
	1. Abiertos y virtuales para todos los colaboradores de la Subred.	Correo masivo Subred Informa Intranet Listas de Distribución WhatsApp Reunión Teams.		50%	Esta actividad se complementó con la nueva estrategia "Gerencia en Casa", por lo cual se debe replantear para 2025.
	2. Diálogos en sedes con grupos de colaboradores para escuchar sus opiniones y experiencias.	Se informa a través de los líderes de las sedes o procesos		100%	Se realizaron los 20 encuentros planteados para la vigencia.
Encuentro La Subred se Conecta	Espacios informativos, de escucha y direccionamiento estratégico entre los líderes de áreas o procesos y sus equipos. Estos se realizan de manera autónoma y de acuerdo con la necesidad de cada proceso.	Se informa a través de los líderes de las sedes o procesos	Estándares 113 y 154	100%	El equipo de la OAC realizó 41 encuentros para hacer seguimiento al desarrollo de las estrategias y planeación de acciones.
Encuentro de Aprendizaje Continuo	Espacio organizado por los líderes de servicios para socializar temas científicos y técnicos conforme a cada disciplina.	Se informa a través de los líderes de la sedes o procesos y listas de distribución de WhatsApp.	Estándares 110 y 113	100%	Se realizaron 147 EAC en el año, bajo la coordinación del subproceso de Capacitación de la Dirección de Talento Humano
Surocsito Informa	Informativo para dar a conocer las noticias más importantes de la Subred Sur Occidente cada semana.	Intranet Correo masivo Subred Informa	Estándares 113 y 154	100%	Se realizaron 51 ediciones en el año. La meta establecida era de mínimo 48 ediciones.
Feria de Servicios	Correo masivo con la oferta de servicios y beneficios que otorga la entidad, sus aliados estratégicos y entidades del distrito para los colaboradores y su familia.	Intranet Correo masivo Subred Informa	Estándares 113 y 154	100%	Se realizaron 49 ediciones, cuando en el año se fijaron mínimo 45 ediciones.

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Estrategia	Propósito	Canal Socialización	Estándar de Acreditación	Cumplimiento 2024	Observación
Agentes PCI (Promotores de Comunicación Interna)	El grupo de Agentes de Promoción de la Comunicación Institucional –PCI, permite fortalecer la comunicación interna y divulgar los temas relevantes a través de los líderes de procesos y sedes de la Subred.	Grupo WhatsApp.	Estándares 113 y 154	100%	A través de correo electrónico y WhatsApp permanentemente se le informó a los Agentes PCI sobre las actividades institucionales.

Tabla no. 47 – Estrategias de comunicación interna Subred Sur Occidente. Fuente: OAC

7.2 SUBPROCESO: COMUNICACIÓN EXTERNA

El subproceso de comunicación externa tiene como objetivo brindar información y promover la imagen institucional entre los usuarios y sus familias, así como entre la comunidad de influencia de la Subred (Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda). También se enfoca en las formas de participación comunitaria, como las Asociaciones de Usuarios, el Comité de Participación Comunitaria en Salud, la Junta Asesora Comunitaria, las Veedurías Ciudadanas, el Comité de Ética Hospitalaria, la Junta Directiva y los medios de comunicación comunitarios, locales, distritales y nacionales.

Para divulgar la información externa, la Subred Sur Occidente cuenta con los siguientes canales de comunicación:

CANALES COMUNICACIÓN EXTERNA	TIPO
Carteleras institucionales en salas de espera	Físicas
Página web https://subredsuroccidente.gov.co/	Virtual
Pantallas en salas de espera de las sedes	Físicas
Redes Sociales	Virtual

Tabla 48 – Canales de comunicación externa Subred Sur Occidente. Fuente: OAC

ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN EXTERNA

En la Subred Sur Occidente se cuentan con cinco (5) estrategias diseñadas para dar a conocer la gestión institucional a los grupos de interés externos. A continuación, se especifican las características de dichas estrategias y su cumplimiento durante la vigencia de 2024, según la siguiente tabla:

Estrategia	Propósito	Canal de publicación	Estándar de Acreditación	Cumplimiento 2024	Observación
Publicación en la Página web para el cumplimiento de la	Cumplimiento de publicaciones de	Página Web	Estándares 113, 154 y 159	100%	En 2024 se recibieron y atendieron 3.972

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

Matriz ITA.	acuerdo con la ley de transparencia.				solicitudes de publicación en la página web para el cumplimiento del ITA.
Desarrollo de sinergias Campañas para redes sociales en articulación con la Secretaría Distrital de Salud	Diseño y elaboración de campañas relacionadas con los logros institucionales.	Redes Sociales		100%	En la vigencia, se promovieron 93 campañas de comunicación de promoción en salud y logros institucionales.
Publicación de Sinergias emitidas desde la Secretaría Distrital de Salud	Apoyar al sector salud en la divulgación de las sinergias diseñadas por la SDS	Redes Sociales		100%	En la vigencia, se promovieron 53 campañas de comunicación distritales en las redes sociales de la Subred.
Visualización en medios de comunicación distrital y nacional	Generar noticias y gestionar su publicación en los medios de comunicación	Prensa, radio, televisión y medios digitales.		100%	Se logró el registro de 147 noticias positivas y neutras en medios de comunicación distritales y nacionales. (meta 120 registros)
Visualización en Medios de Comunicación Comunitarios o alternativos	Participar en medios comunitarios y alternativos abordando diferentes temas de educación e información en salud y o asuntos de interés para la comunidad.	Página web, redes sociales, medios comunitarios o alternativos		80%	Para el 2025, se debe fortalecer las relaciones y flujo de información con los medios comunitarios de las localidades de la Subred.

Tabla 19 - Estrategias de comunicación externa Subred Sur Occidente. Fuente: OAC

ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN TRANSVERSALES

Las estrategias de comunicación transversal son aquellas que permiten informar y llevar a cabo campañas pedagógicas dirigidas tanto a grupos de interés internos como externos. En la Subred Sur Occidente se han determinado cinco (5) estrategias transversales. A continuación, se detallan las características de estas estrategias y su cumplimiento durante la vigencia de 2024, según la siguiente tabla:

Estrategia	Propósito	Canal Socialización	Estándar de Acreditación	Cumplimiento 2024	Observación
Boletín Sintonízate con la Subred Sur Occidente	Boletín informativo digital sobre las noticias destacadas y gestión de la Subred Sur Occidente, avances en el SUA (Sistema Único de Acreditación), SIG y demás programas. Hace parte de la estrategia distrital "Sintonízate".	Canales internos: intranet, correo masivo y listas de distribución WhatsApp. Canales externos: página web y redes sociales	Estándares 75, 88, 103, 113, 120, 131, 141 y 155.	100%	Se elaboraron y publicación 12 ediciones del boletín, uno por cada mes del año, de acuerdo con la meta.
Boletín de la Mejora	Revista de digital con temas de avances del SUA en la entidad.	Canales internos: intranet, correo masivo y listas de distribución WhatsApp. Canales externos: página web, redes sociales	Estándares 75, 88, 103, 113, 120, 131, 141 y 155.	100%	Se elaboraron y publicación 6 ediciones bimestrales del boletín, de acuerdo con la meta.
Boletín SOMos	Boletín digital sobre gestión de	Canales internos:	Estándares	100%	Se elaboraron y

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Estrategia	Propósito	Canal Socialización	Estándar de Acreditación	Cumplimiento 2024	Observación
Ciencia	conocimiento y el desarrollo de investigaciones en temas de salud que realizan los grupos científicos de la Subred.	intranet, correo masivo y listas de distribución WhatsApp. Canales externos: página web y redes sociales.	113, 117, 118 y 119		publicación 4 ediciones trimestrales del boletín, de acuerdo con la meta.
La Subred en 1 minuto	Informativo en video sobre la gestión y noticias más relevantes de la Subred cada semana.	Canales internos: listas de distribución WhatsApp. Canal externo: Redes sociales	Estándares 113, 154 y 159	100%	Se elaboraron y publicación 50 capítulos del noticiero. La meta establecida era de 48 capítulos.
Es Vital Programa Radial, porque estar informado es vital.	Programa de radio liderado por el equipo PIC para abordar temas clave de Salud Pública, se emite por redes sociales y en medios comunitarios y alternativos.	Canales internos: listas de distribución WhatsApp. Canal externo: Redes sociales	Estándares 113, 154 y 159	100%	Esta estrategia debe replantearse en 2025 debido a que cambió el lineamiento distrital del equipo IEC de la Dirección Gestión del Riesgo, quienes lideraban los programas con medios comunitarios.

Tabla 20 - Estrategias de comunicación transversales Subred Sur Occidente. Fuente: OAC

7.3 INDICADORES GESTIÓN DE COMUNICACIONES

La Oficina Asesora de comunicaciones cuenta ocho (8) indicadores inscritos en el Plan de Acción Anual y la matriz de seguimiento cumplimiento al Plan de las estrategias descritas en el Manual de Comunicaciones de la entidad.

A continuación, se describen el cumplimiento de los indicadores según su frecuencia de medición, tal como se aprecia en el aplicativo Almera, en cual se podrán conocer las evidencias.

Categoría	Indicador	Código Indicador	Meta	1er trimestre	1er semestre	3er trimestre	2do semestre
Eficacia	Apropiación de la información canales de comunicación Subred Sur Occidente ESE	PAA 12-01	72%	NA	100%	NA	100%
	Cumplimiento de acciones para cierre de Oportunidades de Mejora asignadas al proceso	PAA 12-06	90%	100%	100%	100%	100%
	Seguimiento de autocontrol a la matriz de riesgo del proceso	PAA 12-07	100%	100%	100%	100%	100%
Eficiencia	Cumplimiento de las solicitudes de diseño y publicación Subred Sur Occidente ESE.	PAA 12-04	90%	100%	100%	100%	100%
	Cumplimiento a las solicitudes publicadas en el portal web para dar respuesta a la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Subred Sur Occidente ESE.	PAA 12 -05	100%	100%	100%	100%	100%
Efectividad	Adherencia a las estrategias de comunicación internas Subred Sur Occidente E.S. E	PAA 12 -02	80%	NA	91,2%	NA	90,7%
	Percepción de la imagen institucional Subred Sur Occidente ESE.	PAA 12 -03	70%	NA	87,2%	NA	90,6%

Categoría	Indicador	Código Indicador	Meta	1er trimestre	1er semestre	3er trimestre	2do semestre
	Efectividad de las estrategias de comunicación Subred Sur Occidente ESE.	PAAI 12 29	94%	NA	97%	NA	97,5%

Tabla 51 – Indicadores proceso Gestión de Comunicaciones Subred Sur Occidente. Fuente: Almera

7.4 PRINCIPALES LOGROS

- **Avanzar en la actualización de los canales de comunicación físicos**, como las carteleras informativas, para facilitar el acceso a la información de la entidad por parte de los usuarios y sus familias que asisten a nuestras sedes, y unificar la imagen institucional. En este sentido, desde el proceso de Gestión de Comunicaciones, con el apoyo de otros procesos, se logró:
- La adquisición de 37 nuevas carteleras para exponer los distintivos de habilitación en todas las sedes que prestan servicios asistenciales. Para ello, se contó con recursos provenientes de convenios de docencia y servicio, a través del apoyo de la Oficina de Gestión de Conocimiento.
- La adquisición y el reemplazo de 16 carteleras institucionales en salas de espera, con el fin de brindar información ordenada y efectiva a los usuarios y sus familias que asisten a las sedes: Hospital de Bosa y los Centros de Salud Bomberos, Centro Día, Puerta de Teja, Estación y Olarte. Para este proceso, se contó con recursos del convenio de acreditación, con el apoyo de la Oficina de Calidad.
 - ✓ Aumentar en 9.908 el número de usuarios en nuestra comunidad digital en redes sociales (X, Facebook, Instagram, LinkedIn y YouTube), lo que permite que un mayor número de personas conozcan la gestión institucional a través de estos canales de comunicación. Este logro refleja un cumplimiento del 100% de la meta establecida de 8.500 nuevos usuarios para el año. Al cierre de 2024, la comunidad digital de la Subred estaba conformada por 68.095 usuarios, lo que representa un incremento del 126,6% respecto a la vigencia anterior, cuando cerró con 58.187 usuarios.
 - ✓ Aumentar el reconocimiento del personaje Surocsito entre los colaboradores de la Subred en las tres últimas vigencias, mediante su inclusión en las diferentes estrategias de comunicación para la promoción de la cultura organizacional e imagen institucional.
- Tomando los promedios de percepción indicados en cada semestre por vigencia, de 2022 a 2024, se pasó del 95,05% en 2022 al 98,78% en 2024, lo que representa un crecimiento del 3,73% en el reconocimiento promedio de Surocsito.

Reconocimiento del personaje Surocsito				
Vigencia	I semestre	II semestre	Crecimiento vigencia	Promedio por vigencia

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

2022	94,40%	95,70%	1,30%	95,05%
2023	97,60%	99,00%	1,40%	98,30%
2024	98,45%	99,10%	0,65%	98,78%

Implementar nuevas estrategias de comunicación como respuesta al cambio de administración, que incluyeron productos como: Gerente en Casa, Historias de Bienestar, Píldoras Informativas y Aprende con la Subred. Estas estrategias se incluirán en la vigencia 2025 en el Manual de Comunicaciones y el Plan Estratégico de Comunicación Organizacional – PECO.

7.5 PRINCIPALES DIFICULTADES

- 1) Se requieren recursos económicos para avanzar en la señalización de las áreas y servicios, conforme al Manual de Imagen Institucional, con el fin de garantizar a los usuarios un tránsito claro e incluyente (lenguaje Braille) en las sedes administrativas y en aquellas que prestan servicios.
- 2) Es necesario actualizar los equipos de producción audiovisual (cámaras, micrófonos, computadoras, etc.), debido a la obsolescencia de algunos de los equipos actuales.
- 3) Los cambios en los algoritmos de redes sociales, como X (anteriormente Twitter), están afectando el aumento de seguidores en esta red social, ya que predominan los usuarios que pagan membresía o pauta.

7.6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL PROCESO

Actualizar el Manual de Comunicaciones, incorporando las nuevas estrategias institucionales para promover la difusión de la información y la gestión institucional.

MACROPROCESO MISIONAL

8. GESTION CLINICA AMBULATORIA

RESULTADOS DE INDICADORES

Identificar y satisfacer las necesidades en salud del usuario y su familia con criterios de oportunidad, accesibilidad, pertinencia y seguridad, en el marco de una atención humanizada con información clara, educación sobre su estado de salud y una óptima utilización de recursos.

Frente al cumplimiento de los indicadores PAA se relacionan a continuación:

INFORME DE GESTIÓN VIG 2024

Versión: 2
Fecha de aprobación: 12/08/2024
Código: 01-01-FO-0006

Indicador	Código Indicador	AÑO 2021			AÑO 2022			AÑO 2023			AÑO 2024		
		Unidad de medida	Valor	Meta	Unidad de medida	Valor	Meta	Unidad de medida	Valor	Meta	Unidad de medida	Valor	Meta
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general Subred Sur Occidente	PAA-10-01	Días	2,9	3	Días	3.1	3	Días	2.4	3	Días	1,8	3
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría Subred Sur Occidente	PAA-10-02	Días	4.9	5	Días	4.4	5	Días	3.6	5	Días	2,5	5
Oportunidad de asignación de citas medicina especializada (obstetricia) en la Subred Sur Occidente	PAA-10-03	Días	5.3	5	Días	3.4	5	Días	2.2	5	Días	2,0	5
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna en la Subred Sur Occidente	PAA-10-04	Días	6,4	15	Días	4.1	15	Días	3.2	15	Días	2,7	15
Oportunidad de asignación de citas odontología general en la Subred Sur Occidente	PAA-10-05	Días	3.6	3	Días	3.3	3	Días	2.0	3	Días	2,2	3
Porcentaje de inasistencia de la consulta programada de Medicina General en la Subred Sur Occidente	PAA-10-06	Porcentaje	10	10	Porcentaje	11	10	Porcentaje	5,8	10	Porcentaje	7,3	10
Porcentaje de inasistencia de la consulta programada de Pediatría en la Subred Sur Occidente	PAA-10-07	Porcentaje	8.9	15	Porcentaje	16.3	15	Porcentaje	14,3	15	Porcentaje	12,6	15
Porcentaje de inasistencia de la consulta programada de Ginecobstetricia	PAA-10-08	Porcentaje	8.6	10	Porcentaje	11.4	10	Porcentaje	11.3	10	Porcentaje	10,5	10

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

INFORME DE GESTIÓN VIG 2024

Versión: 2
Fecha de aprobación: 12/08/2024
Código: 01-01-FO-0006

en la Subred Sur Occidente													
Porcentaje de inasistencia de la consulta programada de medicina interna en la Subred Sur Occidente	PAA-10-09	Porcentaje	7.3	10	Porcentaje	8.3	10	Porcentaje	5.8	10	Porcentaje	6,5	10
Porcentaje de inasistencia de la consulta programada en el servicio de salud oral de la Subred Sur Occidente	PAA-10-10	Porcentaje	9.5	10	Porcentaje	13	10	Porcentaje	3.7	10	Porcentaje	4,3	10
Porcentaje de cumplimiento de metas de medicina general en la Sub Red Sur Occidente	PAA-10-11	Porcentaje	91,8	95	Porcentaje	97,2	95	Porcentaje	116,27	95	Porcentaje	96,2	95
Cumplimiento de metas de Odontología en la Subred Sur Occidente	PAA-10-12	Porcentaje	96,6	100	Porcentaje	100	100	Porcentaje	96,98	100	Porcentaje	101,5	100
Cumplimiento de acciones para cierre de Oportunidades de Mejora asignadas al proceso	PAA-10-13	Porcentaje	100	90	Porcentaje	96,6	90	Porcentaje	97,7	90	Porcentaje	97,8	90
Seguimiento de autocontrol a la matriz de riesgo del proceso	PAA-10-14	Porcentaje	100	100	Porcentaje	100	100	Porcentaje	100	100	Porcentaje	100	100
Servicios implementados de atención integral en salud con enfoque de equidad de género para mujeres Subred Sur Occidente E.S.E	PAAI 10 04	Unidades	2	2	Unidades	3	2	Unidades	6	2	Unidades	6	2
Estrategias implementadas para mejorar el acceso a los servicios de salud en	PAAI 10 05	Unidades	2	1	Unidades	2	1	Unidades	2	1	Unidades	2	1

consulta externa Subred Sur Occidente E.S.E											

8.1 PRINCIPALES LOGROS

- Disminución de oportunidad de especialidades básicas: Se ha logrado disminuir significativamente los tiempos para acceder a especialidades médicas básicas tales como pediatría, medicina familiar, medicina interna, ginecobstetricia, así como en medicina general y odontología.

OPORTUNIDAD 2020-2024			PROMEDIO
SERVICIO	ESTANDAR	AÑO	MES
Medicina General	3	2020	2,6
		2021	2,9
		2022	3,1
		2023	2,4
		2024	1,8
Pediatría	5	2020	4,3
		2021	4,9
		2022	4,4
		2023	3,4
		2024	2,5
Medicina Interna	15	2020	5,4
		2021	6,4
		2022	4,1
		2023	3,1
		2024	2,7
Ginecobstetricia	5	2020	4,9
		2021	5,3
		2022	3,4
		2023	2,2
		2024	2,3
Odontología	3	2020	1,9
		2021	3,6
		2022	3,3
		2023	2,0
		2024	2,2

- Disminución de inasistencia de especialidades básicas: Hubo reducción notable en el número de inasistencias a citas, mejorando la eficiencia y oportunidad en la prestación de los servicios de salud.

INASISTENCIA 2020-2024			PROMEDIO
SERVICIO	ESTANDAR	AÑO	

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Medicina General	10	2020	10
		2021	10
		2022	11
		2023	6
		2024	7
pediatría	15	2020	8
		2021	9
		2022	16
		2023	14
		2024	13
Medicina Interna	10	2020	8
		2021	7
		2022	8
		2023	6
		2024	6
Ginecoobstetricia	15	2020	9
		2021	9
		2022	11
		2023	11
		2024	11
Odontología	10	2020	6
		2021	9
		2022	13
		2023	4
		2024	5

- Ampliación de horarios en las consultas en horarios extendidos, como los fines de semana o por la tarde, según la demanda en la zona.
- Aumento de horas contratadas para el servicio de Oftalmología, Anestesia, Otorrinolaringología y ortopedia debido a ajustes de horarios de personal compartido con el servicio hospitalario, así mismo también se apertura nuevos servicios en los diferentes centros de salud como: Hospital de Bosa los servicios de pediatría, cirugía general, anestesia, gastroenterología, neurología, dermatología y resonancias, en el CDS Mexicana los servicios de terapia física, endodoncia, radiología, ecografías obstétricas y ecografía convencionales, en el CDS Trinidad Galán los servicios de vacunación y pediatría, CDS Villa Javier los servicios de fonoaudiología, ecografía convencional y ecografía obstétrica, CDS Porvenir el servicio de pediatría.
- Con el objetivo de mejorar el acceso a los servicios de salud de mujeres en todas sus diversidades la Subred Sur Occidente; durante la vigencia 2024 mantuvo los servicios implementados de enfoque diferencial a las personas cuidadoras en las Manzanas del Cuidado, servicios se realiza articulación con

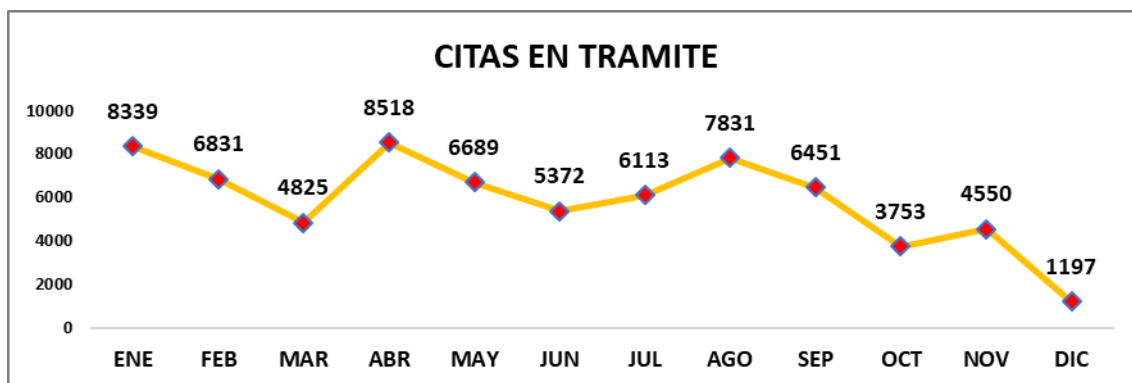
 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Integración Social, Secretaria de la mujer y SDS dado que los consultorios operan dentro del perímetro de las “Manzanas del Cuidado” que implementó el Distrito en las localidades de influencia de la Subred:

1. CDC Porvenir
2. CDC Bella Vista
3. Casa de justicia CAMPO VERDE
4. CDC La giralda
5. Consultorio CAPS TRINIDAD GALAN
6. Consultorio CAPS PORVENIR

ATENCIONES	TOTAL
Enero 2024	1.420
Febrero 2024	891
Marzo 2024	1.279
Abril 2024	1.172
Mayo 2024	1.621
Junio 2024	1.372
Julio 2024	1.083
Agosto 2024	577
Septiembre 2024	791
Octubre 2024	420
Noviembre de 2024	786
Diciembre 2024	789
Total general	12.201

- Seguimiento diario a agendas desde la referencia de salud oral y consulta externa. Se realiza un seguimiento diario a las agendas, trabajando de la mano con los líderes de sedes para asegurar la atención oportuna y la completitud de las mismas.
- Programa Comunidades Saludables
En colaboración con USAID, se ha fortalecido el programa "Comunidades Saludables", enfocado en proporcionar servicios de salud de alta calidad de manera sostenible a migrantes venezolanos, retornados colombianos y comunidades receptoras. El Centro de Salud Pablo VI de Bosa, jugó un papel crucial en este proceso, atendiendo a gestantes irregulares, la población migrante y otros sectores de inclusión social, promoviendo la prevención de la discriminación y la xenofobia.
- Gestión progresiva de **citas en trámite** captada para la subred a través del Contac Center, mediante la estrategia Células implementada por la secretaria Distrital de salud se realizó seguimiento semanal a la gestión oportuna de la lista de espera, teniendo como línea base información del mes de noviembre de 2022 donde contábamos con más de 18 mil usuarios pendientes por asignación de citas.



En la gráfica se evidencia la disminución progresiva en la captación y gestión de las citas en trámite pendientes, cuyas principales especialidades relaciono a continuación:



8.2 PRINCIPALES DIFICULTADES

- A pesar de los avances y las estrategias planteadas por la dirección y la Subred, persisten desafíos como la inasistencia de usuarios, la limitada oferta de horas disponibles por dificultades en la consecución de especialistas y demoras en los sistemas de información que afectan los tiempos de consulta.

8.3 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL PROCESO

- Tiempos oportunos en la contratación del personal
- Capacitaciones continuas al personal
- Agilidad en el sistema de información para el registro de HC.
- Fortalecer el modelo de contratación por parte de Capital Salud con las Subredes acorde a la demanda de servicios por parte de los usuarios.

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

- Implementar estrategias tecnológicas que permitan que cada vez más usuarios puedan solicitar servicios de manera virtual, sin generar desplazamientos a los puntos de atención de manera presencial.

Articular con la EPS-S Capital Salud para la identificación de las causas de las manifestaciones y mejorar la gestión para dar respuesta de manera efectiva a los usuarios.

9. GESTIÓN CLÍNICA DE URGENCIAS

La Subred Integrada Suroccidente ESE proyecta en su Plan de Desarrollo de la Subred Suroccidente en su Objetivo Institucional “Prestar servicios integrales de salud con enfoque de riesgo, calidad, procesos de investigación e innovación que identifiquen y respondan las necesidades del usuario, familia y comunidad, que generen resultados positivos en salud” y a nivel de la Gestión Clínica de Urgencias mediante dos subprocesos:

- Atención de urgencias
- Traslado de pacientes

Los comportamientos de los servicios de urgencias se describen a través de los siguientes factores claves para el cumplimiento de dicho objetivo:

- Producción de servicios.
- Indicadores de eficiencia.
- Indicadores de efectividad.

9.1 ATENCION DE URGENCIAS

OBJETIVO: Prestar una atención integral en el contexto de las atenciones de urgencia, a los usuarios que acuden al servicio de urgencias de la Subred Sur Occidente, mediante la priorización de la atención según la gravedad con criterios de oportunidad, accesibilidad, pertinencia y seguridad, en el marco de una atención humanizada con información clara, educación sobre su estado de salud y una óptima utilización de recursos, que contribuya al restablecimiento de su salud o definición de conducta de acuerdo a las necesidades de salud identificadas.

OPORTUNIDAD DE LA ATENCION TRIAGE II

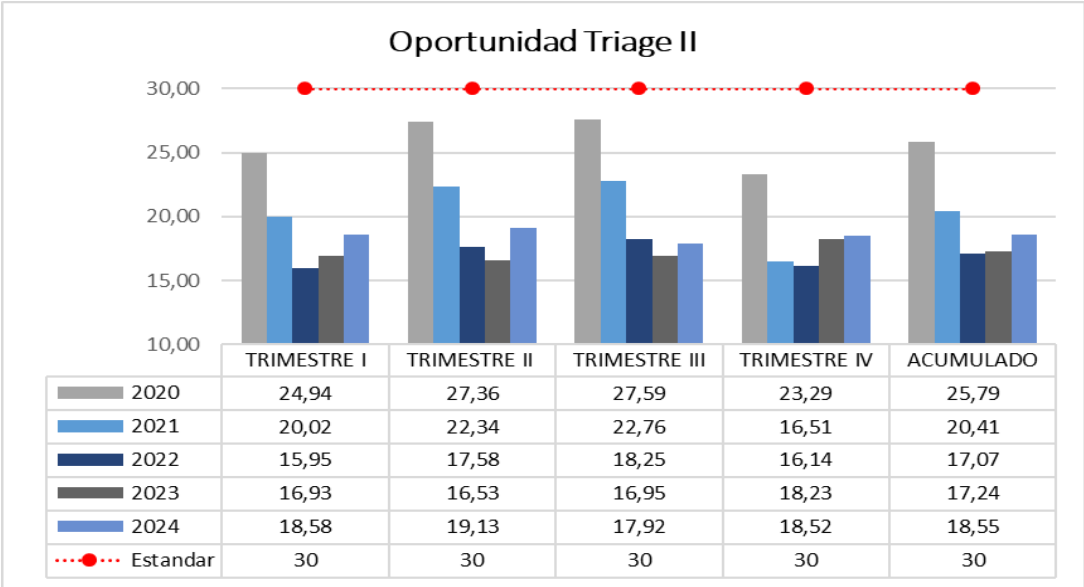
Meta: “Cumplir con los estándares de oportunidad establecidos en la norma y en el manual institucional en los servicios de urgencias”.

Con el fin de dar cumplimiento a dicho indicador se realiza seguimiento e identificación de tiempos prolongados y validación de los registros de Triage semanalmente en articulación con gerencia de la información, lo que permite controlar las desviaciones y activar estrategias de descongestión del servicio y oportunidad en la atención.

Para el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2024 se obtuvo una oportunidad para Triage II de 18,55 minutos, con aumento de 1,31 minutos en comparación del mismo periodo de 2023 donde la oportunidad fue de 17,24 minutos, con cumplimiento a nivel de

Subred con relación al estándar establecido de 30 minutos, el aumento está relacionado con el alto volumen en las atenciones en Triage, con 350 atenciones de Triage más en comparación con el mismo periodo del año anterior.

Grafica 1. Comportamiento Oportunidad de Triage II 2020 a 2024.

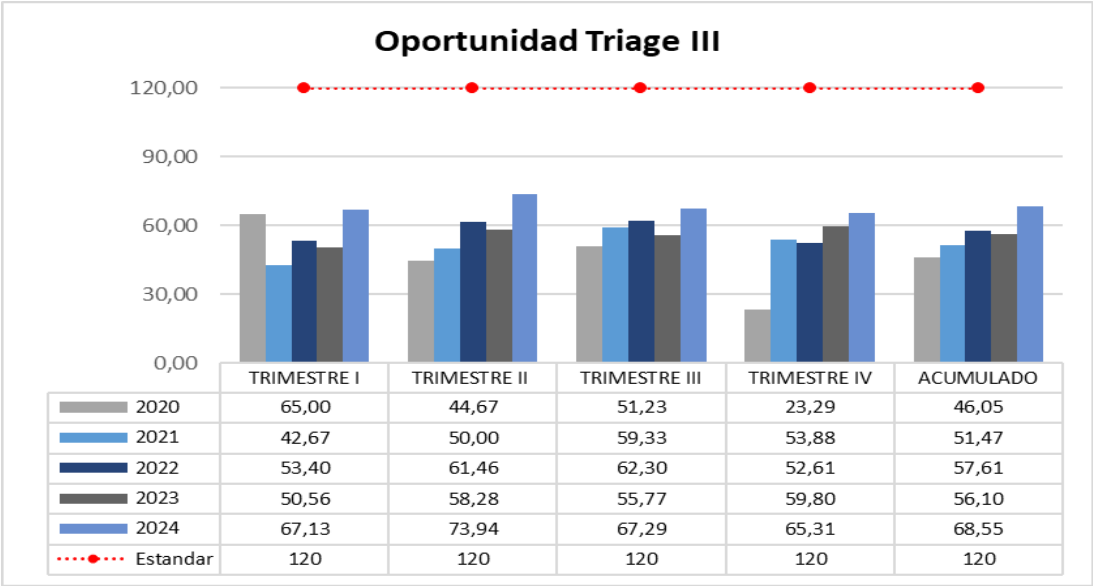


Fuente. Gerencia de la información Subred Suroccidente - Indicadores Triage subred 2024.

OPORTUNIDAD DE LA ATENCION TRIAGE III

Para el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2024 se obtuvo una oportunidad para Triage III de 68,55 minutos con aumento de 12,45 minutos con relación al mismo periodo de 2023 donde la oportunidad fue de 56,10 minutos; observándose cumplimiento a nivel de Subred con relación al estándar establecido de 120 minutos, es importante resaltar que a través de las estrategias implementadas se garantiza la oportunidad de Triage con apoyo de gestión del riesgo en sala de espera.

Grafica 2. Comportamiento Oportunidad de Triage III 2020 a 2024.

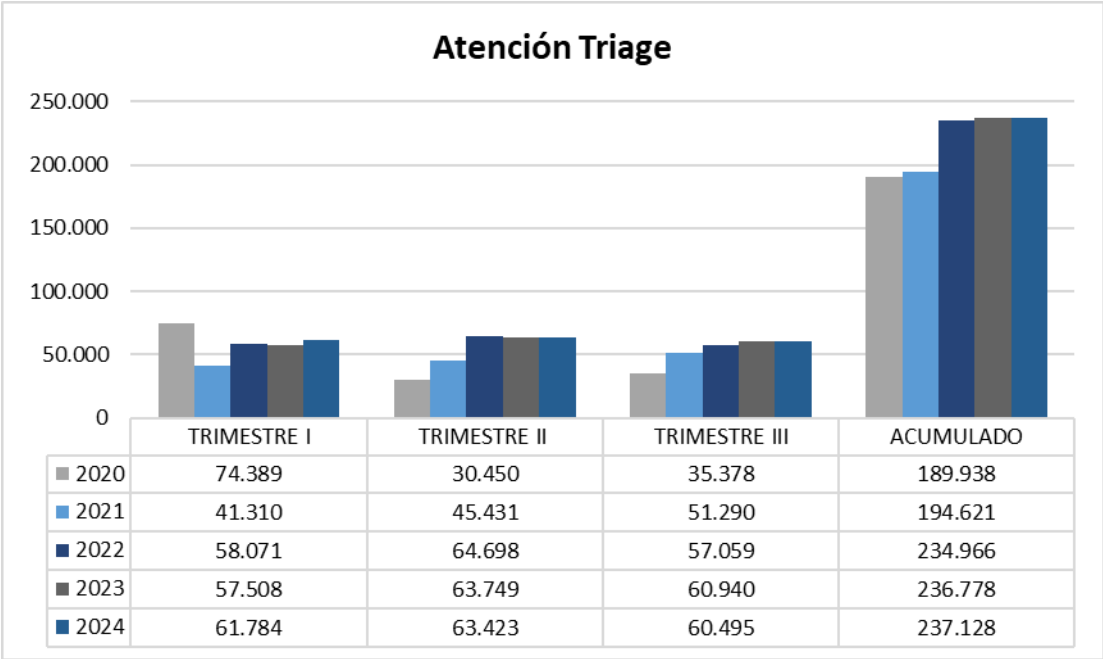


Fuente. Gerencia de la información Subred Suroccidente - Indicadores Triage subred 2024.

ATENCIÓN DE TRIAGE

Para el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2024, se realizaron 237.128 atenciones de Triage, presentándose aumento de 350 atenciones de Triage en comparación con el mismo periodo del año anterior donde se realizaron 236.778 atenciones de Triage, en baja complejidad se atendieron el 19,07% (45.215) de los Triage, en mediana complejidad se atendieron el 25,36% (60.132) de los Triage, en alta complejidad se atendieron el 55,57% (131.781) de los Triage, evidenciando el mayor número de atenciones en unidades de alta complejidad.

Grafica 3. Comportamiento general de atenciones 2020 a 2024.



	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Fuente. Gerencia de la información Subred Suroccidente - Tablero indicadores Triage subred 2024

Además, de las 237.128 atenciones de Triage, el 56,41% (133.762) de los usuarios requirieron atención en urgencias de acuerdo a su clasificación, el 1,24% (2.938) corresponde a Triage I con atención inmediata, el 4,47% (10.604) corresponde a Triage II atención antes de los 30 minutos, el 50,70% (120.220) corresponde a Triage III atención en un tiempo no superior a 120 minutos y ayudas complementarias.

Asimismo, las atenciones direccionadas a servicios ambulatorios son los usuarios clasificados como Triage IV y V, correspondieron al 43,59% (103.366) del total de las atenciones, 41,76% (99.032) fueron Triage IV y 1,83% (4.334) Triage V. En la articulación con el proceso ambulatorio y las rutas de atención en salud se realiza agendamiento de consulta prioritaria.

PORCENTAJE OCUPACIONAL

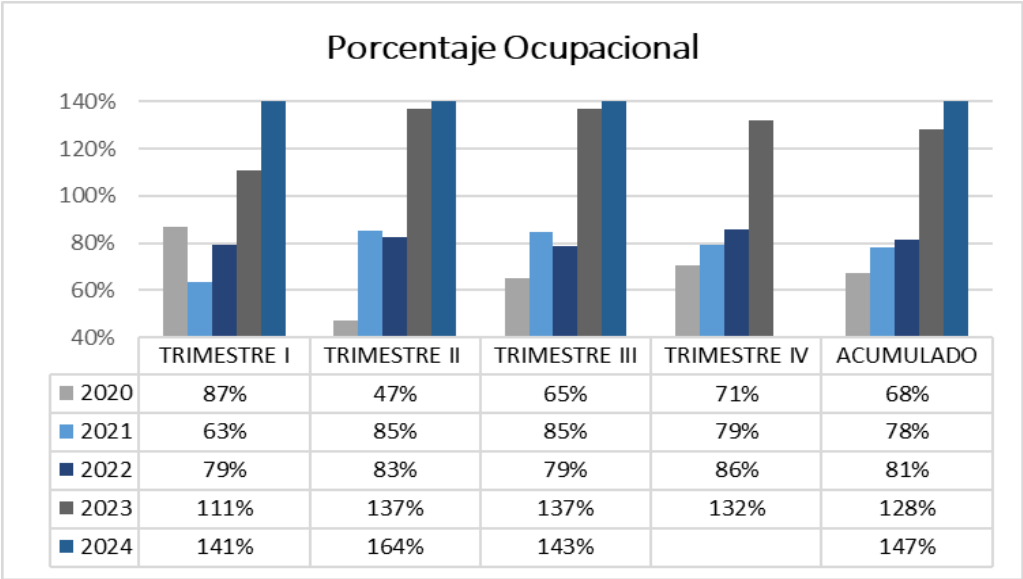
Meta: Mantener la ocupación de los servicios de urgencias por debajo del 95% a nivel de la Subred para el periodo.

Estos datos son reportados a través de la plataforma SIRC tres veces al día y relacionado a estrategias dadas desde la dirección, como las rondas médicas, el censo en 3 horarios diferentes, seguimiento a casos de abandono, seguimiento a estancias prolongadas, traslados internos.

Para el periodo comprendido entre enero y diciembre la ocupación en los servicios de urgencias paso de un 128% en el 2023 a un 147% en el 2024, con un aumento de 19 puntos porcentuales, relacionado con el alto volumen de paciente en observación con indicación de hospitalización por las diferentes especialidades.

Estos datos son reportados a través de la plataforma SIRC; este comportamiento de aumento se relaciona con la reactivación económica, vacunación de COVID a población, donde la consulta de patologías diferentes a COVID se ha incrementado.

Grafica 4. Comportamiento de Porcentaje Ocupacional 2020 a 2024.



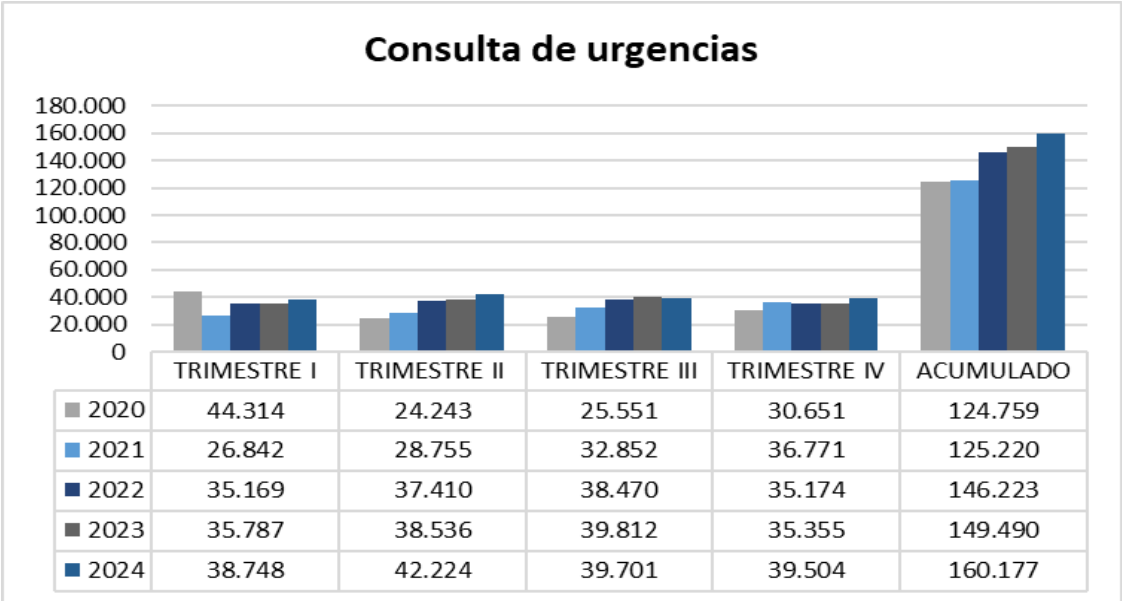
Fuente: Gerencia de la Información Subred Suroccidente -Tablero Oficial Observación Urgencias V2 Subred 2024.

Por parte de la dirección de urgencias se realiza seguimiento diario en la mañana, tarde y noche, a los servicios de urgencias, logrando identificar sobreocupación en cada una de las unidades de la subred sur occidente con este servicio, con el fin de apoyar estos servicios, con traslados a otras unidades, de acuerdo a las necesidades de los pacientes, con apoyo de personal de ser necesario, buscando en todo momento brindar una atención de calidad y dar cubrimiento a la demanda.

CONSULTAS DE URGENCIAS

Para el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2024, se realizaron 160.177 consultas de urgencias, con aumento de 10.687 consultas en comparación con las realizadas en el mismo periodo del 2023 donde se realizaron 149.490 consultas de urgencias, según tipo de población el 59,45% (95.230) corresponde a consultas de urgencias adulto, el 27,00% (43.254) corresponde a consultas de urgencias pediátricas, el 13,54% (21.693) corresponde a urgencias obstétricas; evidenciando mayor consulta de población adulta.

Grafica 5. Comportamiento de Consulta de Urgencias 2020 a 2024.



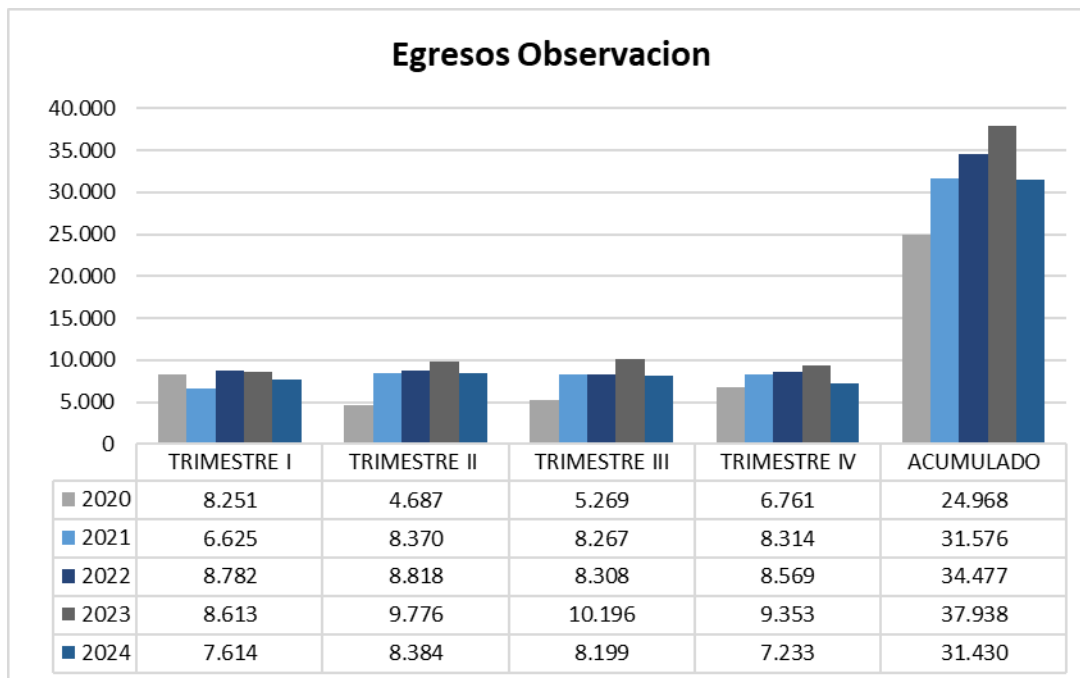
Fuente: Gerencia de la Información Subred Suroccidente - Tablero oficial de consulta urg. Subred – 2024

Asimismo, el comportamiento de consultas por pagador refleja una mayor población atendida del régimen subsidiado con un 64,17% (102.781), seguido del régimen contributivo con un 26,33% (42.174), FFDS con un 5,91% (9.470) y otros pagadores con un 3,59% (5.752).

ATENCIÓN EN SALA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS

Para el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2024, un total de 31.430 pacientes requirieron manejo en sala de observación, con disminución de 6.508 pacientes con relación al mismo periodo del año 2023 en donde 37.938 pacientes requirieron manejo en sala de observación, el promedio de estancia fue de 2,16 días, además para aquellos pacientes con orden de hospitalización por especialidades y que su egreso fue directamente en el servicio de observación urgencias, se evidencian 5,80 días de estancia para psiquiatría, 6,09 días de estancia para quirúrgicos, 5,30 días de estancia para medicina interna.

Grafica 6. Comportamiento de Egresos Observación Urgencias 2020 a 2024.



Fuente: Gerencia de la Información Subred Suroccidente Tablero Oficial Observación. Urgencias V2 Subred 2024.

Además, se presentaron 31.430 egresos de observación, con disminución de 6.508 egresos en comparación con el mismo periodo del año 2023 donde se presentaron 37.938 egresos. Del total de egresos el 56,04% (17.613) corresponde a egresos adultos medicina general de observación, 25,55% (8.029) corresponde a egresos pediatría de observación, 8,08% (2.539) corresponde a egresos medicina interna de observación, 8,11% (2.549) corresponde a egresos quirúrgicos de observación, 2,23% (700) corresponde a egresos psiquiatría de observación.

9.2 ATENCION DOMICILIARIA

CONVENIO SALUD MENTAL

Objeto del convenio “Aunar esfuerzos para el fortalecimiento del servicio de atención en salud mental y apoyo psicológico a la comunidad en general, al personal de salud y atención a mujeres víctimas de violencia o en riesgo de feminicidio en el Distrito Capital con equipos especializados mediante la modalidad de atención extramural-domiciliaria”.

Gestión Interna Convenio Salud Mental: Para el mes de diciembre de 2024, el convenio de Salud Mental contó con el 100% de móviles para la operación, para un total de 19 móviles, de las cuales 15 móviles pertenecen al equipo SM1 (auxiliar y psicólogo), y 4 móviles del equipo SM2, (psicólogo y trabajador social).

Para el periodo entre el 1 y el 31 de diciembre de 2024, de acuerdo con el complejo sindrómico y/o diagnostico CIE-10 atendido, los principales tipos de incidentes gestionados

“ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN.”

para el programa de salud Mental: F430 (15.56%), F412 (10.00%), F322 (9.26%) y F432 (5.37%).

Durante las atenciones prestadas en el periodo en revisión no se presentó casos de mortalidad.

Tabla No. 52 . Principales Diagnósticos

CIE -10	Diagnostico	ATENCIONES	%
F430	REACCION AL ESTRES AGUDO	84	15,56%
F412	TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	54	10,00%
F322	EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS	50	9,26%
F432	TRASTORNOS DE ADAPTACION	29	5,37%

Fuente. HC Salud Mental - condensado por Líder Salud Mental.

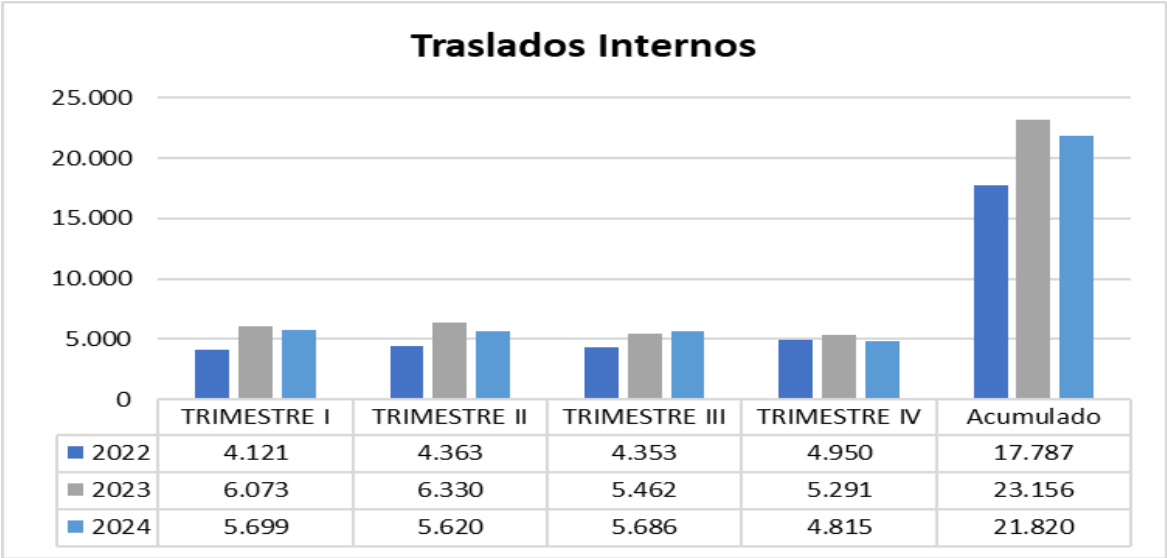
TRASLADO DE PACIENTES

PRODUCCION CREAT

Gestión Interna de Traslados: Para el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2024, se realizaron 21.820 traslados secundarios en la Sub Red Sur Occidente, con disminución de 1.336 traslados en comparación con el mismo periodo del año 2023 en donde se realizaron 23.156 traslados secundarios a corte de del mes de diciembre.

Los traslados internos son establecidos a partir las solicitudes generadas desde las distintas unidades de servicios de salud, con el fin de dar trámite a una necesidad de valoración de interconsultas, realización de ayudas diagnósticas, remisiones internas y en algunas ocasiones remisiones externas.

Grafica 7. Comparativos traslados 2022 a 2024.



Fuente: Base de Datos CREAT Subred Sur Occidente, condensado por Líder CREAT.

Gestión Interna por tipo de solicitud: Dentro de la gestión que se realiza al interior de la Subred, se encuentran las interconsultas, solicitud de apoyos diagnósticos, y traslados a hospitalización de acuerdo a la complejidad requerida por el usuario.

Para el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2024, se observa un comportamiento de aumento significativo en los traslados entre unidades comparados con el mismo periodo del año 2023.

Tabla No. 53 . Comparativos traslados internos según solicitud 2021 a 2024.

AÑO	ENERO A DICIEMBRE		
	INTERCONSULTA	APOYO DX	TRASLADOS
2021	6.284	4.831	5.641
2022	7.971	5.094	5.493
2023	7.823	8.096	7.115
2024	2.943	7.212	11.765

Fuente: Base de Datos CREAT Subred Sur Occidente, condensado por Líder CREAT.

Se presenta un mayor volumen de solicitudes de interconsultas desde las unidades de mediana complejidad, y un mayor volumen de solicitudes de apoyos diagnósticos desde las unidades de alta complejidad, la solicitud de traslados internos se da más desde unidades de baja complejidad.

Tabla 54. Traslados internos según nivel de complejidad 2024

COMPLEJIDAD	ENERO A DICIEMBRE		
	INTERCONSULTA	APOYO DX	TRASLADOS
ALTA- ALTA	975	2.430	2.252
ALTA-MEDIA	169	1.162	2.749
ALTA-BAJA	63	30	498
MEDIA-ALTA	1.042	1.624	1.463
MEDIA-MEDIA	97	1.196	569
MEDIA-BAJA	43	7	29
BAJA-ALTA	456	624	2.561
BAJA-MEDIA	86	136	1.477
BAJA-BAJA	13	2	6
SUBRED	2.944	7.211	11.604

Fuente: Base de Datos CREAT Subred Sur Occidente, condensado por Líder CREAT.

Tabla No. 55. Solicitudes generadas por Unidades 2024

UNIDAD	ENERO A DICIEMBRE		
	INTERCONSULTA	APOYO DX	TRASLADOS
OTROS	21	9	837
USS BOSA	352	586	1.949
APP BOSA	1.017	1.519	1.281
USS FLORALIA	54	59	87
USS FONTIBON	525	1.977	880
USS KENNEDY	185	2.194	4.263
USS PATIO BONITO	141	247	703
USS PB TINTAL	519	594	970
CAPS T. GALAN	102	27	734
TRASLADOS SUBRED	2.916	7.212	11.704

Fuente: Base de Datos CREAT Subred Sur Occidente, condensado por Líder CREAT.

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

En relación a los pacientes COVID-19, en el mes de diciembre no se presentaron traslados de pacientes confirmados con diagnóstico de COVID 19.

Tabla No. 56. Traslados COVID 2020 a 2024.

Traslados COVID 2020 a 2024													
AÑO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ACUMULADO
2020			24	174	174	335	427	498	236	302	293	199	2.662
2021	378	201	269	429	367	384	344	231	194	151	175	199	3.322
2022	262	202	178	170	125	145	127	82	76	77	57	72	1.573
2023	63	64	123	96	92	46	29	24	22	14	3	5	581
2024	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1

Fuente: Base de Datos CREAT Subred Sur Occidente, condensado por Líder CREAT.

Gestión de Referencia y Contrarreferencia: Para el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2024, se gestionaron 12.547 referencias, de las cuales el 50.12% (6.289) fueron efectivas en cuanto a remisiones externas desde la Subred Sur Occidente, las cancelaciones dadas en su mayoría fueron asociadas a suspensión de las referencias por parte de los servicios tratantes, por tratarse mejoría y/o alta, salida voluntaria, autorización del servicio, trámite no necesario, entre otras; y en el caso de la remisión para UCI por autorización para manejo en las unidades de la Subred Sur Occidente.

Tabla No. 57. Indicador Porcentaje Efectividad Remisiones externas desde la Subred Sur Occidente ESE 2024.

Indicador Porcentaje Efectividad Remisiones externas desde la Subred Sur Occidente ESE 2024		
FORMULA INDICADOR/MES		ACUMULADO
Numero de remisiones externas desde la Subred Sur Occidente ESE efectivas en el periodo		6.289
Total de remisiones externas desde la Subred Sur Occidente ESE tramitadas en el periodo		12.547
		50,12%

Fuente: Base de Datos CREAT Subred Sur Occidente, condensado por Líder CREAT.

Tabla No. 58. Remisiones efectivas VS canceladas por unidad 2024.

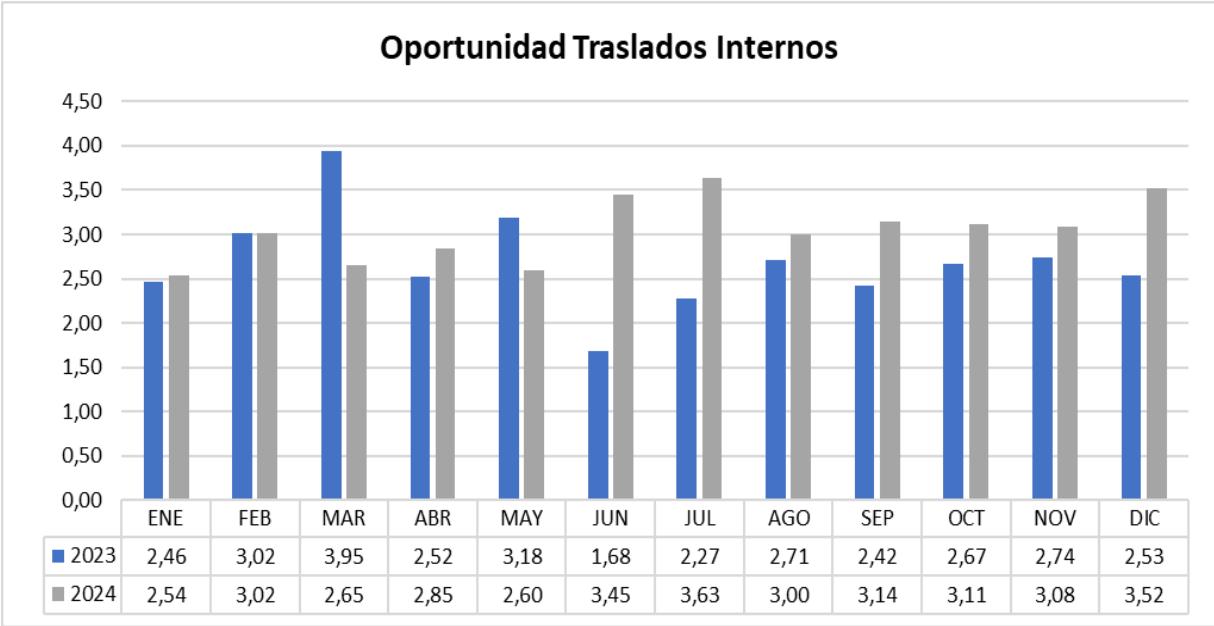
UNIDAD	ENERO A DICIEMBRE	
	EFFECTIVAS	CANCELADAS
GALAN	0	0
BOSA	94	223
KENNEDY	2445	1893
TINTAL	1102	1670
FONTIBON	788	895
PATIO BONITO	1	0
APP BOSA	1859	1577
FLORALIA	0	0
SUBRED	6289	6258

Fuente: Base de Datos CREAT Subred Sur Occidente, condensado por Líder CREAT.

La relación por unidades muestra el mayor número de trámites en las unidades de mayor nivel de complejidad.

Oportunidad de traslados internos: Para el para el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2024, se da una oportunidad de traslados internos de 3,03 horas, encontrándose dentro de los tiempos establecidos por la subred sur occidente de 6 horas, para la generación de la oportunidad se toman datos de las especialidades que se prestan de forma continua las 24 horas.

Grafica 8. Oportunidad de traslados internos 2024.



Fuente: Base de Datos CREAT Subred Sur Occidente, condensado por Líder CREAT.

Tabla No. 59. Indicador Oportunidad de traslados internos 2024

SUBRED SUR OCCIDENTE		2024	
FORMULA INDICADOR	Sumatoria del tiempo transcurridos desde la solicitud del traslado hasta el momento de la recepción del paciente en la Unidad receptora	65.398	3,03
	Total de traslados realizados en el periodo	21.572	

Fuente: Base de Datos CREAT Subred Sur Occidente, condensado por Líder CREAT.

Relación de oportunidad de traslados por Unidades, donde se observa se mantienen los tiempos por debajo de línea base de 6 horas establecida para los traslados internos de la subred.

Tabla No. 60. Oportunidad de traslados por unidad 2024.

UNIDAD BOSA CENTRO		2024	
FORMULA INDICADOR	Sumatoria del tiempo transcurridos desde la solicitud del traslado hasta el momento de la recepción del paciente en la Unidad receptora	7.197	2,50
	Total de traslados realizados en el periodo	2.883	
HOSPITAL DE BOSA		2024	
FORMULA INDICADOR	Sumatoria del tiempo transcurridos desde la solicitud del traslado hasta el momento de la recepción del paciente en la Unidad receptora	13.162	3,38
	Total de traslados realizados en el periodo	3.893	

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

UNIDAD FONTIBON		2024	
FORMULA INDICADOR	Sumatoria del tiempo transcurridos desde la solicitud del traslado hasta el momento de la recepción del paciente en la Unidad receptora	11.144	3,46
	Total de traslados realizados en el periodo	3.223	
UNIDAD KENNEDY		2024	
FORMULA INDICADOR	Sumatoria del tiempo transcurridos desde la solicitud del traslado hasta el momento de la recepción del paciente en la Unidad receptora	19.630	2,97
	Total de traslados realizados en el periodo	6.601	
UNIDAD TRINIDAD GALAN		2024	
FORMULA INDICADOR	Sumatoria del tiempo transcurridos desde la solicitud del traslado hasta el momento de la recepción del paciente en la Unidad receptora	2.152	2,43
	Total de traslados realizados en el periodo	885	
UNIDAD PATIO BONITO		2024	
FORMULA INDICADOR	Sumatoria del tiempo transcurridos desde la solicitud del traslado hasta el momento de la recepción del paciente en la Unidad receptora	1.933	2,21
	Total de traslados realizados en el periodo	873	
UNIDAD TINTAL		2024	
FORMULA INDICADOR	Sumatoria del tiempo transcurridos desde la solicitud del traslado hasta el momento de la recepción del paciente en la Unidad receptora	6.252	2,63
	Total de traslados realizados en el periodo	2.379	

Fuente: Base de Datos CREAT Subred Sur Occidente, condensado por Líder CREAT.

9.3 PRODUCCION ATENCION PREHOSPITALARIA

Objeto del convenio: “Aunar esfuerzos técnicos, administrativos y financieros entre el FFDS y la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, para prestar el servicio de traslado asistencial de pacientes y la atención prehospitalaria en relación con las necesidades de atención de urgencias, emergencias y desastres en salud y en salud mental en el Distrito Capital en el marco del Sistema de Emergencias Médicas y el modelo de atención en salud”.

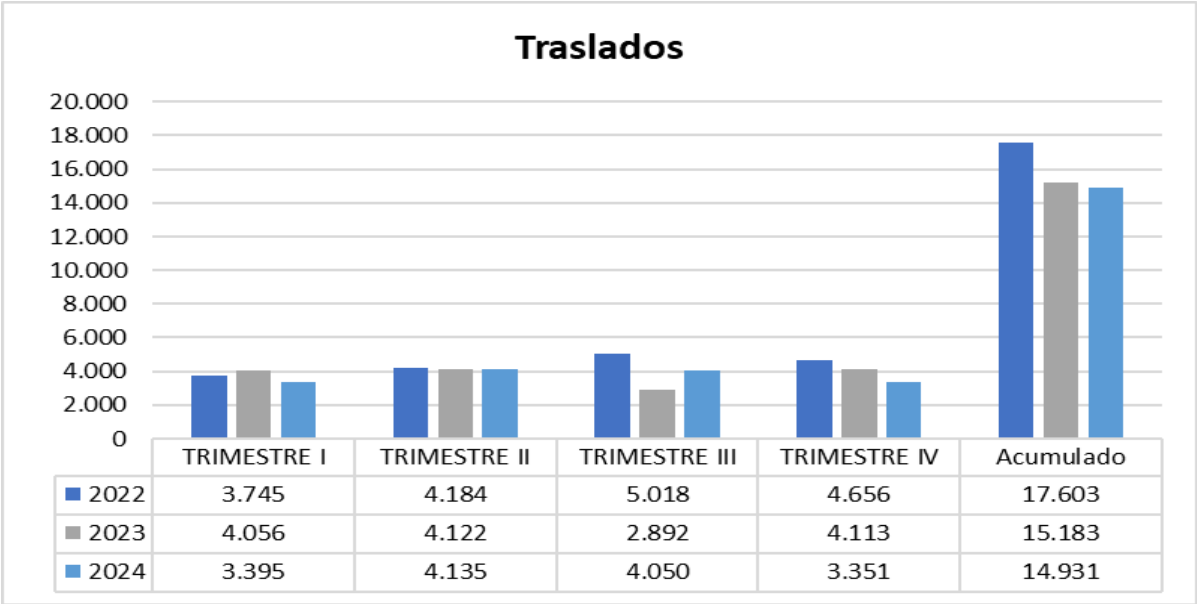
Gestión Interna APH: La Atención Pre Hospitalaria se presta desde el momento en que el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) recibe llamada de solicitud de ambulancia desde el lugar donde se presente un incidente, logrando así enviar los vehículos que cubren el distrito capital.

Desde APH se realiza solicitud y gestión de equipos biomédicos, en colaboración con la Dirección de Urgencias de la Subred logrando la entrega de los mismos, se realiza previo alistamiento de los vehículos y presentación ante el CRUE para operación de las móviles.

Para el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2024 se realizaron 14.931 traslados a centros asistenciales, evidenciando una disminución de 252 traslados en comparación con el mismo periodo de tiempo del año 2023 donde se realizaron 15.183.

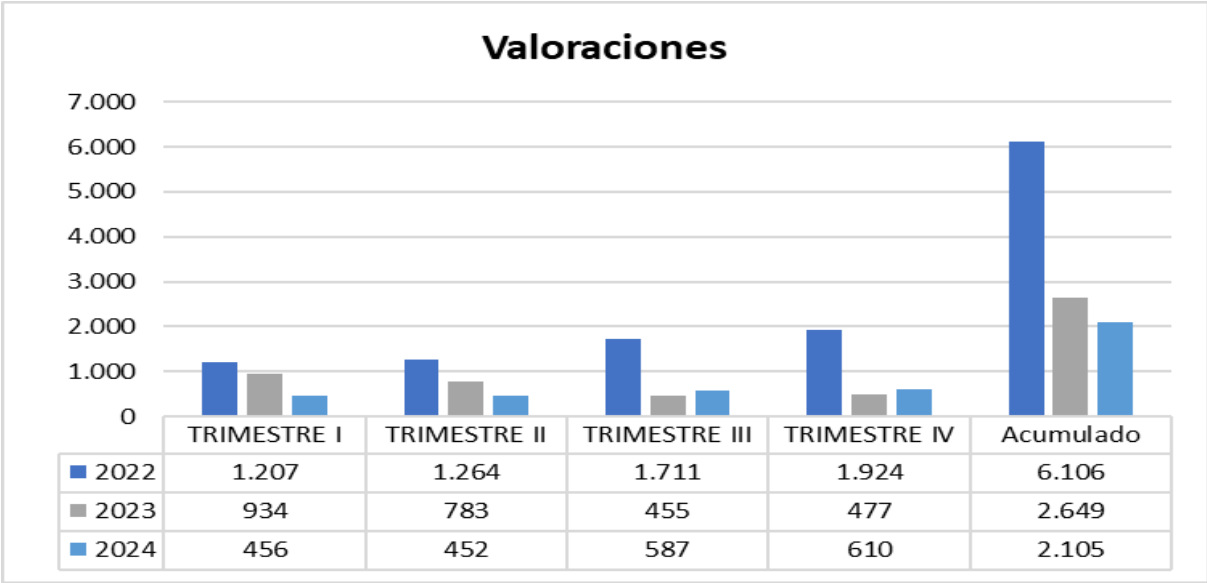
Grafica 9. Traslados APH 2022 a 2024

“ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN.”



Fuente: Bases de datos traslados Secretaría de Salud, condensado por Líder convenio APH.

Grafica 10. Valoraciones APH 2022 a 2024



Fuente: Bases de datos traslados Secretaría de Salud, condensado por Líder convenio APH.

En cuanto a las valoraciones realizadas; que se refieren a pacientes atendidos y no trasladados, se realizaron 2.105 para el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2024, evidenciando una reducción de 544 valoraciones en comparación con el mismo periodo de tiempo del año 2023 en donde se efectuaron 2.649 valoraciones

Tabla No. 61. Traslados por Móviles Medicalizadas APH diciembre 2024.

MÓVILES MEDICALIZADAS			
PLACAS	MÓVILES	TOTALES	TOTALES
		VALORACIONES	TRASLADOS
JQV134	6.855	17	62
JQV138	6.857	8	63
JQV124	6.941	10	53
JQV133	6.942	8	34
OLN248	7.052	13	77
JQV131	6.940	7	64
JQV142	6.939	0	7
TOTAL		63	360

Fuente: Registros de historia clínica subred suroccidente, condensado por Líder convenio APH.

Tabla no. 62 . Traslados por Móviles Básicas APH diciembre 2024.

MÓVILES BÁSICAS			
PLACAS	MÓVIL	TOTALES	TOTALES
		VALORACIONES	TRASLADOS
OLN248	6.352	8	47
JQV118	6.897	7	60
JQV098	6.930	1	19
JQV130	6.899	2	34
JQV132	6.900	9	75
JQV 140	6.901	19	19
JQV122	6.902	3	30
JQV152	6.903	9	59
JQV120	6.904	1	23
JQV153	6.905	9	39
JQV228	6.992	9	39
JQV123	6.931	6	37
JQV125	6.932	0	4
JQV127	6.933	4	43
JQV126	6.935	1	16
JQV119	6.937	1	30
JQV 137	6.934	6	48
JQV121	6.898	6	50
JQV 126	6.928	9	57
TOTAL		110	729

Fuente: Registros de historia clínica subred suroccidente, condensado por Líder convenio APH.

9.4 PRINCIPALES LOGROS

- Se fortalecieron los servicios de urgencias de mediana y alta complejidad con médicos especialistas en emergencias, para garantizar una atención de acuerdo a las necesidades de la población georreferenciada para cada una de las sedes.
- Se instauró un direccionamiento claro frente al apoyo técnico a unidades de baja complejidad, que se ha requerido de forma telefónica con los emergenciólogos de mediana y alta complejidad con el objetivo de brindar una atención óptima en todos los niveles de la subred que prestan atención de urgencias.

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

- Se realiza seguimiento constante por parte de la dirección de urgencias a estancias prolongadas, definición de conducta y traslados hacia los servicios de hospitalización de mediana y alta complejidad, con el fin de garantizar la oportunidad de atención de los usuarios consultantes, sin embargo, se ha presentado aumento de las consultas en los servicios de urgencias en la Subred Sur Occidente, aumentando la ocupación especialmente en urgencias Kennedy.
- Frente a los indicadores de gestión de la dirección de urgencias se evidencia: reducción de reingresos en menos de 72 horas, relacionado con el fortalecimiento del equipo médico en la definición de conducta; reducción de tiempos de atención para pacientes clasificados como Triage II, siendo un resultado positivo del seguimiento instaurado por la dirección, así mismo se evidencia un progreso frente al indicador Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM) Subred Sur Occidente ESE, garantizando el inicio de la terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico de infarto agudo de miocardio.
- Desde la dirección de urgencias se fomenta la cultura de seguridad del paciente, viéndose reflejado en la reducción de materialización de eventos adversos en los servicios de urgencias.
- Desde la dirección de urgencias se realiza recorrido semanal a las unidades con servicio de urgencias, brindando un espacio de escucha y acompañamiento a cada uno de los colaboradores, donde se busca ser un apoyo en gestión administrativa y diferentes necesidades.
- A través de la identificación del riesgo en sala de espera de los servicios de urgencias se garantiza la priorización de la atención, cumplimiento de los tiempos de Triage, y realización de laboratorios y ayudas diagnósticas, con la finalidad de minimizar riesgos y brindar una atención médica segura y de calidad.
- Fortalecimiento en competencias de la gestión clínica de urgencias a profesionales de enfermería, medicina y auxiliares de enfermería en espacios de aprendizaje continuo.

9.5 PRINCIPALES DIFICULTADES

- Se presentó alta rotación de colaboradores con vinculación laboral por prestación de servicios en los diferentes servicios de urgencias, lo que generó implementación de estrategias para garantizar la prestación del servicio, como reorganización del personal, solicitud de adicionales y solicitud de requerimiento de personal oportuno para nueva contratación.

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

9.6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL PROCESO

Continuar con la articulación con la dirección hospitalaria con el objetivo de garantizar el giro cama hospitalario y reducir la estancia de paciente en urgencias con criterio de hospitalización, lo cual se ha realizado en tres jornadas diferentes: mañana, tarde y noche.

Seguir con el trabajo en equipo desde la dirección de urgencias donde se fomenta una comunicación respetuosa y permanente entre líderes asistenciales y central de Referencia y Contrarreferencia, lo cual se ve reflejado en la disminución de tiempos de traslados secundarios, garantizando a los usuarios realización de exámenes complementarios, valoración por especialistas; con el fin lograr una definición de conducta oportuna, acceso a servicios de hospitalización de mediana y alta complejidad, según la necesidad.

10 GESTIÓN CLÍNICA HOSPITALARIA

Para el año 2024 desde la Dirección Hospitalaria se dio respuesta a las necesidades de los servicios de salud con una capacidad instalada promedio de 619 camas hospitalarias que incluyen: hospitalización general adultos, hospitalización pediátrica, unidades de cuidados intensivo neonatal, pediátrico/adulto, y 20 camas de hospitalización domiciliaria anexadas a la capacidad instalada del Hospital de Kennedy.

Con la finalidad de contar con el talento humano requerido para la prestación del servicio, se realizó contratación de los perfiles tanto técnicos como profesionales y especializados que fueron necesarios.

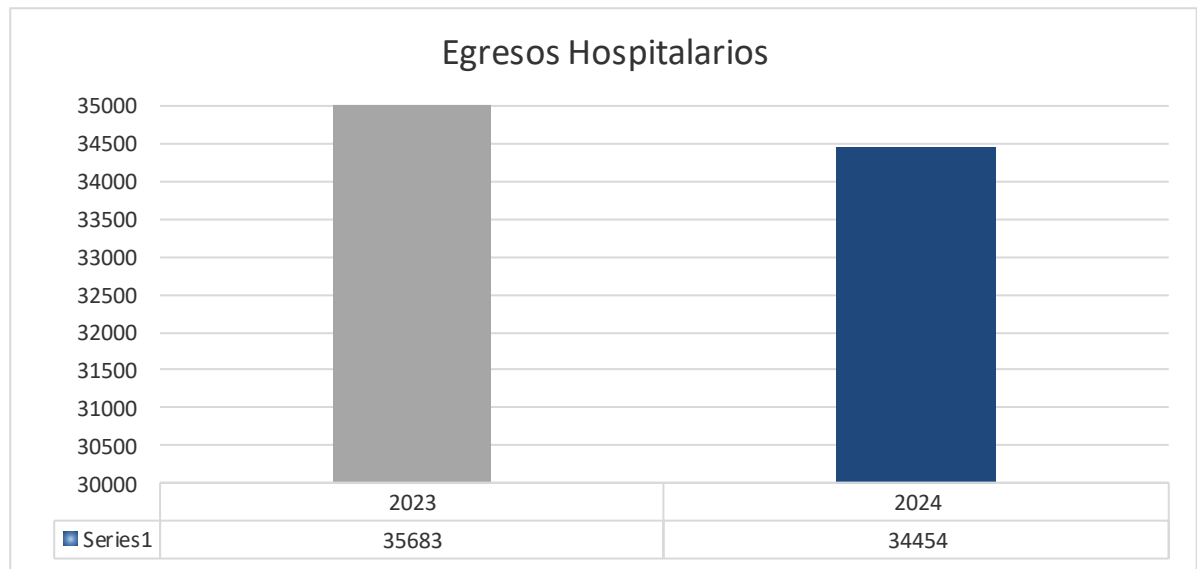
Con respecto a los Indicadores del Plan de Acción Anual – PAAI tanto Institucional como del Proceso de la Gestión Clínica Hospitalaria se obtuvieron resultados de cumplimiento frente a los rangos permitidos.

Sin embargo, para el cumplimiento del indicador de promedio estancia (PAAI 07 02) fue necesario desde la Dirección Hospitalaria se analizaran los factores que han afectado el desvío del indicador encontrando que de los 156.750 días de cama ocupada 33.514 son utilizados para la atención de los pacientes en calidad de abandono social y estancias prolongadas sin justificación clínica, atribuibles a barreras administrativas de las EAPBs a las que pertenecen, pacientes en procesos de remisión en espera de ubicación por la EAPB (con solicitudes de nivel de resolutivez no prestada en la institución), lo que consolida el indicador en 4.5 días de estancia real para el mes de diciembre, ubicándolo dentro de meta institucional.

SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN:

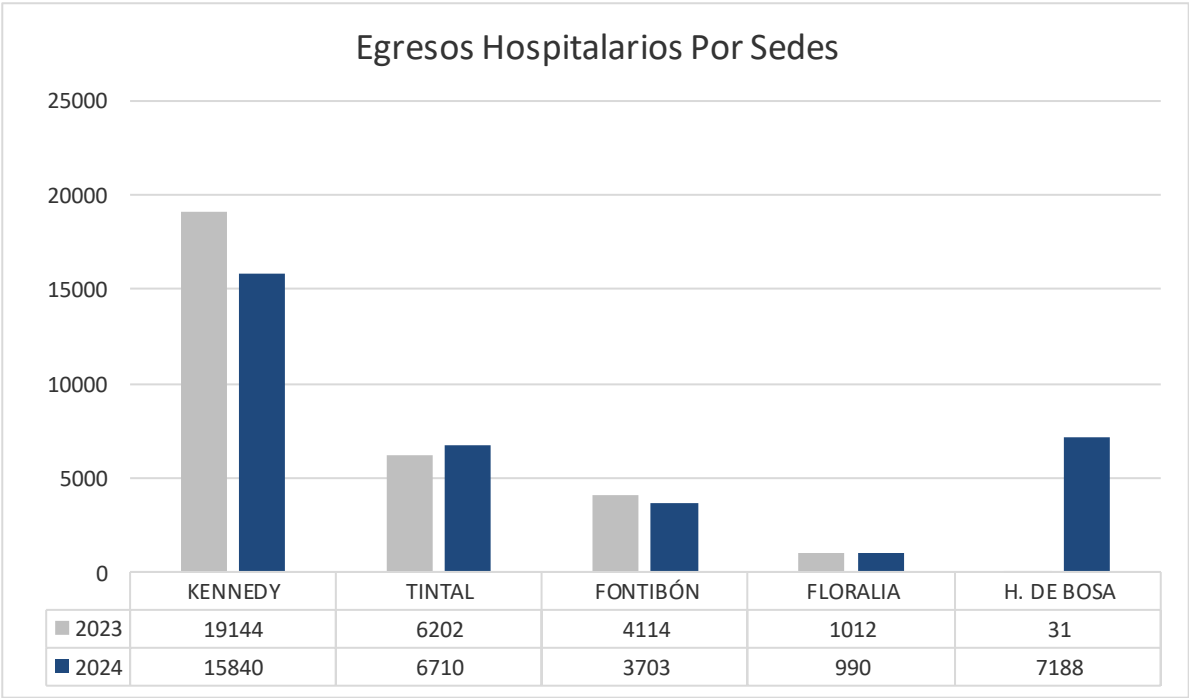
Para el año 2024 se obtuvo un total de 34.454 egresos, con ligera disminución respecto al 2023 equivalente al 3.4% menos (1.229 egresos). Los servicios de Ginecobstetricia, Cuidado Intensivo, Pediatría y Medicina Interna, presentaron aumento respecto a la anterior vigencia, el descenso expuesto está directamente relacionado con la disminución de la tasa de natalidad que enfrenta el Distrito Capital, asociado a la menor demanda en proceso de referencia para la unidad de cuidado intensivo pediátrico y para el caso de medicina interna está asociado al aumento del volumen de pacientes en calidad de abandono social y pacientes con barreras administrativas directas por las EAPBs. Por lo que, se han

instaurado planes de mejora que impacten directamente en los factores anteriormente expuestos.



Fuente: Gerencia de la información-Tablero de Junta- Tablero de Gestión-2024.

Comparando el comportamiento de los egresos por sedes de los años 2023-2024 se observa el aumento de la producción en las sedes Patio Bonito Tintal: 508 egresos y Hospital de Bosa con 7.157 egresos, para este último a expensas de la apertura de la capacidad instalada en el nuevo Hospital de Bosa desde el 26 de diciembre de 2023, que permitió ampliar la oportunidad de atención hospitalaria de la localidad y de la Subred Sur Occidente.



Fuente: Gerencia de la información-Tablero de Junta- Tablero de Gestión-2024.

PROMEDIO ESTANCIA SERVICIOS HOSPITALARIOS SUBRED 2023-2024

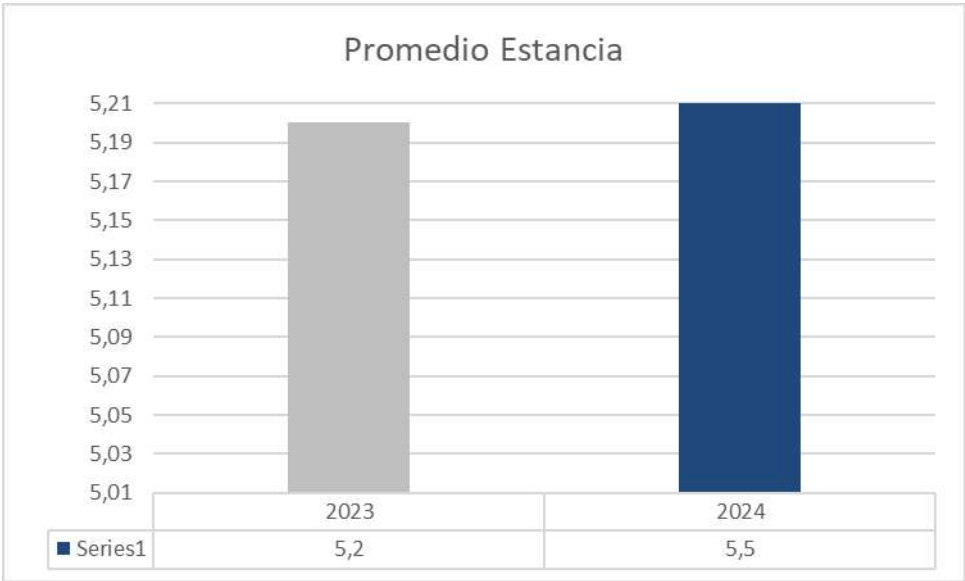
El resultado del promedio estancia del año 2024 fue del 5.5 días, derivado de un total de 190.264 días cama ocupadas para 34.454 egresos, con variación poco significativa con relación a la vigencia anterior con 0.3 días, encontrándose con una desviación de 0.7 días del estándar institucional de 4.8 días.

Sin embargo, para el cumplimiento del indicador de promedio estancia (PAAI 07 02) fue necesario desde la Dirección Hospitalaria se analizaran los factores que han afectado el desvío del indicador encontrando que de los 156.750 días de cama ocupada 33.514 son utilizados para la atención de los pacientes en calidad de abandono social y estancias prolongadas sin justificación clínica, atribuibles a barreras administrativas de las EAPBs a las que pertenecen, pacientes en procesos de remisión en espera de ubicación por la EAPB (con solicitudes de nivel de resolutiveidad no prestada en la institución), **lo que consolida el indicador en 4.5 días de estancia real para el mes de diciembre, ubicándolo dentro de meta institucional.**

Para lo que, a partir del mes de marzo de 2024, en articulación con la oficina de participación ciudadana, la oficina de jurídica, facturación y referencia se realizan mesas de trabajo que permitan gestionar con la mayor oportunidad ante los responsables las barreras administrativas que han impactado en el indicador.

Adicionalmente, a partir del 6 de noviembre de 2024, se da inicio a una mesa de trabajo encabezada por la Gerencia, Subgerencia, Dirección Hospitalaria, Dirección de Urgencias,

Líder de la Oficina de Mercadeo, Líder CREAT, Referente del Gobierno Clínico, Líderes de las unidades, oficina de trabajo social, oficina de admisiones y oficina de facturación, con el propósito de realizar el seguimiento y análisis de cada uno de los casos represados por trámites de referencia y contra referencia, que afectan de manera directa la oportunidad en la prestación del servicio de los pacientes porque requieren de mayor complejidad o servicios nos prestador por la SUBRED y afectan el comportamiento del indicador de promedio estancia y giro cama por causa de estancias hospitalarias prolongadas de causas no médicas.



Fuente: Gerencia de la información-Tablero de Junta- Tablero de Gestión-2024.

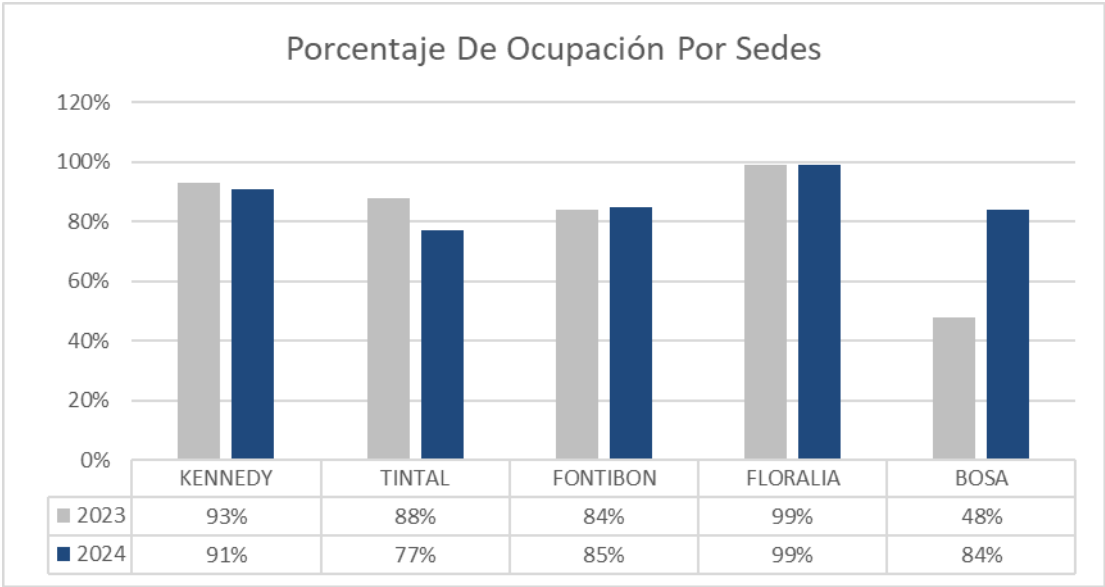
PORCENTAJE DE OCUPACIÓN SERVICIOS HOSPITALARIOS 2023-2024

En el año 2024 se obtuvo un resultado del 87.2% de ocupación, con un total de 190.264 días cama ocupada de 218.189 días cama disponible, frente al 88% en el año 2023 donde se contó con 211.751 días camas disponible y 186.345 de ocupada, manteniendo un comportamiento similar respecto al año anterior.



Fuente: Gerencia de la información-Tablero de Junta- Tablero de Gestión-2024.

Las unidades que presentaron aumento en el porcentaje de ocupación son: Fontibón 1% más, Hospital de Bosa con 36% más para la presente vigencia y USM Floralia mantiene un comportamiento similar.



Fuente: Gerencia de la información-Tablero de Junta- Tablero de Gestión-2024.

REINGRESOS:

Para el año 2024 se obtuvo un total de 88 reingresos, de 33.551 egresos vivos, para un resultado de 0.26%, lo cual se encuentra por debajo del valor máximo permitido del 2% con cumplimiento del indicador del Plan de Acción Anual.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Comparado con el año 2023 (0.26%) con un total de 95 reingresos/35.935 egresos vivos, lo que permite evidenciar que la tasa de reingresos ha mantenido un comportamiento similar entre las vigencias, manteniendo el indicador dentro de meta institucional de 2%.

SERVICIOS QUIRÚRGICOS:

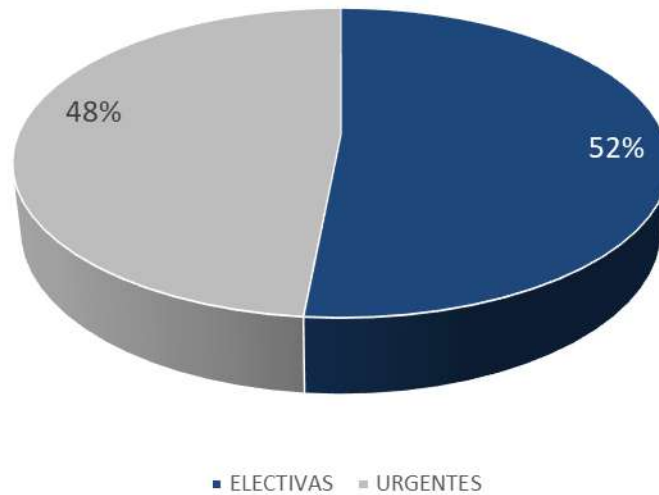
Durante el año 2024 la producción de cirugía correspondió a 45.714 procedimientos, con aumento respecto a la vigencia anterior de 45.612 procedimientos equivalente al 0.2%, producto de la gestión de las agendas y capacidad instalada de quirófanos, derivadas de las diferentes estrategias que han permitido optimizar la misma capacidad de salas de cirugía con un uso más eficiente de los tiempos quirúrgicos y reorganización de mapa quirúrgico. Instauración de medidas como la programada diferida de las urgencias no vitales, el triage quirúrgico y la implementación de la planeación quirúrgica que permitieron garantizar la verificación de las necesidades de tecnología, insumos y medicamentos para minimizar la cancelación de cirugía.



Fuente: Gerencia de la información-Tablero de cirugías- Tablero de junta-2024.

La distribución de estos procedimientos correspondió al 52% para electivos y del 48% a urgencias, las especialidades con mayor participación en la programación quirúrgica son: Cirugía General, Cirugía Ortopedia, Cirugía Ginecología, Cirugía Plástica y Estética y Cirugía Maxilofacial.

Distribución Procedimientos Electivos Vs. Urgentes

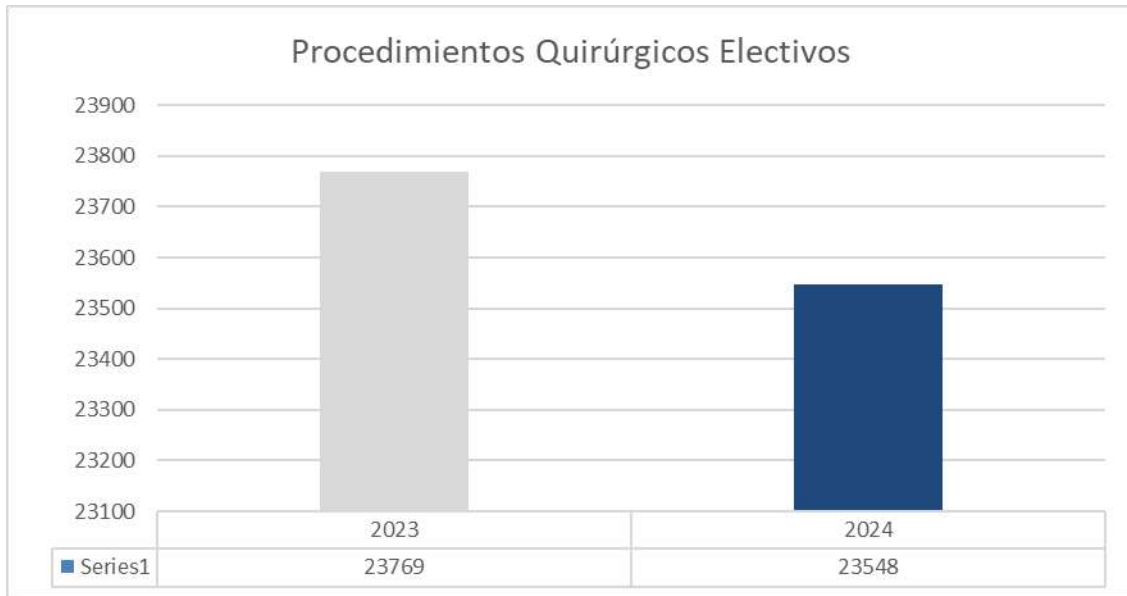


Fuente: Gerencia de la información-Tablero de cirugías- Tablero de junta-2024.

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ELECTIVOS 2023-2024

Se realizaron un total de 23.548 procedimientos que respecto al 2023 presenta leve disminución de -221 procedimientos, equivalente una leve variación del 0.9%, lo anterior a expensas de la respuesta y organización de los quirófanos para atender la demanda de los procedimientos quirúrgicos urgentes y las urgencias diferidas.

Las especialidades que han mantenido su participación en la programación quirúrgica son: Cirugía Dermatología, Cirugía General, Oftalmología y Cirugía Vascular, manteniendo un comportamiento similar respecto al año anterior.

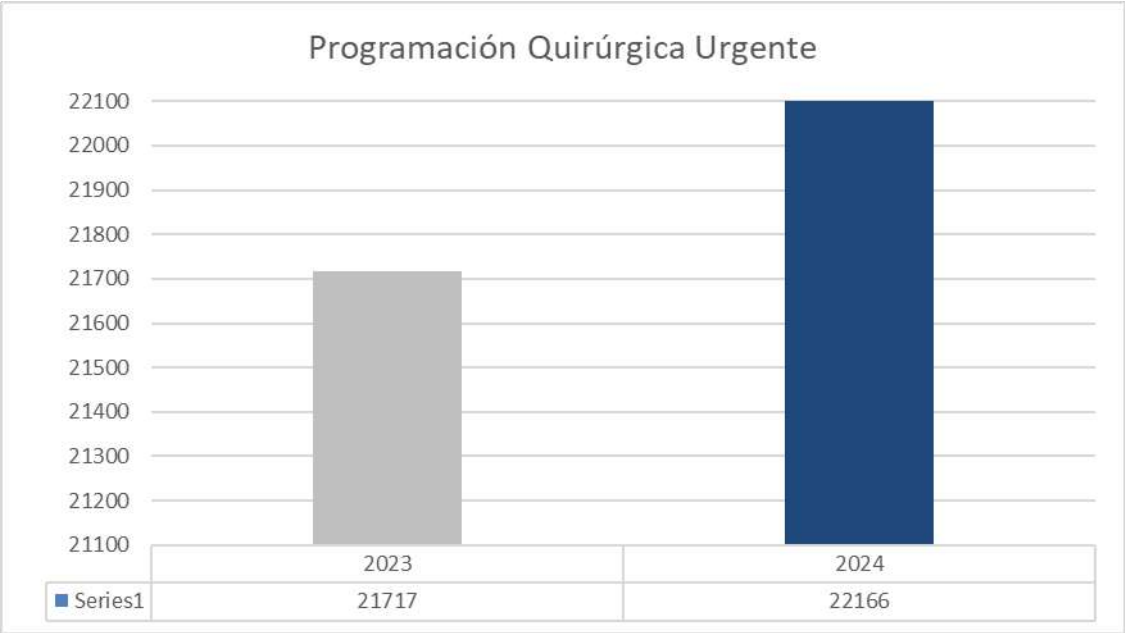


Fuente: Gerencia de la información-Tablero de cirugías- Tablero de junta-2024.

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS URGENTES 2023-2024

Se realizaron un total de 22.166 procedimientos con aumento respecto a la vigencia anterior de 449 procedimientos, equivalente a una variación del 2%, lo anterior a expensas de la respuesta y organización de los quirófanos para atender la demanda de los procedimientos quirúrgicos urgentes y las urgencias diferidas.

Las especialidades que mayor producción presentaron fueron: Cirugía General, Cirugía Ortopedia, Cirugía Plástica y Estética y Cirugía Maxilofacial.



Fuente: Gerencia de la información-Tablero de cirugías- Tablero de junta-2024.

10.1. INDICADORES

PORCENTAJE DE CANCELACIÓN QUIRURGICA POR CAUSA INSTITUCIONAL

Para el año 2024 el porcentaje de cancelación de cirugía por causa institucional fue del 1.4%, resultado que se encuentra por debajo del estándar institucional del 6%, con un total de 177 procedimientos cancelados de 12.393 programaciones realizadas.

Comparado con el año 2023 (1.3%) con un total de 155 procedimientos cancelados presenta variación porcentual de 0.1% más para la presente vigencia, variación poco significativa, pero manteniendo el indicador dentro de meta institucional de 6%, lo anterior a expensas del uso eficiente de los quirófanos y la gestión de las agendas quirúrgicas.

AÑOS	2023	2024
Cantidad de cirugías programadas canceladas por causa institucional	155	177
Cantidad de cirugías programas	11720	12393
Resultado	1,3%	1,4%

Fuente: Gerencia de la información-Tablero de cirugías-2024.

OPORTUNIDAD DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS PROGRAMADOS

Para la vigencia 2024 la oportunidad se consolidó en 6.2 días para las 12.558 cirugías programadas. Con respecto al año 2023, presenta disminución del número de días de espera para la programación quirúrgica con -2.5 días, teniendo en cuenta el aumento de la producción de cirugías programadas para el 2024, lo anterior denota la gestión de listas de espera acumuladas del periodo de la pandemia, la gestión de las agendas quirúrgicas y el uso eficiente de los quirófanos, manteniendo el cumplimiento del indicador frente al Plan de Acción Anual.

Dentro de las acciones realizadas para dar cumplimiento a la oportunidad de la programación de cirugía, se encuentran:

- Gestión de listas de espera por grupos quirúrgicos.
- Verificación de historias clínicas para priorización de pacientes sin comorbilidades.
- Verificación semanal de agendas de cirugía oftalmológica y cirugía de reemplazo de cadera.
- Articulación entre sedes, para realizar los procedimientos quirúrgicos acorde al nivel de complejidad de los pacientes, haciendo uso eficiente de los quirófanos.

Años	2023	2024
Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de la Cirugía programada y el momento en el cual es realizada la cirugía	102538	77379
Número total de cirugías programadas realizadas	11813	12558
Resultados	8,7	6,2

Fuente: Gerencia de la información-Tablero de cirugías-2024.

10.2 PRINCIPALES LOGROS

PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DOCIMICILIARIA (PHD):

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente da inicio a la apertura del Programa de Hospitalización Domiciliaria a partir del 15 de julio de 2024, con una capacidad instalada de 20 camas anexas a la capacidad instalada del Hospital de Kennedy. Con la cual se han logrado garantizar 184 egresos hospitalarios, 1.262 días de estancias evitados, 1.307 valoraciones médicas, 1.957 valoraciones de enfermería, 1.833 valoraciones de auxiliar de enfermería, 603 valoraciones de trabajo social, 276 caracterizaciones de vivienda y 986 valoraciones por fisioterapia, logrando así un total de 8.600 actividades realizadas a los pacientes hospitalizados en el programa.

PRODUCCIÓN PHD	TOTAL

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Ingresos PHD	192
Egresos PHD	184
Días Estancia Evitados	1262
Valoraciones Medicas	1307
Valoraciones De Enfermería	1957
Valoraciones De Aux. Enfermería	1833
Valoraciones De Trabajo Social	603
Caracterización De Vivienda	276
Valoraciones Fisioterapeuta	986
TOTAL	8600

Fuente: Gerencia de la información-Coordinador Programa de Hospitalización Quirúrgica, 2024

11 GESTION SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

El proceso de Gestión de Servicios Complementarios es un proceso Misional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente E.S.E, el cual está conformado por 6 subprocesos y cuyo objetivo es “Prestar servicios de salud de apoyo diagnóstico y terapéutico a los servicios misionales de manera oportuna, eficiente y confiable para complementar y evaluar el tratamiento de una situación en salud”.

Desde el proceso de Gestión de Servicios Complementarios al realizar seguimiento al plan de acción anual se obtuvo un cumplimiento del 100% durante la vigencia 2024.

A continuación, se realiza despliegue del análisis del resultado de cumplimiento:

PAA-08-01 Fórmulas médicas entregadas de manera oportuna (menor 48 horas) Subred integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E %: Resultado 97.2%

Comparando el indicador de oportunidad en la entrega de medicamentos durante la vigencia del año 2024 que fue del 97,2% con la vigencia 2023 que fue del 96.7 % se observa una variación positiva del 0.5%, se logró dar cumplimiento a la oportunidad global de la entrega de medicamentos y al estándar institucional establecido que corresponde al 95%. Es de resaltar que debido a los siguientes factores externos no se ha obtenido un porcentaje mayor:

El INVIMA ha establecido que la causa principal de los medicamentos en riesgo de desabastecimiento se relaciona con el aumento en la demanda, mientras que la causa de aquellos desabastecidos radica en insuficientes oferentes, seguido de problemas en la adquisición de la materia prima o principio activo.

El Invima ha implementado estrategias para gestionar el desabastecimiento, como:

- Priorizar los trámites de registro sanitario
- Autorizar la importación por única vez
- Declarar el medicamento como “vital no disponible”
- Pedir a los titulares e importadores de medicamentos que informen sobre el estado de los productos.

Sin embargo, estas medidas no han sido suficientes para superar en su totalidad la problemática.

PAA-08-02 Proporción de Eventos Adversos gestionados asociados al proceso de Complementarios Sub Red Sur occidente Resultado 100%

Durante el año 2024 se gestionó el 100% de los eventos adversos analizados con seguridad del paciente correspondiente al proceso de gestión de servicios complementarios, se dio

“ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN.”

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

cumplimiento al estándar institucional del 100%. Se presentaron 8 casos de eventos adversos prevenibles para el proceso derivados de los subprocesos de Imagenología y unidad renal, las acciones de mejoramiento se matricularon en el ID 3414 las cuales se realizaron durante el año 2024. En comparación con la vigencia del año 2023 en la cual se presentaron 13 casos de eventos adversos, se observa una disminución significativa de 5 casos dando cumplimiento al estándar institucional del 100%,

PAA-08-03 Oportunidad en la entrega de lectura de imágenes diagnósticas Servicio de Urgencias Subred Sur Occidente E.S.E. Resultado 2 horas y 39 minutos cumplimiento 100%

Durante la vigencia 2024 se dio cumplimiento al estándar de oportunidad en la entrega de los resultados de lectura de las imágenes diagnósticas provenientes del servicio de urgencias dentro de las 5 horas siguientes a su toma, la cual fue de 2 horas y 39 minutos, en comparación con al año 2023 que fue de 2 horas y 29 minutos se evidencia aumento del tiempo de 10 minutos directamente relacionado con el aumento de la demanda año 2023 n=(93931) y 2024 n=(105444) manteniéndose estable el comportamiento del indicador.

PAA-08-04 Oportunidad en la entrega de resultados de exámenes de laboratorio clínico Urgencias Subred Sur Occidente E.S.E. Resultado 1 hora y 37 minutos cumplimiento 100%

Durante el año 2024 se dio cumplimiento al estándar de oportunidad de 2 horas para la entrega de resultados de exámenes de laboratorio clínico a los servicios de urgencias, la entrega de resultados en urgencias fue de 1 hora y 37 minutos, comparándolo frente al año 2023 que fue de 1 hora y 42 minutos se evidencia disminución del tiempo de 5 minutos observando un comportamiento similar en las dos vigencias y permaneciendo estable el cumplimiento del estándar institucional.

PAA-08-05 Oportunidad en la entrega de resultados de exámenes de laboratorio clínico Hospitalización Subred Sur Occidente E.S.E. Resultado 100%

En la vigencia del año 2024 se logró dar cumplimiento al estándar de oportunidad de 2 horas en la entrega de resultados de exámenes de laboratorio clínico de los servicios de hospitalización, la entrega de resultados en hospitalización fue de 1 hora y 53 minutos, comparándolo frente al año 2023 que fue de 2 horas y 8 minutos se evidencia disminución del tiempo de 15 minutos este resultado es fruto de un gran compromiso del talento humano del subproceso de laboratorio clínico.

PAA-08-06 Oportunidad en la entrega de resultados de exámenes de laboratorio clínico en consulta externa Sub Red Sur Occidente E.S.E. Resultado: 7 horas y 39 minutos cumplimiento 100%.

En la vigencia del año 2024 se dio cumplimiento al estándar de oportunidad de 24 horas para la entrega de resultados de laboratorio clínico en consulta externa, la entrega de resultados en consulta externa fue de 7 horas y 39 minutos, en comparación con al año 2023 que fue de 7 horas y 56 minutos se evidencia una disminución del tiempo de 17 minutos directamente relacionada con la disminución de la demanda año 2023 n=(975134) y año 2024 N=(967217) , el indicador se conserva estable sin variaciones extremas.

PAA-08-07 Cumplimiento de acciones para cierre de Oportunidades de Mejora asignadas al proceso Resultado 100%

Durante el año 2024 se dio cumplimiento al 100% de las acciones de mejora programadas de acuerdo a los planes de mejoramiento del proceso N= (64) comparando con la vigencia 2023 en la cual también se logró dar cumplimiento al 100% de las acciones de mejora programadas de acuerdo a los planes de mejoramiento del proceso N= (92), se evidencia que en ambas vigencias se ha superado la meta que es: cumplir el 90% de las acciones de mejora inscritas en el proceso.

PAA-08-08 Seguimiento de autocontrol a la matriz de riesgo del proceso. Resultado: PAA 100%

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

El proceso de gestión de servicios complementarios realiza seguimiento de autocontrol a la matriz de riesgos de forma mensual a cada uno de los subprocesos. El proceso de gestión de servicios complementarios realiza seguimiento de autocontrol a la matriz de riesgos de forma mensual a cada uno de los subprocesos. Durante la vigencia de 2024 se realizaron 12 seguimientos de autocontrol a la matriz de riesgos del proceso de gestión de servicios complementarios dando cumplimiento en un 100%. Las evidencias se encuentran en el módulo de Riesgos de la plataforma Institucional Almera y se anexan las actas de los seguimientos, al comparar con la misma vigencia de 2023 se observa el mismo cumplimiento del indicador.

PAAI 08 07 Cumplimiento de las etapas definidas para implementar la estrategia Medicamentos a casa priorizando a los adultos mayores y personas en condición de discapacidad Subred Sur Occidente. Resultado PAA 100%

Durante el año 2024 se cumplió con el 100% de las etapas programadas en el periodo para focalizar la estrategia de “Medicamentos a casa” priorizando a los adultos mayores y personas en condición de discapacidad la cual es:

Etapas 5: *Monitorear la implementación del ajuste a la estrategia de medicamentos a casa, y tomar las decisiones a lugar en el marco de la mejora continua de la calidad.

La Subred Integrada de servicios de Salud en su plan de desarrollo institucional 2020 a 2024 implemento la estrategia de entrega de medicamentos a domicilio priorizando a los adultos mayores y personas en condición de discapacidad esta estrategia se terminó el 30 de junio de 2024, debido a la culminación del plan de desarrollo institucional y del Plan Distrital de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas y el Plan Plurianual de Inversiones para Bogotá D. C. 2020-2024,por ende el numerador y denominador del indicador son los correspondiente al primer semestre de 2024.

Durante el segundo trimestre de 2024 se evidencio un comportamiento estable del indicador Porcentaje de medicamentos entregados en el domicilio de las solicitudes de medicamentos a personas priorizadas (adultos mayores y personas en condición de discapacidad) que realiza el médico del equipo de APS con un cumplimiento del 98.36 % comparado con primer trimestre de 2024 que fue del 97.20% se observó una variación positiva del 1.16 %. Lo cual se logró con las decisiones tomadas en el marco de la mejora continua de la calidad.

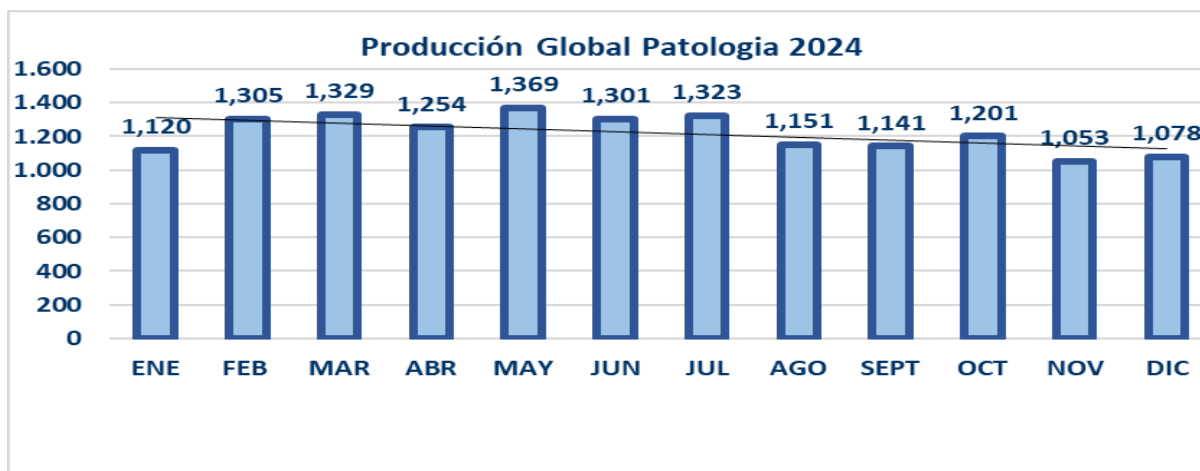
A continuación, se presentará cada subproceso y sus resultados en cuanto a la producción e indicadores:

11.1 SUBPROCESO PATOLOGÍA

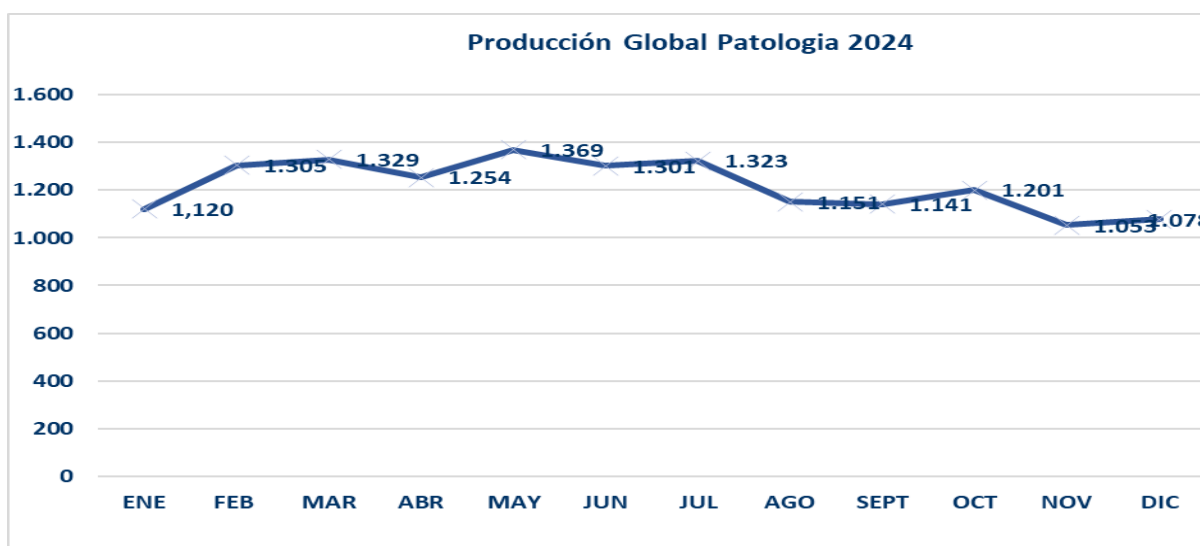
El subproceso de Patología tiene como objetivo realizar el **estudio histopatológico de las muestras de tejido tomadas de los pacientes** (biopsias/especímenes, líquidos y BACAF, Biopsias por congelación) con el objetivo de establecer un diagnóstico específico o en su defecto una aproximación diagnostica por medio de la generación de los informes diagnósticos de Patología partiendo de la radicación de las muestras (biopsias, especímenes, líquidos y Bacaf) con la finalidad de dar apoyo en la definición del diagnóstico y tratamiento del paciente. Adicional la realización de **autopsias clínicas**, para establecer causa de muerte es otra de las actividades.

PRODUCCION DEL SUBPROCESO

Gráfico 1: Producción Global Patología 2024- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.



Fuente: Estadística Servicio de Patología, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.



Fuente: Estadística Servicio de Patología, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Durante la vigencia del año 2024 se presentó una producción global en el Laboratorio de Patología de 14.625 casos, cifra en la que se tiene en cuenta los números de radicación de patología y líquidos (no se tienen en cuenta el número de muestras) y el número de casos equivalentes por autopsias (24 casos por autopsia).

La producción del laboratorio de Patología va de la mano con la producción de otros servicios asistenciales generadores de muestras para el laboratorio de Patología principalmente los servicios de Ginecología, Dermatología, Gastroenterología y Cirugía General, la leve disminución se asocia a las dificultades presentadas con la contratación a partir del mes de agosto de 2024 por falta de especialistas.

Es importante mencionar que cuando un caso es recibido, se asigna un número de radicación con el cual va a emitirse el informe diagnóstico; sin embargo, un caso puede traer varias muestras (traídas en recipientes diferentes), las cuales son tomadas el mismo día al paciente y son radicadas en el Laboratorio como un solo caso, con un único número de radicación, a pesar de que se facturen individualmente y que correspondan a varias muestras tomadas al mismo paciente. Por lo tanto, este año se consideró reportar además de la producción por casos, la producción total de todas las muestras recibidas, ya que cada muestra se maneja como un caso diferente, aunque para efectos de organización y

seguridad del paciente, son integradas dentro del informe del paciente, con un único número de radicación.

Tabla No. 63: Producción por muestras (número de muestras recibidas, no casos ni autopsias)- Laboratorio de Patología- Subred Sur Occidente.

Producción por muestras recibidas, especímenes y biopsias y líquidos (No casos) Laboratorio de Patología -Subred Sur Occidente E.S.E.			
MES	Quirúrgicos	Líquidos	TOTAL
EN	1.291	23	1.314
FEB	1.382	55	1.437
MAR	1.070	25	1.095
ABR	1.320	30	1.350
MAY	1.475	28	1.503
JUN	1.273	25	1.298
JUL	1.427	46	1.473
AGO	1.129	22	1.151
SEP	1.101	43	1.144
OCT	1.201	46	1.247
NOV	1.306	31	1.337
DIC	1.176	36	1.212

Fuente: Estadística Servicio de Patología, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

La producción por muestras durante el año el 2024 se alcanzó a recibir 15.561 muestras observándose un comportamiento superior al de la producción por casos que correspondió para el periodo evaluado en 14.625 casos y que fue revisado anterior gráfica.

Tabla No. 64: Casos procesados generadas por unidad (espécimen, biopsias, líquidos, sin incluir autopsias) año 2024 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

USS	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
KENNEDY	665	784	665	725	796	687	665	727	755	758	709	664	8.600
BOSA	150	164	148	204	163	189	210	205	214	223	177	194	2.241
FONTIBON	183	160	148	144	135	131	128	182	130	168	156	138	1.803
TINTAL	2	5	8	13	11	6	8	15	4	6	11	10	99

TOTAL	1000	1113	969	1.086	1.105	1.013	1.011	1.129	1.103	1.155	1.053	1006	12.743

Fuente: Estadística Servicio de Patología, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Durante el año 2024 se procesaron 12.743 casos generados en las unidades. La producción por unidad en relación a sus niveles de complejidad durante la vigencia mantuvo un comportamiento similar, siendo la Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy, de alta complejidad, la de mayor producción con 8.600 casos procesados al compararla con la producción procedente de las otras unidades como Fontibón de la cual se procesaron 1.803 casos , la USS Bosa 2.241 casos y la USS Tintal la cual con la apertura de las salas de cirugías al final de la vigencia se procesaron 99 casos.

La producción de casos procesados (no de muestras) generados por Unidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente incluyen sólo la producción de líquidos, especímenes y biopsias sin incluir las autopsias. El laboratorio de Patología de la Subred Sur Occidente dispone sólo de una sede, la cual está centralizada en la USS Kennedy (de Alta complejidad); recibe además de la USS Kennedy, muestras provenientes de las USS de Fontibón y Bosa, que son de mediana complejidad. El Laboratorio no recibe muestras provenientes de las unidades de baja complejidad de la Subred.

Tabla No. 65: Producción por espécimen - Servicio de Patología- Año 2024 -Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Producto	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
Espécimen-biopsias	977	1061	944	1056	1077	988	965	1129	1101	1155	1022	970	12.445
Líquidos-BACAF	23	52	25	30	28	25	46	22	43	46	31	36	407
Autopsias por casos (1 autopsia= 24 casos)	120	192	360	168	264	288	312	240	240	288	312	72	2.856

Fuente: Estadística Servicio de Patología, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

En relación a los productos del Laboratorio, la mayor producción durante el año 2024 se observa en las biopsias y especímenes, lo que fue la constante a lo largo del año, ya que estos productos siempre han representado el mayor volumen de la producción recibida en el Laboratorio de Patología con un total de 12.445 especímenes y biopsias que corresponden a un 81, 60% de la producción.

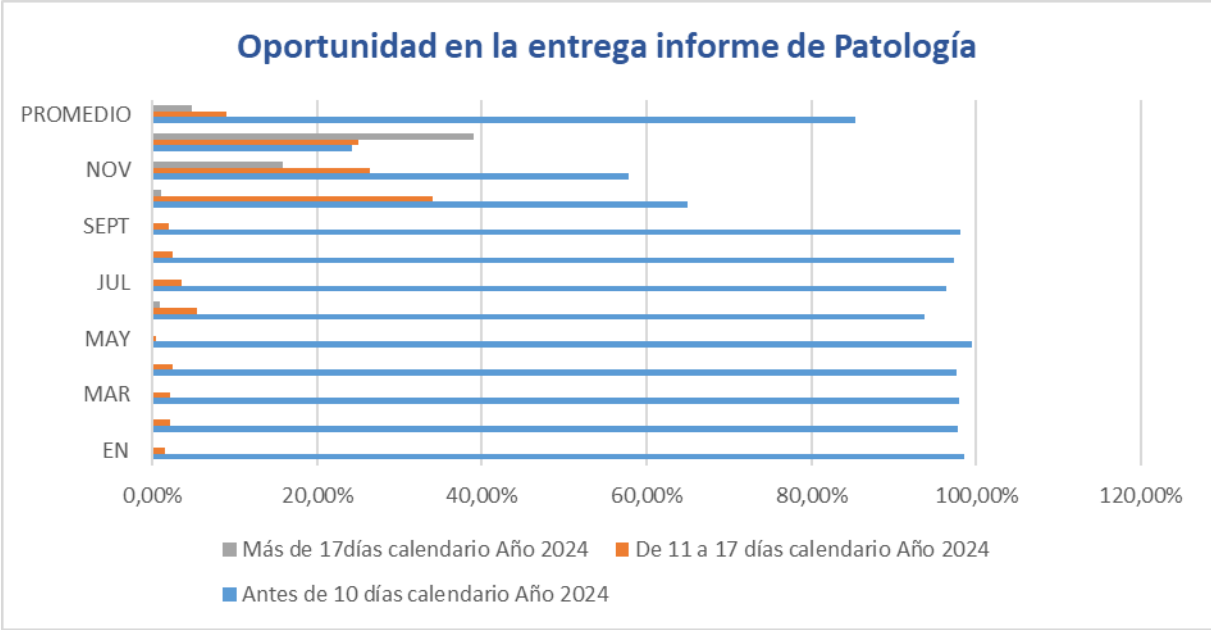
La producción de los líquidos y BACAF, que históricamente no representan un volumen significativo en el Laboratorio de Patología, durante el 2024 la producción de líquidos correspondió al 3,43% del volumen total de la producción global recibida en el Laboratorio.

Con relación a las necropsias, durante el año 2024 se realizaron 118 autopsias. En cuanto a la procedencia para la mayoría de las autopsias realizadas, procedían de fallecidos fuera de las subredes con 51, dentro de unidades de la Subred Sur 27 autopsias, seguida por 23 autopsias realizadas en nuestra subred, 11 autopsias de la Subred Centro Oriente,6 autopsia de la Subred Norte.

El principal pagador durante el año 2024 en cuanto a la cantidad fue Capital Salud de 75 autopsias, seguido por el Fondo Financiero Distrital con 29 autopsias y por último otros pagadores 17 autopsias.

INDICADOR SUBPROCESO PATOLOGÍA

Gráfico 2: Indicador Oportunidad del Informe de Patología (especímenes- biopsias), - Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

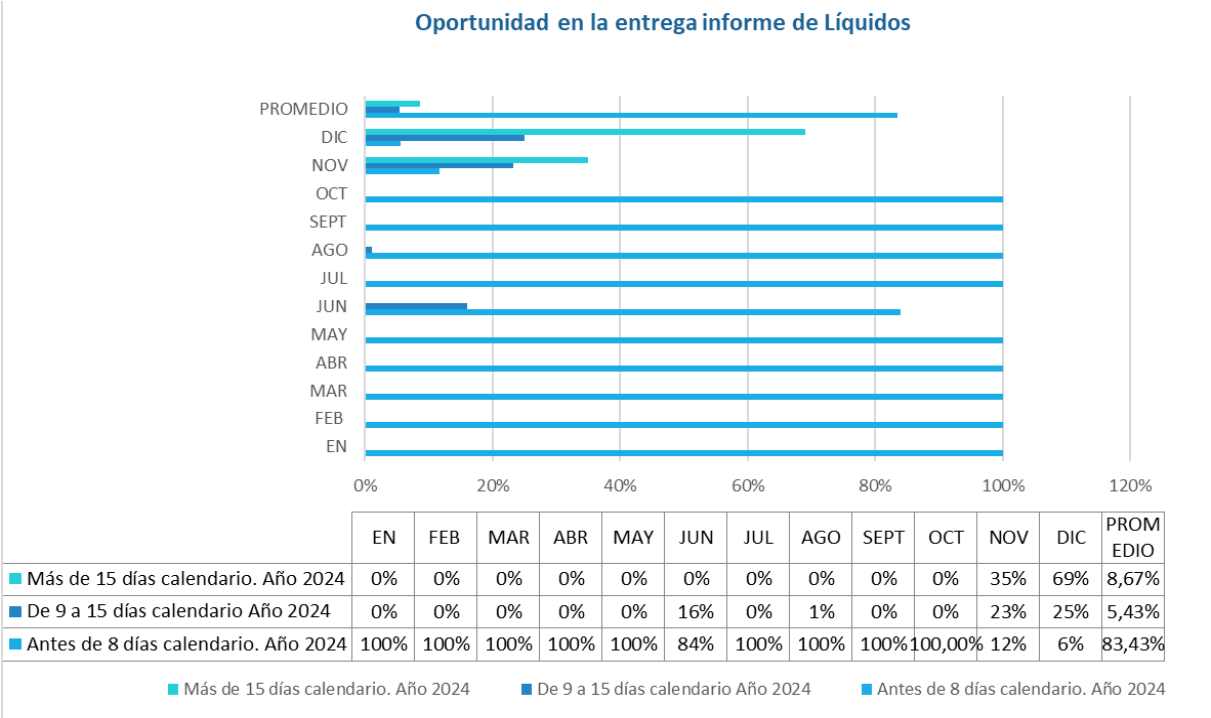


Fuente: Estadística Servicio de Patología, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

La oportunidad de entrega de los informes de patología durante el año 2024 presentó como resultado que el 99,02% (11.967 de 12.359 casos recibidos), su informe se generó dentro de los 10 días calendarios a partir de su fecha de radicación en el servicio; el 2,97% (correspondiente a 369 casos), entre los 10 a 17 días calendario. En 23 casos de difícil diagnóstico (0,19%) su informe se generó después de los 17 días calendario.

En el año 2024, se cumple con la meta establecida en el indicador de oportunidad del servicio para los usuarios de la Subred Sur Occidente, de acuerdo al siguiente estándar: *Que mínimo en el 90% de los casos correspondientes a biopsias y especímenes recibidos, su informe sea generado dentro de los primeros 10 días calendario a partir de su radicación en el servicio y que no más del 2% de los casos, sean generados después de los 17 días calendario.*

Gráfico 3: Indicador oportunidad del Informe de Patología (líquidos) año 2024- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.



Fuente: Estadística Servicio de Patología, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

La oportunidad de la entrega del informe de patología de líquidos durante el año 2024 se presentó en el 97,53% de los casos (513 de 516 líquidos), su informe se generó dentro de los 8 días calendario a partir de su radicación en el servicio; en 3 casos (0,57%) su informe se generó entre los 9 y 15 días calendario. Ningún caso se generó después de los 15 días; se cumplió con la meta propuesta; el contar con la suficiencia del talento humano, con los insumos requeridos y con los equipos funcionando adecuadamente, lo cual contribuyeron al alcance de dicha meta; no se generaron planes de mejoramiento.

La meta establecida en el indicador de oportunidad del servicio para los usuarios de la Subred Sur Occidente, de acuerdo al siguiente estándar: *Que mínimo en el 90% de los casos correspondientes a líquidos recibidos, su resultado se genere dentro de los primeros 8 días calendario a partir de su radicación en el servicio, y que no más del 2% de los casos, el resultado sea generado después de los 15 días calendario.*

11.2 SUBPROCESO NUTRICIÓN

El subproceso de Nutrición está relacionado con la alimentación, por lo tanto, en su operación tiene a cargo servicios que permiten identificar como una persona consume alimentos, que variedad, que le conviene más de acuerdo a su situación particular de salud o enfermedad y definir un plan de manejo que permita mejorar las condiciones que le afecta su equilibrio. Por lo anterior se mencionan cada servicio a cargo del subproceso

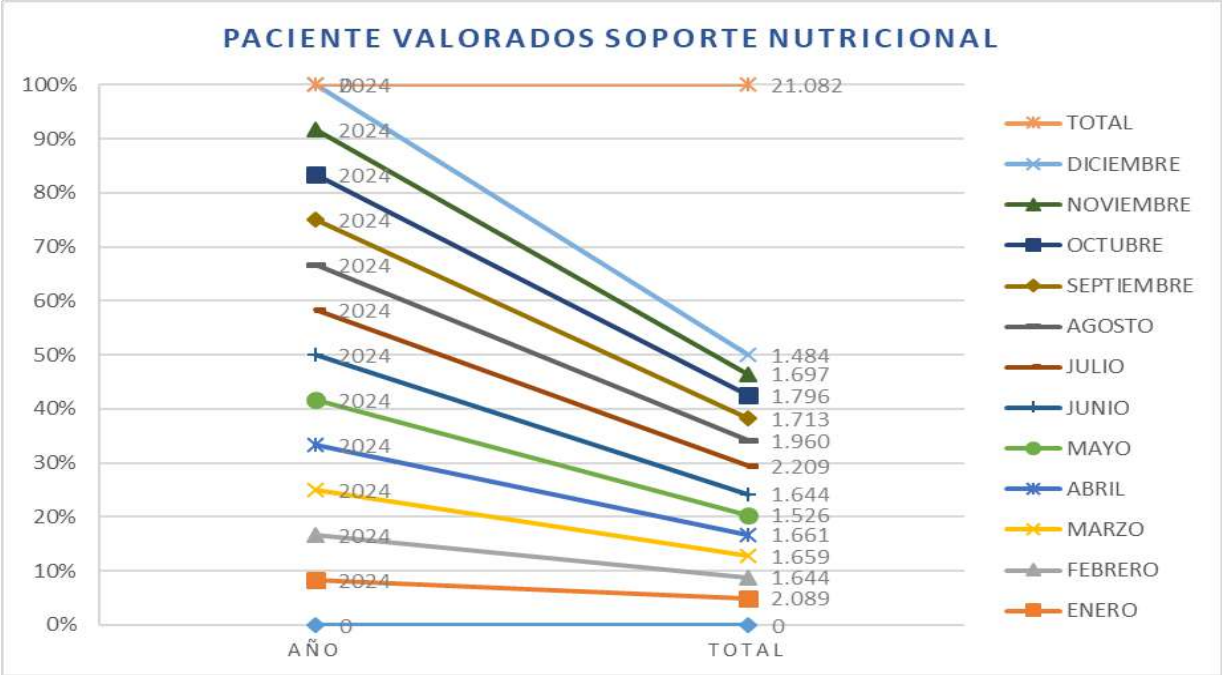
-Consulta Nutricional: cuyo objeto es realizar la evaluación del estado nutricional de los pacientes y según el resultado se realiza una planificación de alimentación adecuada para mantener o mejorar el estado de salud.

-Elaboración y distribución de dietas: una serie de actividades como preparación, servido y distribución de dietas de acuerdo a requerimiento, ofreciendo una alimentación segura y que cubra los requerimientos nutricionales de los pacientes.

- Valoración y seguimiento nutricional: la primera permite conocer el grado en que la alimentación cubre las necesidades del organismo y la segunda es la observación, desarrollo y evolución del tratamiento nutricional
- Interconsulta: se realiza cuando el médico tratante considera que los pacientes de los servicios de urgencias y hospitalización debe ser valorado por Nutrición.
- Prescripción dietaria: en ella se brinda una herramienta para definir el tipo de alimentación que requieren los usuarios en los servicios de hospitalización y urgencias.
- Banco de leche: es la estrategia institucional para promover, proteger y apoyar la lactancia humana, garantizar la mejor alimentación, tratamiento y supervivencia neonatal e infantil reduciendo las complicaciones asociadas a condiciones patológicas y la mortalidad; es único en el Distrito Capital y se encuentra ubicado en la USS Occidente de Kennedy.
- Lactario: Es el área de preparación de fórmulas artificiales y dosificación de leche materna.

PRODUCCIÓN SUBPROCESO NUTRICIÓN

Gráfico No. 04: Pacientes valorados por soporte nutricional año 2024 -Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.



Fuente: Base de Datos Servicio de Nutrición- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Durante la vigencia del año 2024 se realizó la valoración a 21.082 pacientes por soporte nutricional, es importante mencionar que las valoraciones de soporte nutricional realizadas responden a solicitud del médico tratante de acuerdo a condición crítica que presente los pacientes u otra patología, entonces su aumento o disminución está en relación directa con la solicitud médica y la criticidad del estado del paciente y que por ello requiere soporte nutricional enteral.

Tabla No. 66: Dietas suministradas por unidad año 2024-Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Dietas suministradas por unidad -Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.										
MES	AÑO	HOSPITAL FONTIBON	CENTRO DE SALUD TRINIDAD GALAN	HOSPITAL BOSA CENTRO	HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY	HOSPITAL PEDIATRICO TINTAL	HOSPITAL DE SALUD MENTAL FLORALIA	CENTRO DE SALUD PATIO BONITO	HOSPITAL BOSA	TOTAL
ENERO	2024	7.385	79	474	41.052	7.411	6.891	0	11065	74.357
FEBRERO	2024	6.890	12	334	38.714	9.078	6.478	0	11.600	73.106
MARZO	2024	7.363	15	558	43.212	11.113	6.863	0	12.483	81.607
ABRIL	2024	6.178	8	602	42.001	11.723	6.525	0	13.225	80.262
MAYO	2024	7.299	175	828	43.508	13.559	6.781	6	13.505	85.661
JUNIO	2024	6.948	72	834	40.520	11.593	6.391	0	14.067	80.425
JULIO	2024	6.283	25	634	40.087	10.868	6.457	2	13.721	78.077
AGOSTO	2024	5.765	50	942	38.787	11.773	6.535	0	12.647	76.499
SEPTIEMBRE	2024	6.714	8	958	39.159	9.898	6.361	0	13.773	76.871
OCTUBRE	2024	6.198	126	420	42.558	10.036	6.699	0	15.200	81.237
NOVIEMBRE	2024	6.012	204	0	40.759	9.500	6.530	0	13.148	76.153
DICIEMBRE	2024	6.248	218	0	41.486	7.662	6.662	0	12.542	74.818
TOTAL		79.283	992	6.584	491.843	124.214	79.173	8	156.976	939.073

Fuente: Base de Datos Servicio de Nutrición- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

Durante el año 2024 las dietas distribuidas en la Subred integrada de Servicios de Salud fueron 939.073 dietas, al revisar individualmente por unidad la Hospital Occidente de Kennedy se observa el mayor número de dietas suministradas con 491.843 dietas lo que corresponde al 52% de las dietas suministradas, seguida por el Hospital de Bosa 16% (N=156.976) y en tercer lugar Hospital Pediátrico Tintal 13 % (N=124.214). El suministro de las dietas se relaciona con la solicitud del médico tratante de acuerdo al plan de tratamiento en dar dieta o dar soporte nutricional de acuerdo al estado del paciente.

Tabla No. 67: Pacientes atendidos por consulta nutricional 2024 - Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

MES	TOTAL
ENERO	2.089
FEBRERO	1.644
MARZO	1.659
ABRIL	1.661
MAYO	1.526
JUNIO	1.644
JULIO	2.209
AGOSTO	1.960
SEPTIEMBRE	1.713
OCTUBRE	1.796
NOVIEMBRE	1.697
DICIEMBRE	1.484
TOTAL	21.082

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Durante el año 2024 se atendieron 21.082 pacientes por consulta nutricional, año en que se amplió la oferta con la asignaron horas adicionales para consulta externa en las unidades de Zona Franca, Hospital de Bosa, lo anterior por la alta demanda del servicio y en respuesta a usuarios que se encuentran en lista de espera para atención en consulta nutricional.

Tabla No 68: Interconsultas por nutrición año 2024 - Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

MES	TOTAL
ENERO	297
FEBRERO	286
MARZO	271
ABRIL	289
MAYO	289
JUNIO	344
JULIO	315
AGOSTO	302
SEPTIEMBRE	350
OCTUBRE	344
NOVIEMBRE	300
DICIEMBRE	311
TOTAL	3.698

Fuente: Base de Datos Servicio de Nutrición- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Para la vigencia del año 2024 se realizaron 3.698 interconsultas por nutrición, las interconsultas son solicitadas desde los servicios de hospitalización y urgencias por requerimiento del médico tratante de acuerdo al estado del paciente, por lo anterior su aumento o disminución de un mes a otro corresponde al requerimiento generado en cada servicio.

Con relación al comportamiento por hospitales en el Hospital Occidente de Kennedy se realizó el mayor número de interconsultas 2.018, seguido del Hospital de Bosa con 836 y el Hospital Pediátrico Tintal tuvo 612 interconsultas esto es debido al nivel de complejidad y el número de camas habilitadas y por último Hospital de Fontibón con 232. Es importante mencionar que las interconsultas resultan del requerimiento del médico tratante de acuerdo al estado y diagnóstico del paciente.

PRODUCCIÓN DEL SERVICIO DE BANCO DE LECHE HUMANA:

Tabla No. 69: mililitros de leche humana donada, Donantes de Leche Humana Inscritas y mililitros de leche humana recolectada en sala de extracción 2024- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

MES	Leche Humana Donada recolectada	Donantes de Leche Humana Inscritas	Leche Materna recolectada en Sala de Extracción
ENERO	62.350	19	54.881
FEBRERO	58.450	20	35.138
MARZO	76.610	21	50.294
ABRIL	78.130	23	40.682
MAYO	82.350	20	36.978
JUNIO	87.270	34	51.988
JULIO	86.865	34	50.158
AGOSTO	72.215	40	68.468
SEPTIEMBRE	89.950	36	42.053
OCTUBRE	84.020	32	37.975
NOVIEMBRE	74.980	33	26.783
DICIEMBRE	46.330	28	34.117
TOTAL	899.520	340	529.515

Fuente: Base de Datos Servicio de Nutrición- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

En el año 2024 en el banco de leche se recolectó 899.520 mls de leche humana donada, se alcanzó la inscripción de 340 Donantes de Leche Humana Inscritas y 529.515 mls de leche humana recolectada en sala de extracción.

Tabla No. 70: Mls de leche materna (LM) y leche humana pasteurizada (LHP) entregada en la unidad de recién nacidos año 2024- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

MES	PRODUCTO	AÑO 2024
ENERO	LM	37.366
	LHP	24.467
FEBRERO	LM	24.726
	LHP	14.698
MARZO	LM	28.644
	LHP	38.498
ABRIL	LM	33.556
	LHP	17.249
MAYO	LM	26.892
	LHP	56.037
JUNIO	LM	39.153
	LHP	45.069
JULIO	LM	32.349
	LHP	37.792
AGOSTO	LM	38.053

SEPTIEMBRE	LHP	13.874
	LM	18.813
	LHP	18.756
OCTUBRE	LM	21.604
	LHP	30.147
NOVIEMBRE	LM	18.460
	LHP	21.037
DICIEMBRE	LM	23.118
	LHP	16.965

Fuente: Base de Datos Servicio de Nutrición- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Para la vigencia del año 2024 se entregaron a la unidad de recién nacidos 342.734 mls de leche materna homologa (LM leche de su propia madre) y 334.589 mls leche pasteurizada, es importante tener en cuenta que la entrega de leche materna en la unidad de recién nacidos está sujeta a las necesidades de los neonatos hospitalizados y del compromiso de las madres lactantes que tienen sus hijos hospitalizados para su extracción.

Tabla No. 71: No. de Pacientes que recibieron leche humana pasteurizada, No. de Pacientes que recibieron consejería en lactancia materna, Educaciones grupales realizadas e Interconsultas de Banco de Leche realizadas - Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

MES	No. De Pacientes que recibieron Leche Humana Pasteurizada	Consejería en Lactancia Materna	Educación Grupal	Interconsultas de Banco de Leche
ENERO	66	86	55	58
FEBRERO	69	83	18	42
MARZO	89	76	27	70
ABRIL	47	81	39	56
MAYO	45	79	24	59
JUNIO	40	116	70	65
JULIO	30	122	79	97
AGOSTO	39	93	37	86
SEPTIEMBRE	35	114	48	76
OCTUBRE	30	108	71	78
NOVIEMBRE	40	103	52	63
DICIEMBRE	40	93	57	64
TOTAL	570	1154	577	814

Fuente: Base de Datos Servicio de Nutrición- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

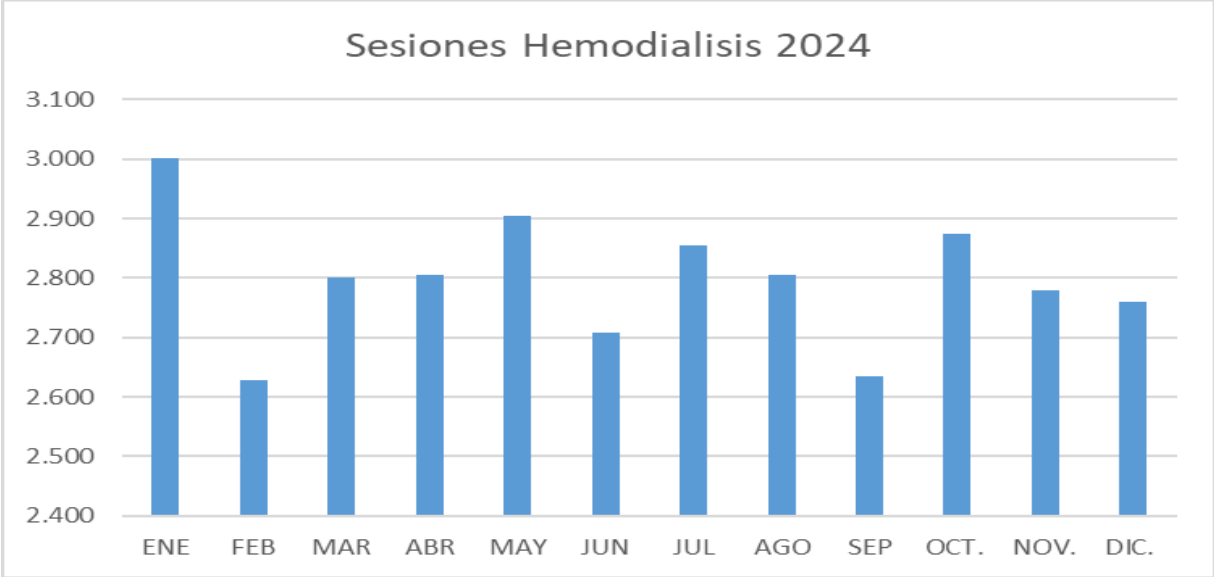
Durante la vigencia del año 2024 se beneficiaron 570 neonatos al recibir leche materna pasteurizada contribuyendo a su recuperación y a la estancia hospitalaria, en cuanto a la consejería en lactancia materna para el mismo periodo se realizaron 1.154 consejerías, cumpliendo con uno de los objetivos del Banco de Leche Humana “promoción, protección y apoyo a la Lactancia Materna”, educando y resolviendo conjuntamente las dificultades que se presentan cuando lactan a sus bebés, contribuyendo al estado de salud de niñas , niños y madres , que mejoren su estilo de vida; como es importante involucrar a la familia lactante en este proceso el Banco de Leche realizó actividades grupales en la que se contó con 577 participantes y por último se realizaron 814 interconsultas al banco de leche y cuya ejecución depende de la solicitud por el médico tratante y de las necesidades de los pacientes.

11.3 SUBPROCESO UNIDAD RENAL

La Unidad Renal ubicada en la USS Occidente de Kennedy, presta servicio a pacientes que requieren procedimientos de hemodiálisis y diálisis peritoneal, cuenta con 40 máquinas de diálisis, lo que garantiza una atención digna para los pacientes con enfermedades renales, adicional se les presta el servicio de transporte puerta a puerta, con el que se busca garantizar la continuidad del tratamiento y la asistencia de los usuarios a las citas de control y seguimiento.

PRODUCCION DEL SUBPROCESO

Gráfico No. 5: Total de sesiones de hemodiálisis realizadas por el servicio de unidad renal 2023- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.



Fuente: Estadística de la Unidad Renal Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

Durante la vigencia del año 2024 la producción de sesiones de hemodiálisis fue de 33.552 sesiones, realizando promedio mes 2.796 sesiones por mes, se evidencia un leve incremento mes a mes dado que en el transcurso del año se presentaron ingresaron de nuevos usuarios al programa de hemodiálisis, como también hubo fallecimiento de pacientes relacionado este con complicaciones propias de la patología. La producción de sesiones de hemodiálisis en el año 2024 en su mayoría proviene de la sala de hemodiálisis de la unidad

renal con un 95%(N=31.365), del servicio de hospitalización de 3,4% (N=1.597), para el servicio de UCI el 1,6%(N=590).

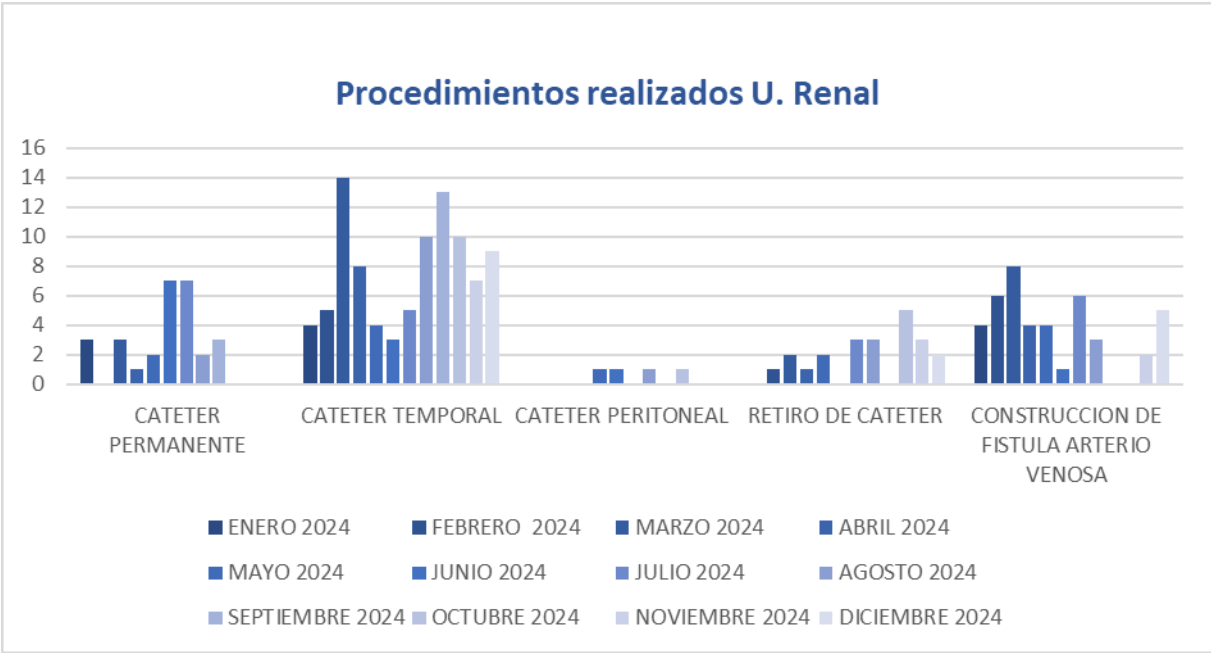
Tabla No. 72: Total Pacientes atendidos por pagador en el servicio de unidad renal 2023- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

MES	CAPITAL SALUD	CAPRESOCA	INPEC	TOTAL
ENERO	218	0	0	218
FEBRERO	220	0	0	220
MARZO	223	0	0	223
ABRIL	223	0	0	223
MAYO	226	1	0	227
JUNIO	224	0	0	224
JULIO	220	1	0	221
AGOSTO	221	0	0	221
SEPTIEMBRE	220	2	0	222
OCTUBRE	221	0	0	221
NOVIEMBRE	222	0	0	222
DICIEMBRE	222	1	0	223

Fuente: Estadística de la Unidad Renal Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

Se evidencia que, durante el año 2024, se mantiene el número de sesiones realizadas con relación al número total de pacientes atendidos en la unidad renal con el mayor pagador EPSS Capital Salud

Gráfico No. 6: Procedimientos Unidad Renal 2024- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

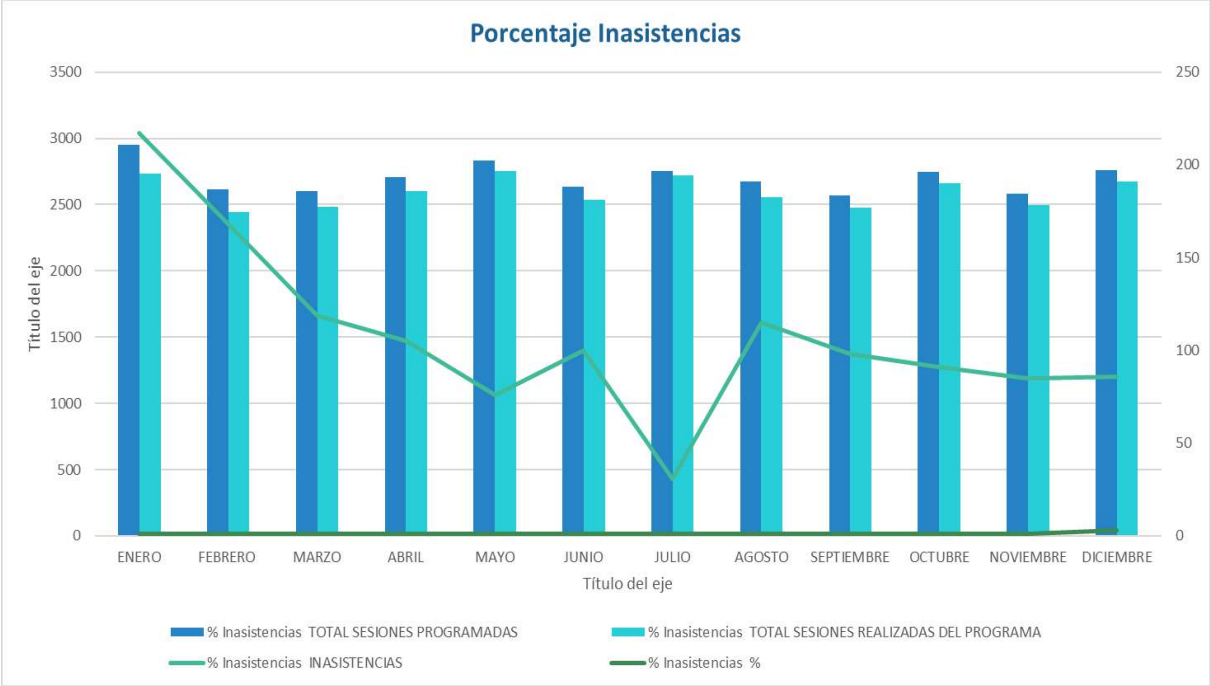


Fuente: Estadística de la Unidad Renal Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

Durante la vigencia del año 2024 se realizaron dentro de los procedimientos de la unidad renal 28 catéteres permanentes ,92 catéteres temporal, 4 catéteres peritoneal, se retiraron 22 catéteres y se construyeron 43 fistulas arteriovenosas, para este último procedimiento se presentaron dificultades como cancelación del procedimiento por situación clínica de paciente, fallecimientos que afectaron el cumplimiento de la construcción de 6 FAV esperadas mensualmente.

INDICADOR SUBPROCESO UNIDAD RENAL

Gráfico No.7: Porcentaje de inasistencias a sesiones de diálisis Unidad Renal año 2024-Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.



Fuente: Estadística de la Unidad Renal Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

Durante la vigencia del año 2024 fueron realizadas 31.136 sesiones de hemodiálisis de las 32.427 sesiones de hemodiálisis programadas, presentándose 1.291 inasistencias a las sesiones programadas en la Unidad Renal de Subred Sur Occidente E.S.E, lo cual corresponde para el periodo evaluado un 3.67%, cumpliendo la meta establecida que es que las inasistencias a las sesiones de diálisis sean $\leq 5\%$.

El monitorizar este indicador con la detección y determinación de los motivos por la cual se presenta inasistencia por parte de los pacientes a las sesiones de diálisis permite medir el impacto que genera la no asistencia a la terapia en la adherencia al tratamiento establecido para mejorar el estado de salud del paciente y evitar complicaciones que generen el deterioro de su salud. Al igual que permite impactar en la eficiencia del servicio en la utilización de la capacidad instalada y fortalecer las estrategias que se tiene de traslado de usuarios de su domicilio a la unidad entre otros aspectos.

Tabla No. 73: Indicador de Porcentaje de Pacientes prevalentes en Hemodiálisis con Catéter en la Unidad Renal de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

MES	TOTAL DE PACIENTES	PACIENTES CON ACCESO VASCULAR CATETER	% CON CATÉTER	% CON FISTULA
ENERO	212	100	47.1	50.4
FEBRERO	216	102	47.2	54.6
MARZO	218	101	46,3	53,6
ABRIL	220	97	44,1	55,9
MAYO	222	99	44,59	55.46
JUNIO	220	99	45	55
JULIO	214	97	45,33	54.6
AGOSTO	215	93	43,26	43,7
SEPTIEMBRE	214	92	42,99	57
OCTUBRE	214	89	41,6	58.8
NOVIEMBRE	217	94	43,3	56.6
DICIEMBRE	217	93	42,9	56.4

Fuente: Estadística de la Unidad Renal Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

Durante el año el año 2024 el indicador del porcentaje de pacientes prevalentes en hemodiálisis que cuentan como acceso vascular catéter, no alcanzo el cumplimiento de la meta establecida que es que “< 10% de los pacientes de la Unidad Renal de la Subred Sur Occidente E.S.E. se dialicen con acceso vascular de catéter”, debido a que no se ha logró cumplir el número de fístulas Arterio-Venosas (FAV) requeridas mensualmente, por fallecimientos de pacientes o cancelaciones de la cirugía por el estado clínico de los pacientes. Es importante precisar que la FAV es el acceso vascular óptimo para la diálisis ya que impacta en la disminución de las infecciones en los pacientes.

Tabla No. 74: Indicador de Porcentaje de Pacientes en Hemodiálisis, con Kt/V ≥ a 1,2 y Porcentaje de Pacientes en Diálisis Peritoneal con indicador de Kt/V ≥ 1,7 en la Unidad Renal de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

MES	TOTAL DE PACIENTES HEMODIALISIS	% Kt/V ≥ a 1,2	TOTAL DE PACIENTES PERITONEAL	% Kt/V ≥ 1,7
ENERO	212	90,1	6	83.3
FEBRERO	216	90,3	4	83.3
MARZO	218	89,5	5	100
ABRIL	220	91	3	100
MAYO	222	95	5	100
JUNIO	220	93	4	100
JULIO	214	94	7	100
AGOSTO	215	94	6	100
SEPTIEMBRE	214	93	8	100
OCTUBRE	214	94	7	100
NOVIEMBRE	217	93	5	100

DICIEMBRE	217	96,7	5	100

Fuente: Estadística de la Unidad Renal Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

Durante la vigencia del año 2024, el indicador del “Porcentaje de pacientes en hemodiálisis con Kt/V $\geq$ a 1,2”, se muestra por encima de 89% lo que evidencia cumplimiento a la meta a alcanzar de “Aumentar a más de 90% el porcentaje de pacientes que tienen un indicador Kt/V en Hemodiálisis $\geq$ a 1,2”.

En lo referente al indicador de “Porcentaje de pacientes en Diálisis peritoneal con Kt/V $\geq$ a 1,7” se observa que durante el año 2024 de los pacientes se cumplió con la meta a alcanzar de “Aumentar a más de 80% el porcentaje de pacientes que tienen un indicador en Diálisis peritoneal de Kt/V $\geq$ 1,7”. En los meses enero y de febrero del 2024 fue el que se reportó incumplimiento llevando a reforzar actividades de seguimiento que permitiera durante el resto del año 2024 lograr el 100%

El monitoreo de estos indicadores de calidad permite orientar la dosis de diálisis que se le está brindando a los pacientes como la diálisis adecuada para cada paciente en terapia de reemplazo renal.

Tabla No. 75: Indicador de Porcentaje de Pacientes en Hemodiálisis y Diálisis peritoneal con Fósforo < a 6.0 g/dl y Hemoglobina > de 10 g/dl en la Unidad Renal de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

MES	TOTAL DE PACIENTES EN HEMODIALISIS	% de pacientes en Hemodiálisis con Fósforo < a 6.0 g/dl	% de pacientes en Hemodiálisis con Hemoglobina > de 10 g/dl	TOTAL DE PACIENTES PERITONEAL	% de pacientes en Diálisis peritoneal con Fósforo < a 6.0 g/dl	% de pacientes en Diálisis peritoneal con Hemoglobina > de 10 g/dl
ENERO	212	87,74	80,19	6	66,67	66,67
FEBRERO	216	88,43	83,80	4	100,00	100,00
MARZO	218	89,91	64,36	5	80,00	60,00
ABRIL	220	84,55	72,50	3	100,00	66,00
MAYO	222	86,04	83,3	5	100,00	60,0
JUNIO	220	91,36	80,91	4	100,00	75,00
JULIO	214	87,38	79,00	7	71,43	71,00
AGOSTO	215	86,51	70,95	6	67,00	83,00
SEPTIEMBRE	214	89,25	72,81	8	75,00	75,00
OCTUBRE	214	93,46	76,74	7	71,43	85,70
NOVIEMBRE	217	88,48	88,48	5	80,00	80,00
DICIEMBRE	217	77,42	80,00	5	80,00	80,00

Fuente: Estadística de la Unidad Renal Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

Durante la vigencia del año 2024 el indicador de *Porcentaje de pacientes de la Unidad Renal de la Subred Sur Occidente E.S.E en Hemodiálisis con fósforo < a 6.0 g/dl*. Del total de pacientes en hemodiálisis se evidencia cumplimiento en la mayoría de meses del año a la meta de “Aumentar a más de 80% el porcentaje de pacientes en Hemodiálisis que tienen niveles de fósforo < a 6.0 g/dl”, en cuanto al indicador de *Porcentaje de pacientes en*

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Hemodiálisis en la Unidad Renal de la Subred Sur Occidente E.S.E con Hemoglobina > de 10 g/dl.” para el periodo evaluado se evidencia cumplimiento en la mayoría de los meses con un porcentaje mayor a 70% logrando cumplir la meta de indicador “Aumentar a más de 60% el porcentaje de pacientes en hemodiálisis que tienen niveles de Hemoglobina > de 10 g/dl.

Para el indicador *Porcentaje de pacientes de la Unidad Renal de la Subred Sur Occidente E.S.E en Diálisis Peritoneal con fósforo < a 6.0 g/dl*” durante la vigencia del año 2024, la mayoría de los mes se presentó cumplimiento de la meta la cual es “Aumentar a más de 80% el porcentaje de pacientes en diálisis peritoneal que tienen niveles de fósforo < a 6.0 g/dl”, en los meses en los cuales no estuvo superior a 80% se fortaleció las actividades de educación para mejorar la adherencia de la dieta establecida por la nutricionista que permitió mejorar este indicador. En relación al *Porcentaje de pacientes en Diálisis Peritoneal en la Unidad Renal de la Subred Sur Occidente E.S.E, con Hemoglobina > de 10 g/dl*” se cumplió la meta que es “Aumentar a más de 60% el porcentaje de pacientes en diálisis peritoneal que tienen niveles de Hemoglobina > de 10 g/dl.

Estos indicadores se obtienen mensualmente y es de suma importancia el seguimiento del fosforo ya que guarda relación con el deterioro del paciente y como elemento emergente asociado con la mortalidad, así como la hemoglobina en los pacientes renales está relacionado con la calidad de vida de los pacientes y el aumento de la morbilidad.

11.4 SUBPROCESO LABORATORIO CLINICO

El Subproceso del Laboratorio Clínico tiene como objetivo “establecer las actividades secuenciales para el agendamiento, recepción, toma de muestra, procesamiento, análisis y entrega de resultados a los usuarios del servicio de laboratorio clínico, tomas de muestra y servicio de gestión Pre transfusional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, a fin de garantizar la prestación del servicio en el laboratorio Clínico de manera organizada, a través de tareas definidas, asignando responsables, para emitir resultados confiables, seguros y oportunos. A continuación, se revisarán datos de producción del servicio, indicador de oportunidad para emitir resultados en los servicios consulta externa, urgencias y hospitalización.

PRODUCCION DEL PROCESO

Tabla No. 76: Exámenes realizados por Unidad año 2024 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

MES	KENNEDY	FONTIBÓN	TINTAL	BOSA	PUENTE ARANDA (SUR)	PABLO VI	HOSPITAL DE BOSA	TOTAL
ENERO	47.711	9.145	4.731	1.626	87.836	0	12.185	163.234
FEBRERO	45.821	9.177	4.494	0	96.815	0	12.781	169.088
MARZO	47108	8935	4.996	0	82.419	0	15.068	158.526
ABRIL	48527	8239	4973	0	97117	0	16.025	174.881
MAYO	49.221	10.319	5.556	0	86.974	0	16.326	168.396
JUNIO	46.545	10.254	5.075	0	79.788	0	15.799	157.461
JULIO	47.268	9.435	5.970	0	94.324	0	16234	173.231
AGOSTO	47.306	10.276	5.818	0	75.360	0	16406	155.166
SEPTIEMBRE	46.291	10.810	5.044	0	85.219	0	17084	164.448
OCTUBRE	50.430	11.244	5.207	0	85.738	0	17835	170.454
NOVIEMBRE	44.953	10.931	4.481	0	72.188	0	16621	149.174
DICIEMBRE	41.600	10.838	4.343	0	75.333	0	16508	148.622

Fuente: Sistema de información Laboratorio Clínico (Enterprise

Durante la vigencia del año 2024 al revisar los exámenes realizados por unidad se evidencia un total de 1.952.681 exámenes, presentando en mayor porcentaje de exámenes realizados es Puente Aranda (Sur) donde se encuentra ubicado el laboratorio centralizado con un 64% (N=1.019.111) del total de pruebas realizadas para el periodo, seguido por el laboratorio del Hospital de Kennedy con un 25%(N=562.781) sede donde se encuentra la central de procesamiento de microbiología de la Subred y en tercer lugar la unidad de servicio Bosa el Recreo con 7%(N=188.872). Es importante mencionar que durante la vigencia del 2024 se realizó apertura de unidades con Centro de Salud Tintal, USS Mexicana y Hospital de Bosa el Recreo ampliando así la oferta para los usuarios ya que cuenta con toma de muestras para exámenes de laboratorio.

Tabla No. 77: Exámenes Realizados por sección 2024- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

MES	Hematología y Coagulación	Inmunología y Servicio de Gestión Pre Transfusional	Microbiología	Química Sanguínea	Endocrinología	Microscopia (Orinas y Parasitología)	Toxicología	Genética	TOTAL
ENERO	23.217	12.388	6.652	99.865	11.958	9.129	18	7	163.234
FEBRERO	23.103	13.306	6.964	103.162	12.831	9.694	4	24	169.088
MARZO	22.126	12.072	6.568	98.587	10.716	8.414	14	29	158.526
ABRIL	24.628	14.001	7.318	106.261	12.779	9.498	294	146	174.925
MAYO	24.391	13.481	7.420	102.643	11.481	8.521	257	202	168.396
JUNIO	22.508	12.377	6.932	96.733	10.755	7.735	238	183	157.461
JULIO	24.535	13.592	7.261	105.224	12.954	9.076	272	317	173.231
AGOSTO	22.951	12.180	6.996	94.073	10.692	7.717	304	253	155.166
SEPTIEMBRE	23.443	13.091	6.715	100.448	11.692	8.458	304	297	164.448
OCTUBRE	24.858	13.044	7.276	104.070	11.972	8.646	301	287	170.454
NOVIEMBRE	21.994	12.148	6.775	90.340	10.007	7.355	247	308	149.174
DICIEMBRE	21.692	12.361	6.477	89.987	10.261	7.307	284	253	148.622

Fuente: Sistema de información Laboratorio Clínico (Enterprise

Durante la vigencia del año 2024 del total de la producción de 1.955.725 exámenes realizados en la Subred Sur Occidente, la mayor producción por sección se presentó en la sección de Química Sanguínea en un 60% (N= 1.191.393), seguido por la sección de hematología y coagulación 15% (N=279.446) y en tercer lugar la sección de inmunología y servicio de gestión Pre transfusional con un 8%(N=154.041).

Tabla No. 78: Exámenes Realizados por servicio 2024 -Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE GESTIÓN VIG 2024

Versión:	2
Fecha de aprobación:	12/08/2024
Código:	01-01-FO-0006

MES	CONSULTA EXTERNA	URGENCIAS	HOSPITALIZACIÓN
ENERO	88.492	37.990	36.752
FEBRERO	97.839	36.858	34.391
MARZO	82.515	38.402	37.609
ABRIL	97.948	37.839	39.138
MAYO	87.241	41.405	39.750
JUNIO	80.335	38.033	39.093
JULIO	95.554	37.975	39.702
AGOSTO	76.243	37.465	41.458
SEPTIEMBRE	86.095	37.254	41.099
OCTUBRE	86.481	41.433	42.540
NOVIEMBRE	72.699	36.255	40.220
DICIEMBRE	76.073	36.666	35.883
TOTAL	1.027.515	457.575	467.635

Fuente: Sistema de información Laboratorio Clínico (Enterprise)

En la vigencia del año 2024 de la producción global de exámenes realizados por servicio, se evidencia que el servicio de consulta externa presenta el mayor porcentaje de exámenes realizados con 54,3% (N=1.027.515), teniendo en cuenta que la Subred tiene 21 puntos de toma de muestras distribuidos en el cuadro localidades que cubre, seguido por el servicio hospitalización con 23,3% (N=467.635), y por último el servicio de Urgencias con 22,4% (N=457.575).

Tabla No. 79: Pacientes atendidos por unidad 2024- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

MES	KENNEDY	FONTIBÓN	TINTAL	BOSA	TRINIDAD GALAN	PABLO VI	HOSPITAL DE BOSA	TOTAL
ENERO	12.349	3.769	1414	478	6.858	3.918	4440	33.226
FEBRERO	16.471	3.948	1.363	0	7.704	0	4886	34.372
MARZO	12.256	3.645	1.560	0	4.675	3.418	5207	30.761
ABRIL	13.267	3.827	1.561	0	7.517	4.505	6195	36.872
MAYO	13.670	3.993	1.801	0	7.208	3.540	5823	36.035
JUNIO	12.892	3.907	2.659	404	6.670	2.067	5000	33.599
JULIO	12.939	4.276	1.720	0	7.293	4.361	5997	36.586
AGOSTO	12.280	3.096	1665	0	6.316	3.417	6024	32.798
SEPTIEMBRE	12.679	4.429	1.461	0	6.485	3.561	6112	34.727
OCTUBRE	13.740	4.268	1.540	0	6.654	3.775	6756	36.733
NOVIEMBRE	12.558	3.988	1.407	0	5.598	3.306	5897	32.754
DICIEMBRE	11.971	3.858	1.315	0	5.525	3.160	7544	33.373
TOTAL	157.072	47.004	19.466	882	78.503	39.028	69881	411.836

Fuente: Sistema de información Laboratorio Clínico (Enterprise)

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Durante el año 2024 en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. se atendieron en el laboratorio clínico 411.836 pacientes en las diferentes unidades donde se presta el servicio, siendo la USS de Kennedy la que se presentó el mayor porcentaje de atendidos con el 36,23% , seguido de los laboratorios referencia las muestras a la USS Trinidad Galán con un 19,1% Hospital de Bosa con un 18,74%, Fontibón con un 12,52%, Pablo VI con 9,62% , Tintal con un 3,75% y por último el Bosa 0,13% debido al cierre definitivo de esta sede.

INDICADORES SUBPROCESO LABORATORIO CLÍNICO

Tabla No. 80: Oportunidad en el procesamiento de muestras por Servicio año 2023 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

MES	URGENCIAS	HOSPITALIZACIÓN	CONSULTA EXTERNA
ENERO	1:46	2:31	8:19
FEBRERO	1:44	2:06	7:26
MARZO	1:36	2:05	8:18
ABRIL	2:10	1:48	7:48
MAYO	1:37	2:08	7:11
JUNIO	1:46	2:11	8:52
JULIO	1:35	2:12	7:35
AGOSTO	1:38	2:09	7:23
SEPTIEMBRE	1:44	1:23	7:22
OCTUBRE	1:35	1:45	7:53
NOVIEMBRE	1:40	1:28	7:33
DICIEMBRE	1:11	1:22	8:55

Fuente: Sistema de información Laboratorio Clínico (Enterprise)

Durante la vigencia del año 2024 la oportunidad en procesamiento de muestras por servicio se observa cumplimiento en el estándar establecido como Subred a nivel del servicio de consulta externa donde los resultados deben ser entregados en 48 horas, el cual durante el periodo evaluado registra tiempos inferior a 11 horas , en cuanto a los servicios de hospitalización y urgencias el estándar establecido es de 2 horas, evidenciando cumplimiento en la mayoría de meses y en los que no se cumple la meta del estándar institucional ,dicha desviación negativa se debe a las caídas del sistema de información presentadas en el momento de validar los resultados de las diferentes pruebas , también novedades de infraestructura (interrupción del suministro de agua, mantenimiento de tanques) de las USS Galán y Kennedy, donde se concentra la mayor proporción de procesamiento de muestras de laboratorio clínico; situación que fue superada en el laboratorio clínico al activar plan de contingencia con respaldo total del procesamiento de laboratorios de manera habitual, de manera que se dio continuidad en la prestación del servicio; sin embargo al generar procesamiento de muestras ambulatorias en los demás laboratorios clínicos procesadores pudo llegar a generar el aumento del tiempo de procesamiento en las muestras de hospitalización, a pesar de su priorización.

11.5 SUBPROCESO DE FARMACIA

El subproceso de farmacia es quien se encarga de realizar el alistamiento y la dispensación de los medicamentos cumpliendo con las condiciones de calidad y seguridad, según la normatividad vigente y promocionando el uso adecuado de los medicamentos aplicando las normas de buenas prácticas de dispensación, el procedimiento inicia con la recepción de la Fórmula médica en los servicios Ambulatorio, Hospitalario, de Urgencias y de Programas Especiales pertenecientes a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, hasta la entrega de los medicamentos en los servicios que lo requieren.

También contamos con tres programas de entrega de medicamentos que se han fortalecido en especial el **Programa A su Casa** el cual se ofrece la opción de entrega del medicamento en la casa del usuario teniendo como prioridad la población de pacientes identificados con factores de riesgo o condiciones especiales como adultos mayores de 60 años, pacientes pertenecientes al programa de crónicos, embarazadas ,lactantes, inmunosuprimidos o con condición de discapacidad , teniendo en cuenta que estas personas son particularmente vulnerables a infecciones graves o por tener alguna condición que le impidan moverse a los puntos de dispensación , actividad que se realiza en los servicios farmacéuticos de las unidades de la subred. En cuanto al **Programa Cerca de Casa** en el cual la prestación del servicio farmacéutico en las unidades, donde no se cuenta con una farmacia se realiza a través de puntos de entrega de medicamentos, permitiendo facilitar la obtención de los medicamentos prescritos por los profesionales del área de la salud, sin necesidad de otros desplazamientos y por último los **Talleres de Crónicos** es el programa para la prevención, tratamiento y control de las enfermedades crónicas , en apoyo con el servicio farmacéutico despliega la entrega de medicamentos a usuarios con patología crónica en talleres educativos de medicamentos a programas ambulatorios, , a través del programa cerca a casa se realiza todo el proceso de digitación, facturación, alistamiento y verificación por medio de la técnica de doble chequeo.

PRODUCCIÓN DEL SERVICIO

Tabla No. 81: No. de Formulas Entregadas año 2024 -Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.



Fuente: Base de Datos Servicio Farmacéutico unidades

Durante el año 2024 se entregaron 1.289.376 fórmulas en los diferentes servicios asistenciales, evidenciando que los meses de mayo, julio y octubre son los meses con mayor entrega de fórmulas, relacionada probablemente al aumento a la demanda.

Tabla No. 82: Entrega de Medicamentos por Programa 2024- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

PROGRAMA	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
CERCA A CASA	4,111	4,627	4,073	4,48	4,308	3,912	4.406	3.547	3,706	5,459	3,338	2,766
A SU CASA	1,554	1,921	1,54	1,933	1,814	1,737	1.869	1.637	1,98	2,065	1,789	1,724
TALLERES	12	5	26	66	17	19	0	0	0	0	0	0
TOTAL	5,677	6,553	5,639	6,479	6,139	5,668	6	5	5,686	7,524	5,127	4,490

Fuente: Base de Datos Servicio Farmacéutico unidades

Durante la vigencia del año 2024 se realizaron 70.441 entregas de medicamentos a través de los programas de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E beneficiando alrededor de 20.746 usuarios con un total de 79.016 medicamentos entregados.

Para el 2024 el comportamiento de cada programa corresponde así: cerca a casa con 48.733 lo cual representa un 65% del total de las entregas en el que se realiza la entrega de medicamentos en la unidad de servicios de salud más cercana a su domicilio y así evitar traslados largos e innecesarios a los usuarios que en su mayoría son personas mayores. A su casa con 21.563 que corresponde a un 32,1% el cual consiste en el transporte de medicamentos en moto , los colaboradores un conductor y una auxiliar del servicio farmacéutico realiza desplazamiento desde la farmacia de consulta externa hasta el domicilio del usuario para recibir los medicamentos prescritos en la atención en especial a pacientes con comorbilidades que pueden afectar su condición de salud, paciente con cualquier tipo de discapacidad, adultos mayores de 60 años, entrega de insulinas en condiciones adecuadas de refrigeración y entregas pendientes. Por último, talleres con 145 entregas con un 1,0%, este programa se redujo significativamente debido a la terminación del convenio la realización de estas entregas busca contribuir a la adherencia a los tratamientos de los usuarios crónicos atendidos en la Subred, facilitándoles la obtención de los medicamentos prescritos por los profesionales sin necesidad de desplazamientos, ni aglomeraciones de usuarios en las sedes

Tabla No. 83: Producción central de mezclas 2024 - Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

MES	PRODUCCIÓN
ENERO	83.887
FEBRERO	139.508
MARZO	92499
ABRIL	141.161
MAYO	104.510
JUNIO	125.363
JULIO	113.028
AGOSTO	128.084

SEPTIEMBRE	101,793
OCTUBRE	111.933
NOVIEMBRE	90.122
DICIEMBRE	109.104

Fuente: Base de Datos Servicio Farmacéutico SSSSO

En la central de mezclas se realizan preparaciones estériles, a partir de medicamentos comercializados para adaptarlos a las necesidades del paciente, como también las mezclas de medicamentos, realización de individualizaciones de dosis de antibióticos y también preparaciones lotes para responder a la demanda en la práctica diaria, todo esto con el fin de garantizar el uso seguro y apropiado de los medicamentos, adecuando productos con alta calidad, seguridad y eficacia que se preparen en las condiciones adecuadas para cumplir objetivos terapéuticos y no produzcan daños colaterales y al preparar estos medicamentos se adaptan a la condición médica de los pacientes, pueden ser administrados en la forma adecuada a necesidades clínicas adecuada a necesidades clínicas, con dosis precisas según requerimientos individuales

La producción global de la central de mezclas que se encuentra ubicada en la Unidad de Kennedy para la vigencia del año 2024 fue de 1.239.301 todo esto para el apoyo terapéutico para los pacientes hospitalizados y de urgencias.

Tabla No.84: Reempaque y reenvase de Sólidos orales 2024 - Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

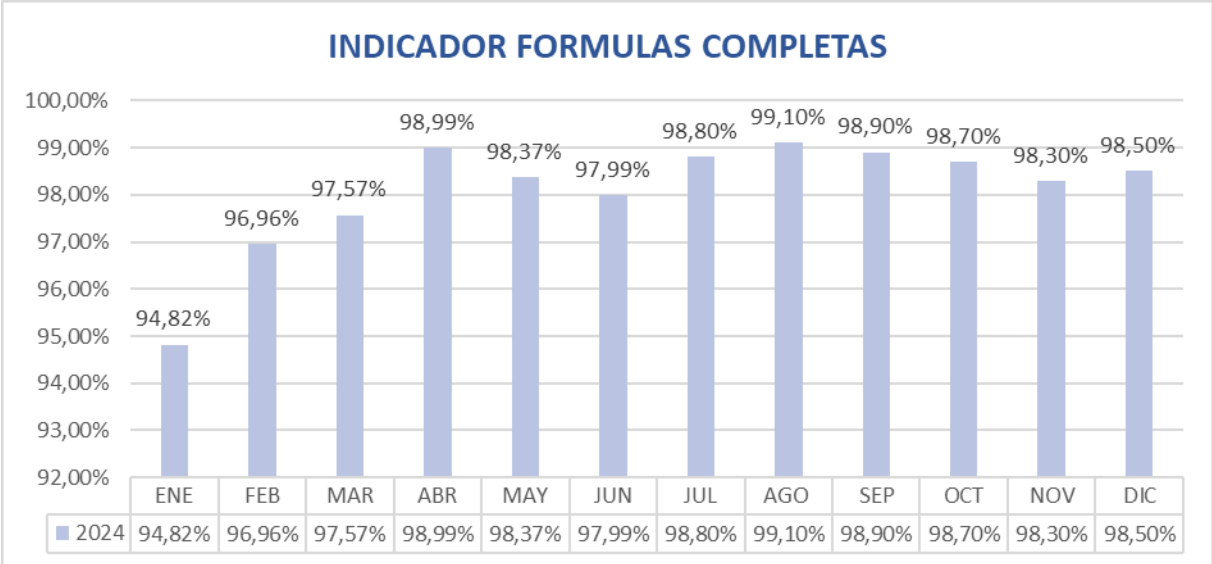
AÑO	REEMPAQUE Y REENVASE	ADECUACION ANTIBIOTICOS	ADECUACIÓN LOTES	ADECUACIÓN CITOSTATICOS	PREPARACIÓN NPT	TOTAL PRODUCCIÓN
ene-24	75.365	831	7.599	2	90	83.887
feb-24	131.551	810	7.039	6	102	139.508
mar-24	84.932	1636	5.725	13	193	92.499
abr-24	130.853	1.827	8.188	5	288	141.161
may-24	95.004	1.519	7.798	8	181	104.510
jun-24	114.307	1.631	9.252	15	158	125.363
jul-24	118.746	1800	12.270	4	208	133.028
ago-24	116557	1378	9945	4	200	128,084
sep-24	90.946	1201	9.401	6	239	101.793
oct-24	101.200	1213	9.300	18	202	111.933
nov-24	81.734	1.241	6.968	6	173	90.122
dic-24	99.735	1.081	8.111	4	173	109.104

Fuente: Base de Datos Servicio Farmacéutico unidades

Para la vigencia del año 2024 de los 1.360.992 productos realizados en la central de mezclas, se observa que el mayor porcentaje de producción son las adecuaciones como a reempaque y reenvase con un 92,15% (N= 1.240.930), seguido de adecuación de lotes 8,37% (N=101.596) y adecuación de antibióticos con el 0,99% (N=16.168) y en menor proporción la preparación de NPT con un 0,22% (N=2.207), por último, la adecuación de citostáticos 0,01% (N=91).

INDICADORES SUBPROCESO DE FARMACIA

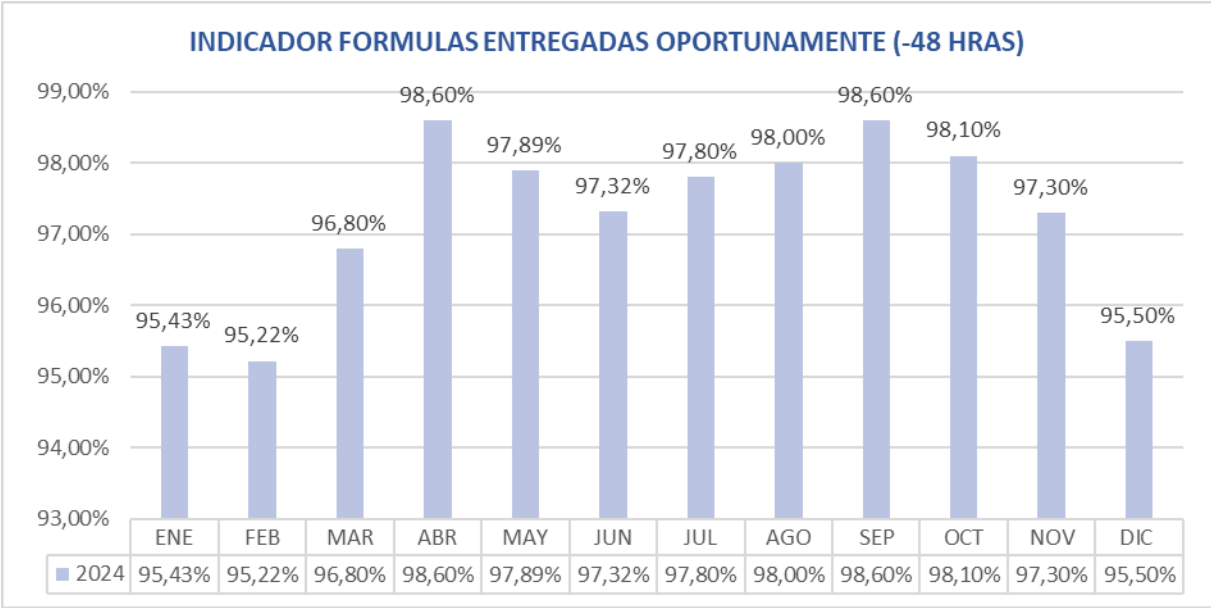
Gráfico No. 8: Indicador Formulas Entregadas de Manera Completa 2024-Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.



Fuente: Base de Datos Servicio Farmacéutico unidades

Durante la vigencia del año 2024 el indicador de fórmulas médicas despachadas de manera completa fue del 97.92% de fórmulas despachadas completamente, alcanzando la meta de este indicador donde el estándar establecido como subred “es la entrega de fórmulas completas para el 95% de las fórmulas despachadas.” Para el mes de enero, especialmente donde no se alcanzó el cumplimiento del estándar de indicador y el no lograr la entrega en su totalidad las fórmulas de manera completa, se debió a los desabastecimientos, disminución de la producción de algunos medicamentos, como también proceso de adiciones y/o prorrogas de contratos, cambios de precios por norma de regulación de precios y legalización de los mismos, no aceptaciones de los proveedores de continuidad en los contratos los que ocasiona demora en las entregas de medicamentos.

Gráfico No. 9: Indicador Formulas Entregadas oportunamente (en Menos de 48 horas) 2024 -Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.



Fuente: Base de Datos Servicio Farmacéutico unidades

Durante la vigencia del año 2024 el indicador de las fórmulas que fueron entregadas oportunamente (en Menos de 48 horas) en un 97.21%, alcanzando el cumplimiento en relación al estándar institucional establecido que corresponde al 95%. Sin embargo, es de resaltar que debido a los siguientes factores externos no se obtuvo un porcentaje mayor: El no cumplimiento al 100% en porcentaje de fórmulas entregadas de manera completa y oportuna por la subred se debió a la no aceptación de adiciones y prorrogas de varios proveedores, por solicitudes de cambio de precios, debido a estos factores:

- Por parte de los laboratorios fabricantes las dificultades en la cadena logística para la producción de varios de los medicamentos, el incremento de los costos de producción con referencia al precio estipulado a nivel nacional y los trámites ante el INVIMA para los registros y liberación de los productos, como también la no disponibilidad de materias primas, material de envase, etc.; lo cual limita la disponibilidad de varios medicamentos por parte de los laboratorios fabricantes para la comercialización de estos productos, al igual que existen registros de los medicamentos y principios activos desabastecidos y en riesgo de estarlo, lo cual se corrobora con las comunicaciones por parte de proveedores en las que se informa sobre la no comercialización de algunos de ellos y los que han recibido autorización de importación por una única vez, ya que los tiempos de respuesta a las solicitudes han aumentado; por lo cual el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), encargado de autorizar y controlar la comercialización de los fármacos, ha reconocido el represamiento de miles de trámites de nuevos registros sanitarios, renovaciones
- Respecto a los proveedores se ha realizado seguimiento a las entregas, notificaciones de pendientes y comunicaciones de incumplimiento total o parcial y el retraso en las entregas, solicitudes de incremento de precios y/o exclusiones de productos de contratos; que repercuten en las entregas completas u oportunas a los pacientes

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

- Algunas de las causas que se presentan son la escasez de materias primas, inventarios insuficientes y problemas en la cadena logística que surgieron tras la pandemia. También hay razones de tipo económico, medicamentos no comercializados, descontinuados, etc.
- Los medicamentos especialmente, de enfermedades como hipertensión, trastornos de salud mental y VIH, para el tratamiento de enfermedades cardiovascular, electrolitos, anestésicos locales entre otras son los que más se reportan con novedad de agotados y esto también está publicado en la página del Ministerio de Salud en los informes que han reportado, como la baja oferta de ciertos medicamentos, Según el más reciente listado oficial, con corte al 5 de diciembre de 2024, hay más de 220 principios activos los cuales se encuentran en estado de monitorización, en riesgo de desabastecimiento, Registros INVIMA vencidos etc.

Estos factores contribuyen a que el porcentaje no se cumpliera; aunque se trató de suplir las necesidades con otras unidades, el consumo es alto, y no se logró cumplir con las entregas; pero se han desarrollado mecanismos que permitan resolver los casos de medicamentos desabastecidos, cuya problemática está vinculada a problemas de fabricación, a dificultades de la cadena de suministros y a fallas en la financiación de la atención de salud.

Causas de desabastecimiento

- ✓ Aumento de la demanda: Demanda supera la producción habitual.
- ✓ Descontinuación del producto: Decisión de titulares de registro sanitario de no continuar con comercialización del medicamento. No aplica caso en estudio.
- ✓ Problemas de manufactura: Fabricantes han presentado inconvenientes en la producción del medicamento por no certificación de PBM vigente.
- ✓ Problemas en la adquisición de materia prima: Fabricantes con dificultades de adquisición de materia prima por desabastecimiento, fallos en calidad, incumplimiento de requisitos de importación, etc.
- ✓ Insuficientes oferentes: Número insuficiente de titulares de registro comercializando el medicamento

Y ya para finalizar la vigencia se reportó que la situación actual indica que, al 1 de noviembre, existen 32.041 trámites pendientes en el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima). A pesar de evacuar un promedio de 1.500 trámites mensuales, la entidad enfrenta un constante aumento de nuevas solicitudes, lo que contribuye al represamiento.

*El Ministerio de Salud, junto con el Invima, ha elaborado un plan que incluye medidas como la adopción del Decreto 1474 del 9 de septiembre de 2023, destinado a agilizar los trámites en la agencia sanitaria.

*En relación con la materia prima, el Ministerio de Salud confirma que Colombia depende en gran medida de la importación de materias primas e insumos. La estrategia para abordar este desafío se basa en el plan de desarrollo del gobierno, que busca garantizar la disponibilidad, acceso y calidad de tecnologías en salud, así como promover la investigación, producción local y comercialización de medicamentos.

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

El Ministerio de Salud de Colombia ha remitido al Tribunal de Cundinamarca un plan integral destinado a hacer frente al desabastecimiento de medicamentos que afecta al país y por ende a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente. El proyecto, detallado en un documento de 93 páginas, responde a las medidas cautelares impuestas por el Tribunal el 30 de octubre y el 17 de noviembre. Estas medidas buscan garantizar la disponibilidad de medicamentos prioritarios, acelerar la resolución de más de 27.000 solicitudes de registro y trámite de medicamentos pendientes, y definir estrategias para facilitar el acceso a la materia prima necesaria para la fabricación de medicamentos.

11.6 SUBPROCESO DE IMAGENOLOGIA

El subproceso de Imagenología es el encargado de realizar acciones secuenciales para la toma de imágenes radiológicas y entrega de los informes diagnósticos a los servicios misionales y/o usuarios del servicio de Imagenología de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur.

PRODUCCIÓN DEL SUBPROCESO

Tabla No. 85: Estudios realizados por tipo de estudio en Unidad Occidente Kennedy 2024 - Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

ESTUDIOS REALIZADOS	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL PERIODO
RAYOS X CONVENCIONAL	2621	2559	2836	2819	3135	2909	3009	2854	2464	2027	2327	2477	32037
RAYOS X PORTATILES	153	139	189	123	117	114	64	64	94	149	75	71	1352
TOMOGRAFIAS	1636	1436	1636	1860	2164	1842	1202	1667	1889	1558	1516	1739	20145
ECOGRAFIA CONVENCIONAL	1306	1118	1048	1144	1316	1162	1234	1433	1180	1078	1120	1209	14348
ECOGRAFIA GINECOLOGICA	1209	1117	1107	1168	1036	1010	1052	1055	1032	1019	866	949	12620
DUPLEX	613	529	514	538	603	616	636	707	565	650	456	604	7031
BIOPSIAS	300	372	306	340	409	330	490	465	495	124	404	329	4364
TOTAL	7.838	7.270	7.636	7.992	8.780	7.983	7.687	8.245	7.719	6.605	6.764	7.378	91.897

Fuente: Base de Datos tomado de la fuente de archivo gerencia de la información. Durante la vigencia del año 2024 la producción global de la unidad de servicio Occidente de Kennedy fue de 91.897 estudios, al revisar individualmente los estudios que representa el mayor porcentaje corresponde a Rayos X convencional con un 36% (N:32.037), seguido de la tomografía 16,8% (N:20.145) ecografía convencional 16,2%(N:14.348) y ecografía ginecológica 13,75%. (N:12.620), es importante mencionar que para algunos estudios que durante el año no presentan producción se debe a fallas y/ o daños en los equipos.

Tabla No. 86: Estudios realizados por unidad y tipo de estudio - Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Comparativo de Estudios Radiológicos realizados por unidad y tipo de estudio - Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.														
ESTUDIOS REALIZADOS	UNIDAD / AÑO	OCCIDENTE KENNEDY	PATIO BONITO TINTAL	UNIDAD FONTIBON	VILLA JAVIER	ZONA FRANCA	BOSA II NIVEL	TRINIDAD GALAN	PABLO VI	UNIDAD CARBONELL	HOSPITAL BOSA	CENTRO DE SALUD TINTAL	CENTRO DE SALUD MEXICANA	TOTAL
RX CONVENCIONAL	2024	32037	11330	11739	7994	5927	0	11438	0	2156	27396	4635	3911	118563
RX PORTATIL		1352	800	343	0	0	0	0	0	0	672	0	0	3167
TOMOGRAFIA		20145	6034	0	0	0	0	0	0	0	5566	0	0	31745
ECOGRAFIAS CONVENCIONAL		14348	8735	1687	2163	6005	0	0	0	0	9398	2375	1315	46026
ECOGRAFIAS GINECOLOGICAS		12620	0	2991	587	560	0	3362	2292	0	2002	1420	870	26704
DUPLEX		7031	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7031
RESONANCIA		0	0	0	0	0	0	0	0	0	4795	0	0	4795
ESTUDIOS ESPECIALES		0	0	0	0	0	0	0	0	0	81	0	0	81
BIOPSIAS		4364	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4364
MAMOGRAFIAS		0	0	0	0	0	0	0	0	1299	4117	0	0	5416
TOTAL		91897	26899	16760	10744	12492	0	14800	2292	3455	54027	8430	6096	247892

Fuente: Base de Datos tomado de la fuente de archivo gerencia de la información.

Durante el año 2024 en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E se realizaron 247.892 estudios de imágenes diagnósticas, evidenciándose que el mayor porcentaje de la producción se concentró en el Hospital Occidente de Kennedy con un 12.9% (N:32.037), seguido el Hospital Bosa 11% (27.396), seguido de Hospital Fontibón 4.7% (11.739) y por último Hospital Pediátrico Tintal 4.5% (11.330). En cuanto al tipo de estudio los Rayos X convencional corresponden a la imagen diagnostica que más se tomó durante el 2024 con un 49% (N: 121.730), seguido de ecografías convencionales con un 18.5% y un 12% para tomografía. Es importante mencionar que el Centro de Salud Villa Javier se dio apertura del servicio de toma imágenes diagnosticas a partir del mes de febrero del 2024 y Centro de Salud Mexicana el abril de 2024.

11.7 PRINCIPALES LOGROS

Dar continuidad al talento humano y la prestación de los servicios complementarios en las diferentes unidades de salud para respuesta a los requerimientos de complementación diagnóstica y terapéutica requeridas para la atención de los usuarios de la Subred con oportunidad y la calidad.

Mantener el cumplimiento de indicadores de oportunidad de entrega informe de Patología y de la lectura de las imágenes diagnósticas, por otro lado, incrementar el porcentaje de entrega de fórmulas medicas de manera completa y oportuna.

Licenciar y /o renovar la licencia de 9 de los equipos de radiaciones ionizantes de practica medica de acuerdo a Resolución 482 de 2018.

Capacitar al personal de bacteriología en curso de IATA (Asociación de Transporte Aéreo Internacional) y buena práctica clínica, lo que aporta a certificación con INVIMA al cumplir con requisitos de Hospital Universitario.

Fortalecer conocimiento y capacidades dirigida a personal de enfermería en pruebas rápidas de antígeno de superficie de hepatitis B, total de 120 colaboradores, en el cual se dio alcance a la recepción, manejo, almacenamiento procesamiento, interpretación y reporte de la prueba, teniendo en cuenta el uso de la prueba mencionada como POCT.

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Capacitar profesionales de Fisioterapia, Terapia Respiratoria y Fonoaudiología en los Lineamientos Técnicos y operativos del Programa Nacional de prevención y control de Tuberculosis, Resolución 227 de 2019.

Realizar la jornada de capacitación y certificación virtual en Buenas Prácticas de Venopunción dirigida a todo el personal de Laboratorio Clínico y Tomas de Muestras de Laboratorio de la Subred, principalmente de perfiles Bacteriólogos y Auxiliares de Laboratorio, con el objetivo de proveer a todos nuestros pacientes una atención más segura.

Ampliación de oferta institucional en toma de muestras de laboratorio, con la extensión de la agenda en las USS Occidente de Kennedy, Bosa, Fontibón, apertura de toma de muestras para laboratorios clínicos en Centro de Salud Tintal, USS Mexicana y Hospital de Bosa, permitiendo mayor cobertura y mantener la oportunidad y acceso a la población.

Apertura de Servicio de radiología convencional en la USS Villa Javier y en Hospital de Bosa toma radiología convencional y ecografía convencional

Recibir la Certificación de Buenas Prácticas de Manufactura de Gases Medicinales en Unidad de Servicios de Salud Fontibón de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E por parte del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos -INVIMA; quedando autorizada la fabricación de aire medicinal in situ por compresor, beneficiando principalmente los pacientes de reanimación, salas de cirugía, partos y la unidad de cuidados intermedios.

Aportar desde los Subproceso de laboratorio clínico y Farmacia al logro de la Certificación en Buenas Prácticas Clínicas en las USS Occidente de Kennedy, Fontibón y Patio Bonito Tintal.

La Subred Integrada de Servicio de Salud Sur Occidente E.S.E fue objeto de referenciación para entidades prestadoras de salud dentro y fuera del Distrito por las buenas prácticas establecidas en los siguientes subprocesos de la Dirección de Servicios Complementarios como se menciona a continuación:

- La Clínica Infantil Santa María del Lago referenció el Procedimiento de cadena custodia (Subproceso de patología).
- La Subred Integrada de Servicio de Salud Norte y la Clínica del Occidente referenciaron Buenas prácticas del servicio farmacéutico y la central de mezclas.
- La Subred Integrada de Servicio de Salud Centro Oriente referenció el Subproceso de Imagenología en articulación con la Oficial de Protección Radiológica OPR, Seguridad y Salud en Trabajo, los Ingenieros Biomédicos referenciaron el proceso de gestión de protección radiológica que permite el licenciamiento de los equipos categoría I y II para la práctica clínica en concordancia con lo establecido en la resolución 418 del 2018.
- La Subred Integrada de Servicio de Salud Norte referencio Buenas prácticas de manufacturas para la producción de aire medicinal por compresor en sitio Resoluciones 4410 de 2009 y Guía de inspección en BPM.
- El Hospital Universitario de Pasto y Universidad de la Salle referenció el banco de leche humana para conocer los procesos que se realizan sobre consejería en lactancia, programa de capacitaciones para las madres en periodo de lactancia, áreas que se articulan con el banco de leche y todos los procesos que hacen parte de la estrategia.

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

- Pasto Salud E.S.E. en modalidad presencial al Subproceso de Laboratorio Clínico, para Referenciación Comparativas en el establecimiento e identificación de las practicas dentro del proceso de laboratorio clínico que permita su replicabilidad e implementación con el fin de fortalecer la calidad y el mejoramiento en la prestación de los servicios, Programa POCT según normatividad vigente, Riegos identificados en laboratorio clínico.

Generar alertas visuales de color para valores fuera de rango y críticos de resultados de laboratorio clínicos en el sistema de información de historias clínicas Dinámica, esto con el fin de apoyar al profesional Médico en la toma de decisiones clínicas oportunas, de igual manera se logró el desarrollo de una alerta visual que evidencia si una prueba es solicitada en repetidas ocasiones en menos de 24 horas solicitando su justificación con el fin de optimizar los recursos.

Crear sticker de muestras de laboratorio clínico (4 Inequívocos) en los servicios Urgencias y Hospitalización en las unidades USS Villa Javier, USS Centro de Salud Tintal y USS Hospital de Bosa.

Realizar la referenciación de las buenas prácticas en POCT de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E USS Simón Bolívar con el fin de fortalecer nuestro programa institucional de POCT.

Se realizaron 10 eventos entre Hemoferias y conmemoraciones que promovieron el bienestar y los emprendimientos de los pacientes del programa de Reemplazo Renal desde el programa Devolviendo Sonrisas (cumpleaños, paciente del mes, día de la mujer y del hombre, día de la madre y día del padre, bingo, onces compartidas para el amor y la amistad, Hemoween, Hemoferia empresarial y por último encuentro de cierre del año)

11.8 PRINCIPALES DIFICULTADES

Caídas frecuentes de Red (Internet) y de los sistemas de información Dinámica y Enterprise, generando reproceso en el ingreso de usuarios al sistema de información afectando como por ejemplo las diferentes tomas de muestras y laboratorios procesadores aumentando tiempos para el procesamiento de las muestras, en el cargue de imágenes para la lectura y visualización, los medicamentos, dietas y sesiones de hemodiálisis.

Desabastecimientos de medicamentos, exclusión de medicamentos de algunos contratos sin inclusión de los mismos de manera oportuna en otros procesos de contratación.

Equipos biomédicos sin calibrar como son: pipetas automáticas, termohigrómetros, cabinas de flujo laminar (sin certificar), entre otros sin calibrar por falta de contrato, de acuerdo a lo informado por el área de biomédica.

Daños de equipo biomédicos que afectaron la prestación del servicio por lo cual se activaron planes contingencia para dar respuesta a la demanda, como ampliación de horarios y oferta para el laboratorio clínico e Imagenología, remisión de muestras para procesamiento a otras sedes, reporte a área competente para el arreglo y/o compra de equipos.

Fallas en el sistema de ventilación y extracción del Laboratorio de Patología, lo que incrementa el riesgo laboral para los colaboradores del área, debido al manejo y exposición de químicos considerados cancerígenos como son el Formol y el Xilol. Es necesario un mantenimiento preventivo continuo de este sistema.

Infraestructura que no cumple requisitos normativos y /o daños estructurales por lo cual se articuló con el área de mantenimiento para su intervención.

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Falta espacios para archivar documentos auditables y productos farmacéuticos; en ocasiones las cajas se ubican en los corredores representando riesgos por pérdida, deterioro o peligro en caso de temblores, etc.

Debilidades en la consecución llevando a la insuficiencia de talento humano para realizar las actividades en los diferentes subprocesos.

11.9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL PROCESO

De acuerdo a los resultados presentados en el informe se puede concluir que el proceso misional de Gestión de Servicios Complementarios conformado por 6 subprocesos, durante la vigencia del año 2024, prestó servicios de salud de apoyo diagnóstico y terapéutico de forma transversal a los servicios misionales de manera oportuna, eficiente y confiable para evaluar y definir el tratamiento a seguir en una situación en salud y que de haber presentado variaciones en los resultados fueron analizados e intervenidos para ser superados.

12 GESTION DEL RIESGO EN SALUD

GESTIÓN DEL RIESGO COLECTIVO

12.1 GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA (GSP) Y EL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PSPIC)

Dentro de los elementos estratégicos, para la organización y operación de las acciones de Gestión de la Salud Pública (GSP) y las del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) en Bogotá, del orden internacional se encuentran: los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Atención Primaria en Salud. Del orden nacional: la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS), el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022 – 2031 y el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2022-2026, entre otros. Del orden distrital: Los contenidos del Plan Distrital de Desarrollo (PDD), el Plan Territorial de Salud (PTS) y la propuesta del Modelo de Salud de Bogotá MAS Bienestar construido por la Secretaría Distrital de Salud; En este marco, durante el año 2024, la Subred Integrada de servicios de salud Suroccidente, a través de los diferentes convenios interadministrativos establecidos con la secretaria Distrital de Salud (SDS), así:

- Convenio 4802135 del 27 de marzo de 2023 al 31 de mayo de 2024
- Convenio 6362843 del 1 de junio de 2024 al 31 de julio de 2024
- Convenio 6588824 del 1 de agosto de 2024 al 15 de octubre de 2024
- Convenio 6912002 del 17 de octubre de 2024 al 1 de diciembre de 2024
- Convenio 4175 del 3 de diciembre de 2024 al 23 de julio de 2025

Aportó a la materialización y ejecución del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas mediante el cual la administración distrital avanzó en el cumplimiento de la agenda del Plan Distrital de Desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas del distrito capital 2024-2027 -Bogotá camina segura. A través de acciones integradas desde los diferentes entornos cuidadores (entorno educativo, entorno hogar, entorno institucional, entorno laboral, entorno comunitario) y procesos transversales (Gestión de Estrategias y Programas de Interés en Salud Pública- GEPISP, Gestión y Análisis de Políticas para el bienestar en los territorios, Vigilancia de la salud ambiental y Vigilancia en salud pública), con el objetivo de garantizar el derecho a la salud y mejorar las condiciones de calidad de

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

vida y salud de la población perteneciente a las localidades de influencia de la Subred Suroccidente (Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda).

ENTORNO CUIDADOR EDUCATIVO

El objetivo principal de la estrategia es desarrollar sesiones en salud en los establecimientos educativos para la promoción de prácticas saludables estimulando la alimentación saludable, la convivencia escolar, la actividad física y la responsabilidad ambiental en los diferentes espacios durante la jornada de estudio, encaminados a prevenir ambientes escolares obeso génicos, el sedentarismo, estilos de vida no saludables que favorezcan la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes de tipo 2 y varios tipos de cáncer. Así como la presencia de síntomas de depresión, problemas de salud mental, los comportamientos que afectan el desarrollo del proceso educativo y proceso de aprendizaje y la prevención de la violencia en los contextos escolares.

Jardín Saludable

Esta intervención colectiva, se enfocó a la promoción del cuidado de la salud y el bienestar integral en la primera infancia (padres, docentes, estudiantes); se realizaron acciones orientadas al desarrollo integral infantil abordando temas relacionados con la alimentación y nutrición, el bienestar emocional y la salud mental, vacunación, salud bucal, salud ambiental y salud visual y auditiva y la prevención de enfermedades prevalentes de la infancia como Infección Respiratoria Aguda (IRA), Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), identificación oportuna de riesgo de Desnutrición Aguda y desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años y afectaciones en salud bucal; obteniendo los siguientes resultados:

Localidad	Nro. Jardines	Docentes	Padres	Estudiantes	Tamizaje ntc
Bosa	10	102	504	884	222
Kennedy	10	80	395	733	126
Fontibón	10	66	353	652	260
Puente Aranda	10	60	380	587	180
Total	40	308	1632	2856	788

Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente, Base de datos entorno educativo, enero – diciembre 2024.

Bienestar en Colegios

Se abordaron contenidos en salud pública de manera lúdica y pedagógica; estos estuvieron orientados desde lo conceptual, invitando a la práctica de comportamientos para el autocuidado así como para promover una interacción social adecuada en la cotidianidad. Así mismo los temas trabajados fomentaron habilidades cognitivas, emocionales y sociales importantes en el desarrollo del curso de vida y su mantenimiento en la cotidianidad.

Localidad	Nro. Colegios	Nro. Cursos	Docentes	Estudiantes	Sesiones desarrolladas según temática									
					Mascota Verde	Visual Auditivo	SSR	SM	NTC	S. Ambiental	Act. Física	Cuidado Menstrual	Movilidad Escolar y Seguridad	Total sesiones
Bosa	10	175	171	5.302	84	178	198	195	89	70	140	61	69	1.040

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024					Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
						Fecha de aprobación:	12/08/2024	
						Código:	01-01-FO-0006	

Kennedy	10	223	352	6.763	78	232	225	286	178	108	142	21	124	1.446
Fontibón	10	172	165	4.521	136	133	112	110	109	104	77	22	20	906
Puente Aranda	10	169	165	4.214	56	115	89	156	99	66	90	27	35	882
Total	40	739	853	20.800	354	658	624	747	475	348	449	131	248	4.274

Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente, Base de datos entorno educativo, enero – diciembre 2024.

• Proyectos Ambientales Escolares – PRAE

Desarrollo de actividades vivenciales y pedagógicas en donde se identificaron situaciones ambientales prioritarias, a partir del abordaje de inquietudes, necesidades y dinámicas particulares de un colectivo frente a su ambiente institucional, logrando de manera progresiva la identificación del derecho humano a la alimentación adecuada, entre sus apuestas se encuentra el rescate de saberes ancestrales y el fomento de las estrategias de autoconsumo en el Distrito Capital, con el fin de fomentar la ciudadanía alimentaria, a través de la implementación de las huertas escolares. Durante la vigencia se identificaron los siguientes resultados:

Localidad	Medida de huerta (mt 2)	Kg de alimentos cosechados	Nro. estudiantes	Nro. docentes
Bosa	165	91.1	79	13
Kennedy	171	214.04	107	11
Fontibón	128	107.5	91	11
Puente Aranda	85	90.2	99	11
Total	549	502.84	376	46

Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente, Base datos entorno educativo, enero – Diciembre 2024

• Familias que promueven el cuidado

La actividad Familias con MAS bienestar está orientado a adelantar procesos educativos y pedagógicos fortaleciendo factores protectores e identificando factores de riesgo con las familias de los escolares; los ejes temáticos trabajados están dirigidos a padres de familia y/o cuidadores y NNA en temas de salud mental, salud sexual y reproductiva, salud visual, auditiva y física.

Localidad	Cobertura	Nro. de personas intervenidas
Kennedy	Familias y NNA	6.718
Bosa	Familias y NNA	22.40
Fontibón	Familias y NNA	197
Puente Aranda	Familias y NNA	100

Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente, Base de datos entorno educativo, enero – diciembre 2024.

• Sesiones artísticas

Busca integrar el arte en la salud pública por medio de acciones colectivas en los recreos escolares y otros espacios educativos, promoviendo desde la pedagogía y el aprendizaje significativo pautas para la alimentación saludable, manejo de emociones y el cuidado de la salud física y mental, en NNA de los colegios del sur occidente de Bogotá. Como novedad para el periodo 2024 se reporta que el equipo solo opera del mes de enero a junio del 2024.

Localidad	Cobertura	Nro. de personas intervenidas
Kennedy	NNA	4.762
Bosa	NNA	4.755
Fontibón	NNA	2.255
Puente Aranda	NNA	2.159

Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente, Base de datos entorno educativo, enero – Diciembre 2024

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

• Líderes escolares

Consiste en la formación de NNA en comunicación, información y educación para la salud, empoderando a las y los estudiantes en la construcción de un proyecto de vida saludable por medio de herramientas pedagógicas creadas en sesiones colectivas de los colegios priorizados del sur occidente de Bogotá.

Localidad	Cobertura	Cantidad de líderes intervenidos
Kennedy	NNA	169
Bosa	NNA	178
Fontibón	NNA	65
Puente Aranda	NNA	98

Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente, Base de datos entorno educativo, enero - diciembre 2024.

• Tiendas escolares saludables

Esta línea consiste en asesorar y fortalecer a las tiendas escolares de los colegios priorizados y no priorizados a favorecer la alimentación saludable con el apoyo de una nutricionista dietista quien maneja temas de promoción y prevención de enfermedades crónicas a las y los tenderos de las instituciones, buscando implementar en los recreos escolares, la baja de alimentos procesados y ultra procesados, desde este producto se promueve el consumo de frutas y verduras en espacios escolares.

Clasificación	Ponderación	Tienda escolar
	Cumple entre 0 y 79% de los ítems	13 tiendas
	Cumple entre 80 y 89% de los ítems	26 tiendas escolares
	Cumple entre 90 y 100% de los ítems	16 tiendas escolares

Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente, Base de datos entorno educativo, enero – diciembre 2024

• Gestión de eventos prioritarios en salud mental en población escolar

Desde la estrategia se realizaron un conjunto de sesiones en el año 2024 encaminadas a reducir el riesgo de ocurrencia de un desenlace negativo en salud mental y tuvo como propósito desarrollar espacios de intervención colectiva e individual de prevención a partir de la identificación de problemas psicosociales y eventos de interés en salud mental previamente detectados dando respuesta a la necesidad de orientación y acompañamiento profesional para tratar y mitigar los impactos o efectos que se generan en los escolares, padres, docentes y administrativos.

Los diferentes eventos abordados fueron Ideación suicida, amenaza, suicidio consumado, duelo, bullying, estrés, ansiedad, depresión, consumo de SPA, dificultades de aprendizaje, racismo, cutting, violencia, violencia de género, manejo de redes sociales entre otros, todos aquellos casos a partir de los diferentes reportes a partir de la Mesa de Entornos Escolares, remisión por Dirección local de educación, Oficina de Convivencia, reporte sistema de

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

alertas o desde las diferentes Instituciones Educativas, con el fin de brindar la respuesta Oportuna en las localidades de Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda.

Durante el 2024 se desarrollaron acciones enfocadas en el Bienestar Emocional a los docentes de diferentes instituciones de educativas de las cuatro localidades de la subred sur occidente.

Sesiones Colectivas

Localidad	Nro. de colegios <u>priorizados</u> intervenidos con el producto	Nro. de colegios <u>no priorizados</u> intervenidos con el producto	Nro. de cursos abordados	Nro. de escolares abordados en sesiones colectivas
Bosa	6	15	520	20.168
Kennedy	5	16	564	21.813
Fontibón	4	6	210	13.227
P Aranda	7	4	252	12.766
Total Subred	23	41	1.566	67.974

Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente, Base de datos entorno educativo, Enero – Diciembre 2024

Sesiones de abordaje por profesional especializado

Localidad	N° de escolares abordados	N° de padres de familia escolares abordados
Bosa	134	32
Kennedy	109	20
Fontibón	126	8
P Aranda	60	4
Total Subred	429	64

Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente, Base de datos entorno educativo, Enero – Diciembre 2024

• Gestión del riesgo en comunidad educativa- Sexualidad habla sin incomodidad

Acciones orientadas a la educación para la salud pública que promuevan la salud, prevengan la enfermedad y eventos de interés en salud y salud mental además de aportar en la gestión integral del riesgo en la población de las instituciones educativas superiores, centros de formación técnica para el trabajo y el desarrollo humano y centros de validación del bachillerato. Estas acciones se complementarán con acciones artísticas que dinamizarán la jornada “Salud y Bienestar” y favorecerán la participación de la comunidad.

Localidad	N° de gestantes identificadas	N° de gestantes con control prenatal	N° de gestantes identificadas menores de 14 años	N° de lactantes identificadas	N° de lactantes identificadas con método
Bosa	446	446	17	165	165
Kennedy	338	338	11	466	466
Fontibón	75	75	0	65	65
P Aranda	35	35	3	19	19
Total Subred	894	894	31	715	715

Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente, Base de datos entorno educativo, 2024

• Salud y Bienestar en instituciones de Formación para el trabajo y desarrollo Humano

Desarrollo de acciones de promoción y gestión integral del riesgo en instituciones técnicas de formación para el trabajo fomentando hábitos de vida saludable, prácticas de actividad física regula, salud mental, salud sexual y reproductiva (toma de pruebas VIH-Sífilis y

Hepatitis B) , contribuyendo a mejorar el estado de salud y a prevenir la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles como sobrepeso, obesidad, alteraciones de la conducta alimentaria, diabetes, enfermedades cardio cerebrovasculares y metabólicas, cáncer, enfermedad respiratoria crónica, alteraciones visuales y auditivas – comunicativas.

Localidad	Jornadas	Total participantes	Total Pruebas VIH	Total Pruebas Sífilis	Total Pruebas Hepatitis B
Kennedy	57	1.435	360	380	616
Fontibón	19	460	156	120	242
P. Aranda	23	511	279	279	279
Bosa	18	608	174	174	235
Total	117	3.014	969	953	1.372

Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente, Base de datos entorno educativo, 2024

• **Vacunación en comunidad educativa**

Desarrollar gestión para el acceso a los servicios de vacunación por medio de seguimientos (llamadas telefónicas y actualización de esquema de vacunación para la edad en aplicativo distrital PAI 2.0) y desarrollo de Jornadas de vacunación en las instituciones educativas; gestión correspondiente para la respuesta efectiva a las canalizaciones sectoriales e intersectoriales

Localidad	Jornadas	Total niños y niñas vacunados
Kennedy	13	603
Fontibón	3	67
P. Aranda	7	171
Bosa	18	776
Total	41	1.617

Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente, Base de datos entorno educativo, 2024.

• **Promoción de prácticas en salud bucal**

Fortalecimiento de actividad educativa y la medición de la técnica de higiene bucal; por medio de 3 sesiones con los escolares y un acompañamiento individual con los padres de familia de los niños que se identifican riesgos en salud oral.

Localidad	Estudiantes que apropián técnica de cepillado	Estudiantes abordados
Kennedy	4.181	5.514
Fontibón	2.101	2.977
P. Aranda	2.615	2.801
Bosa	2.334	3.020
Total	11.231	14.321

Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente, Base de datos entorno educativo, 2024.

ENTORNO CUIDADOR HOGAR

Se realizaron actividades en dos interacciones integradas e integrales, la primera es la relacionada con el Cuidado para la salud familiar, en donde a través de diferentes líneas (abordaje territorial, plan de cuidado familiar, vivienda saludable y salud mental) se establecen acciones de respuesta integral para desarrollar procesos de cuidado en la familia como red primaria, para mejorar sus condiciones de vida y salud e incentivar el empoderamiento en prácticas de vida saludable. Así mismo, integra las acciones de

detección temprana de riesgos, donde se incorporan los relacionados con las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública a partir de acciones de búsqueda activa. En ese orden de ideas durante el 2024 el comportamiento de las acciones desarrolladas por estas líneas, se muestran disgregadas por localidad en las tablas relacionadas a continuación:

Acción integradora cuidado para la salud familiar

Producto	Bosa	Kennedy	Fontibón	Puente Aranda	Total
Abordaje territorial	72.602	53.393	9.066	1.426	136.487
Plan de cuidado familiar	25.812	17.775	3.174	1.437	48.198
Vivienda saludable	69	3	144	0	216
Salud mental	1.280	857	169	121	2.427
Total					187.328

Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente, Base de datos entorno hogar, 2024.

Acción integradora cuidado para la salud familiar - población susceptible de COVID 19

Localidad	Muestras	Positivas
Bosa	302	10
Kennedy	5.215	199
Fontibón	1.925	203
Puente Aranda	1.172	103
Total	8.614	515

Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente, Base de datos entorno hogar, 2024.

Por otro lado, a partir de la comprensión de la necesidad de consolidar estrategias diferenciales para las comunidades étnicas, dadas sus vulnerabilidades y fragilidades sociales, las cuales requieren de una atención permanente por su lengua, usos y costumbres, y la manera de ver y concebir la salud, se desarrolla la estrategia de abordaje étnico diferencial, que para el 2024, mostró los siguientes resultados, en relación a población y familias de este tipo de población intervenidas.

Estrategia de abordaje étnico diferencial

Equipos	Gestantes	Menores de 5 años	Crónicos	Otros eventos priorizados	Total familias
Afro Bosa	0	0	29	50	79
Afro Kennedy	1	6	23	37	67
Kilumba	5	9	6	36	56
Total	6	15	58	123	202

Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente, Base de datos entorno hogar, 2024.

ENTORNO CUIDADOR INSTITUCIONAL

El entorno cuidador institucional, “comprende los espacios intramurales de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (públicas y privadas), las instituciones que prestan servicios sociales o de protección integral, y las instituciones en donde viven un grupo de personas -generalmente no parientes- que participan de una vida en común. En este entorno, interactúan los servicios sanitarios y sociales para garantizar la atención integral en Salud a las personas (MSPS, 2018)”.

A continuación, se muestran los resultados de las acciones desarrolladas durante el 2024.

Tipo de institución con seguimiento	Número de instituciones intervenidas	Número total de sesiones desarrolladas	Número de personas intervenidas en sesiones colectivas

Tipo de institución con seguimiento	Número de instituciones intervenidas	Número total de sesiones desarrolladas	Número de personas intervenidas en sesiones colectivas
Hogares Comunitarios de Bienestar- unidades de atención a la primera infancia	320	2.837	25.475
Hogares Comunitarios de Bienestar (con seguimiento y fortalecimiento)	83	147	147
Centros día de atención a la persona mayor	7	653	6.551
Instituciones de Protección de Persona Mayor (con plan de cuidado)	39	230	1.251
Instituciones de Protección de Persona Mayor (con seguimiento)	32	86	344
Centros de cuidado transitorio	3	190	1.355
Instituciones de la Red de Cuidado Colectivo de RBC	42	529	4.307
Centros Carcelarios y Penitenciarios	1	139	1.225
Casas de Igualdad de Oportunidades	5	83	517
Unidades de atención a ciudadanos habitante de calle	7	540	3.851
Instituciones de Protección de la Infancia	8	198	1.540
Unidades Móviles del SIDICU	1	22	113
Centro Proteger	3	108	576
Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente	3	141	1.132
Fortalecimiento Técnico a las Instituciones de Protección	14	45	731
Instituciones sostenibles por la salud ambiental	34	121	962
Total	602	6.069	50.077

Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente, Base de datos entorno institucional, 2024

ENTORNO CUIDADOR LABORAL

El Entorno Cuidador Laboral comprende los escenarios donde las personas e individuos se organizan para producir bienes y servicios en condiciones que promueven y protegen la salud brindando bienestar a los trabajadores, sus familias y comunidades, con participación en la potenciación de factores protectores y en el control y mitigación de los factores adversos a su salud. Comprende los escenarios laborales formales e informales.

En el marco de la implementación de Modelo Territorial de Salud +MAS Bienestar, el Entorno Cuidador Laboral la intención de favorecer un trabajo digno y saludable, desarrolla interacciones para la promoción del cuidado y el bienestar de los trabajadores de la economía popular y comunitaria de la zona urbana y rural; así, desde el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas se definen dos interacciones integradas, la primera que la práctica de promoción del cuidado de la salud en los trabajadores con la estrategia de entornos laborales saludables en unidades de trabajo informal priorizadas a través del desarrollo de planes de cuidado para el bienestar en la relación salud y trabajo; la segunda relacionada con la desvinculación progresiva del trabajo infantil con la estrategia de habilidades para la vida ya que por su naturaleza o condiciones puede afectar la salud, bienestar, seguridad y moralidad de los niños, niñas y adolescentes.

- **Prácticas de promoción del cuidado de la salud de los trabajadores informales y gestión del riesgo en las unidades de trabajo informal**

Desde la interacción Prácticas de promoción del cuidado de la salud de los trabajadores informales y gestión del riesgo en las unidades de trabajo informal, se realizan acciones individuales y colectivas, con los trabajadores informales de las unidades de trabajo

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

informal; promoviendo prácticas para el mejoramiento de las condiciones de salud y trabajo. En el 2024 se realizan las siguientes acciones:

Interacción integrada promoción del autocuidado y gestión del riesgo en los trabajadores de las unidades de trabajo informal

Inter acción integral e integrada	Producto	Meta programada subred año 2024	Meta ejecutada localidad				Meta ejecutada año 2024
			Fontibón	Kennedy	Bosa	Puente Aranda	
Gestión del riesgo y promoción del autocuidado en trabajadores	Caracterización de las condiciones de salud y trabajo para la concertación de los planes en UTI con trabajadores informales.	2.860	312	1.227	1.132	189	2.860
	Asesorías de promoción del cuidado de la salud, gestión del riesgo la UTI y monitoreo del proceso con trabajadores de la economía informal en UTI de mediano y alto impacto.	9982	888	4.343	4.115	636	9.982
	Acciones para la organización y la participación ciudadana por la salud con trabajadores y Acciones colectivas con trabajadores informales.	53	10	19	18	6	53

Fuente: Plan operativo del Entorno Cuidador laboral, Subred integrada de servicios de salud Suroccidente 2024

Durante el año 2024 se realizó 2860 caracterización de las condiciones de salud y trabajo para la concertación de los planes en Unidad de trabajo informal UTI con 5159 trabajadores informales. En el marco del modelo de salud, salud a mi vereda, salud a mi barrio; lográndose la implementación de la estrategia en 2318 de las UTIS; se evidencia cambios principalmente en el mejoramiento de los hábitos por parte de los trabajadores; uso de los elementos de protección personal y organización de los lugares de trabajo. Se brinda las recomendaciones necesarias acorde a los peligros identificados. Frente a la valoración de la implantación de los compromisos consignados en el decálogo; se logró que 4879 trabajadores lograran modificar prácticas de autocuidado, con relación a hábitos de vida e implementación de factores protectores para la salud.

- **Acciones para la organización y la participación ciudadana por la salud con trabajadores y acciones colectivas con trabajadores informales**

Durante el año 2024 se realizaron 44 grupos organizados de trabajadores informales GOTIS, abordando 628 trabajadores. Desarrollando entre otras las siguientes temáticas:

- Doble carga laboral y mujer cuidadora
- Deberes y derechos en el Sistema de Riesgos Laborales
- Factores de riesgo para condiciones crónicas no transmisibles
- Hábitos de vida saludable en la población trabajadora
- Cáncer, factores de riesgo, signos y síntomas

Durante el año 2024 se han realizaron 9 acciones colectivas con trabajadores informales abordando 113 trabajadores estas en articulación con la política de trabajo y algunas realizadas durante las jornadas de salud pública con los demás entornos y componentes. Las temáticas abordadas fueron: el cuidado de la salud y prevención de riesgos laborales, derechos en salud y el trabajo, el acceso al SGSSS y al SGRL, entre otros

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

- Gestión del riesgo con personas vinculadas a las actividades sexuales pagadas**

El equipo del entorno cuidador laboral a través del producto Promoción del cuidado con personas vinculadas a las actividades sexuales pagadas, realiza acciones para promover la salud sexual y reproductiva de las personas que realizan y están vinculadas a las actividades sexuales pagadas desde su actividad laboral entre estas: Caracterización de personas y condiciones de salud, Colectivos para los derechos en salud que incluye Encuentros de promoción de la salud y trabajo saludable. Asesoría psicosocial y de enfermería, búsquedas activas, tamizajes HB, VIH y SIFILIS, activación de ruta a los servicios de salud, y a ONG que prestan atención a población migrante. Se realiza acciones de orientación, información y comunicación, en torno a la prevención, cuidado y uso adecuado de preservativos en el ejercicio de la actividad, se realiza entrega de preservativos para prevenir ITS (Infecciones de Transmisión Sexual). Canalización de la población a jornadas de salud con la liga contra el cáncer y casa de todas para la toma de citología. A continuación, se muestra la población abordada con estas acciones, desagregado por localidad.

Población abordada	2024
Bosa	168
Kennedy	773
Fontibón	189
Puente Aranda	145
Total	1.275

Fuente: Plan operativo del Entorno Cuidador laboral, Subred integrada de servicios de salud Suroccidente 2024

En 2024 se realizaron un total de 4.680 tamizajes, 1560 para HB, 1.560 VIH y 1.560 para SIFILIS, esto incluye a población migrante regular e irregular.

Pruebas aplicadas	2024
VIH	1.560
Sífilis	1.560
HB	1.560
Total	4.680

Fuente: Plan operativo del Entorno Cuidador laboral, Subred integrada de servicios de salud Suroccidente 2024

Evaluación de indicadores:

- Proporción de Unidades de Trabajo Informal - UTIS que implementan la estrategia de entornos laborales saludables.

En el año 2024, 2.860 UTIS lograron cambios a partir de la implementación de la Estrategia de entornos laborales saludables de las 2.318 UTIS caracterizadas, representadas en el 81%. Se debe tener en cuenta que durante el mes de diciembre se realizó caracterización de 174 UTIS de las cuales aún estas no tienen cierre de las intervenciones.

- Porcentaje de trabajadores informales de UTI que mejoran sus prácticas de autocuidado de acuerdo con lo contemplado en el decálogo de salud en el trabajo.

En el año 2024, 4.879 trabajadores informales de UTI mejoran sus prácticas de autocuidado de acuerdo con lo contemplado en el decálogo de salud en el trabajo de 5.159 trabajadores

informales de UTI totales, que se comprometieron a modificar prácticas de autocuidado de acuerdo con lo contemplado en el decálogo de salud en el trabajo, lo que representa un 94%. Durante el mes de diciembre se realizó aperturas de trabajadores de los cuales aún no se ha terminado la intervención.

- c. Porcentaje de canalización efectiva de casos con Pruebas rápidas positivas de VIH en las personas que ejerce actividades sexuales pagadas.

Durante el año 2024, 6 personas que ejercen actividades sexuales pagadas con resultados de prueba positiva para VIH, canalizados a servicios de salud y con respuesta efectiva / 6 trabajadores que ejercen actividades sexuales pagadas con resultados de prueba positiva para VIH, canalizados a servicios de salud * 100. resultado 100%.

- d. Porcentaje de canalización efectiva a casos con Pruebas rápidas positivas de sífilis en las personas que ejerce actividades sexuales pagadas.

Durante el año 2024, 49 personas que ejercen actividades sexuales pagadas con resultados de prueba positiva para sífilis, canalizados a servicios de salud y con respuesta efectiva / 49 trabajadores que ejercen actividades sexuales pagadas con resultados de prueba positiva para sífilis, canalizados a servicios de salud* 100. Resultado 100%.

- **Interacción - integrada planes del cuidado para la salud a través de la desvinculación progresiva del trabajo infantil**

En el marco de la gestión integral del riesgo; el entorno cuidador laboral por búsqueda activa en los territorios de las localidades de Fontibón, Puente Aranda, Bosa y Kennedy busca a través de la interacción integrada desvincular progresivamente del trabajo a niños, niñas y adolescentes. Por lo cual se implementa la Estrategia Entornos Laborales Saludables para promoción del autocuidado y la gestión del riesgo.

Inter acción Integral e Integrada	Producto	Meta Progra mada 2024	Fontibón	Puente Aranda	Kennedy	Bosa	Meta Ejecutada 2024
Inter acción integrada de planes de cuidado para la salud a través de la desvinculación progresiva de niños, niñas y adolescentes del trabajo infantil	Caracterización del perfil del riesgo en niños, niñas y adolescentes trabajadores en zonas de concentración comercial referenciadas a nivel intersectorial o por otros espacios y procesos	2.448	80	98	1.222	1.048	2.448
	Acciones colectivas para promover la desvinculación de las peores formas de trabajo infantil.	33	2	0	19	12	33

Fuente: Plan operativo del Entorno Cuidador laboral, Subred integrada de servicios de salud Suroccidente 2024

Durante el año 2024; se realizaron actividades de esta interacción integrada en los barrios priorizados de los territorios de la subred en las localidades de; Fontibón UPZ 75, localidad Puente Aranda UPZ 40, localidad de Kennedy UPZ 47, 80 y 82, y localidad Bosa UPZ 84,85 y 86. La implementación de la estrategia busca la caracterización del perfil del niño, niña y

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

adolescente trabajador y sus familias los cuales para este año se caracterizaron 2448 niños, niñas y adolescentes. De las actividades económicas con mayor predominio se tiene; comercio al por menor, expendio de comidas a la mesa, cuidados de otros/oficios del hogar, salones de belleza entre otras, la identificación se realizó por búsqueda activa encontrándose en las unidades de trabajo donde hay presencia de niños, niñas y adolescentes en condición de trabajo y/o en acompañamiento laboral. Al momento de la caracterización se brinda educación en temas de Protocolos de lavado de manos, etiqueta de tos, protección respiratoria, identificación de síntomas y signos para enfermedades respiratorias, ruta de atención en Salud de acuerdo con necesidad.

- **Líneas del Plan Rescate por la Salud de Bogotá**

Se logró la desvinculación del trabajo infantil de 2.209 niños, niñas y adolescentes. La actividad de acciones colectivas para promover la desvinculación de las peores formas de trabajo infantil, durante el año se realizaron en 33 grupos con niños, niñas, adolescentes trabajadores en trabajo infantil o en riesgo, sus familias y adultos participantes de la actividad productiva como comercio al por menor, trabajo de reciclaje, padres con niños en centro amar entre otros.

En el 2024 se caracterización 2448 niños, niñas y adolescentes, algunos de los identificados desde el mes de octubre aún no han terminado el proceso por lo cual se tiene el dato de desvinculación.

- a. Proporción de niños, niñas y adolescentes (NNA) desvinculados del trabajo infantil.

2.209 niños, niñas y adolescentes trabajadores desvinculados del trabajo infantil / 2.448 de niños, niñas y adolescentes trabajadores identificados*100=90.2%.

ENTORNO CUIDADOR COMUNITARIO

Las actividades desarrolladas en el año 2024 correspondiente a la operación del entorno comunitario desde las diferentes estrategias, con acciones de carácter itinerante en el espacio público, fortalecimiento de redes comunitarias y acciones promocionales en salud con grupos formados. Estas actividades tienen el objetivo de identificar riesgos en salud que requieran la activación de rutas, promover acciones de información, educación y comunicación en salud que, en el marco del modelo de salud territorial en un enfoque poblacional, diferencial, participativo, de género, movilicen las comunidades hacia la promoción de la salud colectiva y comunitaria. Con lo anterior, el entorno comunitario presentó una cobertura total de 100.022 personas abordadas por acciones de atención colectiva.

- **Procesos de caracterización, social y ambiental**

Durante el año 2024 se realizaron procesos de abordaje territorial, con equipos interdisciplinarios que mediante estrategias cualitativas y de cartografía social efectuaron acercamientos, lectura compartida de necesidades con líderes comunitarios contribuyendo mediante este proceso al desarrollo de dispositivos comunitarios en temas de interés en salud para las comunidades, esta ordenación a nivel catastral y en otras escalas territoriales

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

como el barrio, la UPZ y puntos priorizados, permitieron identificar alrededor de 110 barrios para el posterior despliegue de los equipos operativos del entorno.

- **Conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias**

Se desarrollaron en el año 2024 estrategias para la promoción del cuidado colectivo y prevención del riesgo, a través de dispositivos construidos que movilizaron iniciativas comunitarias realizando un total de 15.273 sesiones colectivas con comunidad, en temas como:

- Iniciativas en cuidado de la salud ambiental mediante la estrategia Territorios ambientalmente saludables.
- Grupos de fortalecimiento comunitario en salud mental, rehabilitación basada en comunidad, seguridad alimentaria y nutricional, salud materna e infantil, enfermedades crónicas no transmisibles.
- Centros de escucha comunitaria, recorridos de enganche, escucha activa, con carácter diferencial y poblacional dirigido a las mujeres, personas de los sectores sociales LGBTI, ciudadanos habitantes de calle, en salud mental para el acondicionamiento físico y el autocuidado.

- **Centros de Escucha Comunitaria**

Es una estrategia de mediano umbral orientado a dar una respuesta a las demandas y necesidades concretas de personas que habitan calle o en riesgo de habitarla, a personas de los sectores sociales LGBTI y mujeres en sus diversidades de los territorios, a partir de la participación de todos los actores sociales que la integran y representan, propendiendo por la transformación de las condiciones de las poblaciones en alta vulnerabilidad. Su característica esencial es la escucha activa como mecanismo de reconocimiento, esta estrategia se relaciona con las necesidades de las personas, que pueden ser de salud (asesorías psicosociales, en salud, tamizajes) educación en salud pública, fortalecimiento de redes comunitarias, con organizaciones o establecimientos, exigibilidad de derechos, canalización y activación de rutas. En el año 2024 se realizaron alrededor de 105 centros de escucha en las cuatro localidades abordando a 15.196 personas pertenecientes a estos grupos poblacionales.

- **Jornadas**

Estas actividades se efectúan en el marco del espacio público, orientada de manera prioritaria a espacios de gran confluencia de personas que conforman conglomerados sociales, derivado de atributos y cualidades propias de vivir y ejercer la ciudadanía, estas acciones son focalizadas a fin de atender necesidades priorizadas en perspectiva de trascender la dinámica relacional en el territorio, a partir de actividades de identificación y gestión del riesgo en colectivos, acciones promocionales en salud con saldo pedagógico y en colectivos determinados, a partir de la educación para la salud pública para el fortalecimiento de capacidades que permita la adopción o reafirmación de prácticas saludables (incluyendo acciones que prevengan casos por intoxicación y promoción de prácticas en el consumo responsable de alcohol y tabaco) ; además de la identificación y valoración del riesgo de tamizajes en salud mental, salud sexual y condiciones crónicas. Durante el año 2024 se realizaron 4.293 sesiones artísticas adelantada por la estrategia

Cuidarte, equipo que tiene el objetivo de impactar diversos entornos de la vida cotidiana y el espacio público mediante acciones artísticas; como dispositivos escénicos, actividades lúdico pedagógicas, sketches, instalaciones, comparsas y puestas en escena, a fin de transmitir mensajes claves brindados a través de la educación para la salud pública en las diferentes dimensiones como; salud mental, salud ambiental, seguridad alimentaria y nutricional, promoción de hábitos saludables y prevención de condiciones crónicas no transmisibles, prevención de sustancias psicoactivas, salud materno infantil, salud sexual y reproductiva.

Los puntos “Cuidate sé feliz” tienen como objetivo brindar atención a la población mayor de 18 años con riesgos en salud asociados a enfermedades crónicas no trasmisibles a través de la aplicación de herramientas de tamizaje, asesoría en la práctica regular de actividad física, alimentación saludable, prevención del consumo nocivo de tabaco y alcohol, medidas de protección frente a la contaminación por la calidad del aire y radiación ultravioleta, signos de alarma y factores protectores para la salud visual, auditiva– comunicativa. En el año 2024, se implementaron 898 puntos para la atención de población general, abordando un total de 13.700 personas.

Resultados entorno comunitario

Indicadores	Resultados Año 2024				Resultados
	Bosa	Kennedy	Fontibón	Puente Aranda	
Número de jornadas cuidate se feliz implementados	141	443	163	151	Se cumple al 100% con la programación de puntos en las localidades adscritas a la subred suroccidente, abordando un total de 13.847 personas en espacio público
Personas con riesgo cardiovascular	96	183	97	77	Un total de 453 personas fueron identificadas con riesgo cardiovascular medio y alto, las cuales fueron canalizadas a los servicios de salud
Personas participantes en Sesiones colectivas	20.456	29.215	16.756	13.262	Un total de 79.689 personas participaron de actividades colectivas realizadas por el entorno comunitario en espacio público y procesos de fortalecimiento comunitario
Mujeres vinculadas a los centros de escucha desarrollados dentro de las manzanas del cuidado y en los servicios mujerESalud con atención psicosocial	115	158	88	62	Se implementa un total de 110 centros de escucha mujerESalud para el abordaje de esta población en las localidades de la subred suroccidente, adscritas a las manzanas del cuidado se vincularon un total de 423 mujeres, con atención psicosocial y activación de rutas
Personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas abordadas por los equipos de reducción de daños y riesgos	1.288	1.417	1.042	884	Se implementaron alrededor de 4.631 puntos de equipos y riesgos y daños para el abordaje de la población en espacio público con consumo problemático de sustancias psicoactivas
Barrios abordados por equipos guardianes del cuidado comunitario y en abordaje territorial.	49	59	44	38	Se abordó un total de 190 barrios, priorizados para el despliegue de los equipos guardianes traducido en acciones colectivas de fortalecimiento en el relacionamiento de las comunidades con la institución, reconocimiento de problemáticas en salud colectiva, las

Indicadores	Resultados Año 2024				Resultados
	Bosa	Kennedy	Fontibón	Puente Aranda	
					cuales mediante jornadas y/o actividades con las comunidades permitieron intervenir puntos críticos y promover el fortalecimiento comunitario

Fuente: Tableros de cobertura poblacional, subred integrada de servicios de salud sur occidente, entorno comunitario, año 2024

GESTIÓN DE PROGRAMAS Y ACCIONES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA (GPAISP)

La Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública (GPAISP), se define como un proceso transversal orientado a los planes, programas, estrategias e intervenciones en salud pública.

• Programa Ampliado De Inmunizaciones – PAI

En la subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente, en 2024, desde la estrategia PAI, se realizó intervención a las 4 localidades que hacen parte de la subred, Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda, con el fin de realizar fortalecimiento de las estrategias en acompañamiento de Secretaria de Distrital de Salud, Secretaria de Educación, Alcaldías locales, ICBF y Diles, realizando articulaciones con diferentes actores y sectores de la Subred de igual forma con los diferentes entornos y componentes, gestión del riesgo y PIC, donde se dan a conocer avances del programa, al igual se realiza comité PAI local a IPS Públicas y Privadas, se ejecuta participación activa del Comité Distrital.

Se continúa con articulación continua con VSP y PAI con bloqueos en los casos reportados por vigilancia, según programación y metas establecidas.

Terceras Dosis de Pentavalente 2024. Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

3 Pentavalente	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago.	Sep.	Oct	Nov	Dic	Total
Meta año 2024	1.447	1.447	1.447	1.447	1.447	1.447	1.447	1.447	1.447	1.447	1.447	1.447	17.361
% aporte/mes	8,33	8,33	8,33	8,33	8,33	8,33	8,33	8,33	8,33	8,33	8,33	8,33	100
cobertura mes	1.589	1.372	1.450	1.557	1.304	1.281	1.354	1.348	1.333	1.357	1.306	1.186	16.437
% aporte real	9,2	7,9	8,4	9	7,5	7,4	7,8	7,8	7,7	7,8	7,5	6,8	94,8

Fuente: Tablero de Control PAI Subred. Año 2024, datos que han tenido cambios por modificación de metas y preliminar de dosis ya que se encuentran pendientes por aprobación desde nivel central.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente cuenta con un total de terceras dosis de pentavalente aplicadas durante el 2024 de 16.437 dosis generando una cobertura del 94,8% para toda la subred.

Triple Viral del año. Periodo 2024. Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

Triple viral de 1 año	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago.	Sep.	Oct	Nov	Dic	Total
Meta año 2024	1.725	1.725	1.725	1.725	1.725	1.725	1.725	1.725	1.725	1.725	1.725	1.725	20.702
% aporte/mes	8,3	8,3	8,3	8,3	8,3	8,3	8,3	8,3	8,3	8,3	8,3	8,3	100
cobertura mes	1.744	1.501	1.273	1.649	1.448	1.252	1.475	1.530	1.614	1.534	1.361	1.176	17.557
% aporte real	8,4	7,3	6,1	8,0	7,0	6,0	7,1	7,4	7,8	7,4	6,6	5,7	84,8

Fuente: Tablero de Control PAI Subred. Año 2024 datos que han tenido cambios por modificación de metas y preliminar de dosis ya que se encuentran pendientes por aprobación desde nivel central.

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Tablero de Control PAI, con coberturas por debajo del 95%, para población de 1 año, teniendo en cuenta que el aporte a nivel de subred con cohorte de enero a diciembre 2024 es del 84,8% con 17557 dosis aplicadas, teniendo un déficit de 3.145 dosis pendientes por administrar, con relación al año 2023 mejoro el comportamiento ya que para el año 2023 se logró una cobertura del 80,1%.

Teniendo en cuenta el no cumplimiento de la cobertura y con el objetivo de aumentar coberturas en población susceptible de un año, se realizan jornadas de vacunación en articulación con los referentes de infancia, seguimiento a cohorte, articulaciones con los diferentes entornos y líderes locales para desarrollar jornadas de vacunación en instituciones educativas, jardines y otras instituciones, al igual haciendo reactivación de actividades dentro de los planteles educativos, asegurando que la población cuente con paz y salvo.

Triple Viral de 18 meses. Periodo 2024 según localidad. Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

Triple viral de 18 meses	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago.	Sep.	Oct	Nov	Dic	Total
Meta año 2024	1.725	1.725	1.725	1.725	1.725	1.725	1.725	1.725	1.725	1.725	1.725	1.725	20.702
% aporte/mes	8,3	8,3	8,3	8,3	8,3	8,3	8,3	8,3	8,3	8,3	8,3	8,3	100
cobertura mes	1.553	1.554	1.360	1.499	1.383	1.185	1.350	1.351	1.442	1.392	1.326	1.075	16.470
% aporte real	7,5	7,5	6,6	7,2	6,7	5,7	6,5	6,5	7,0	6,7	6,4	5,1	79,4

Fuente: Tablero de Control PAI Subred. Año 2024. datos que han tenido cambios por modificación de metas y preliminar de dosis ya que se encuentran pendientes por aprobación desde nivel central.

Indicador generado por cambios en el esquema de vacunación a partir de enero 2023 donde se da inicio de aplicación de refuerzo de TV a partir de los 18 meses. Con corte de enero a diciembre 2024 se aplicaron 16470 dosis con una cobertura de 79.4%, generando un aumento en la cobertura del 2.9% con relación al año 2023.

DPT de Cinco años. Periodo 2024. Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

Triple viral de 5 años	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago.	Sep.	Oct	Nov	Dic	Total
Meta año 2024	2.225	2.225	2.225	2.225	2.225	2.225	2.225	2.225	2.225	2.225	2.225	2.225	26.704
% aporte/mes	8,3	8,3	8,3	8,3	8,3	8,3	8,3	8,3	8,3	8,3	8,3	8,3	100
Cobertura mes	2.423	1.673	1.509	1.897	1.503	1.441	1.765	1.674	1.614	1.901	1.672	1.286	20.358
% aporte real	9,1	6,3	5,7	7,1	5,6	5,4	6,6	6,3	6,0	7,1	6,3	4,8	76,3

Fuente: Tablero de Control PAI Subred. Año 2024 datos que han tenido cambios por modificación de metas y preliminar de dosis ya que se encuentran pendientes por aprobación desde nivel central.

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, para el periodo comprendido entre enero a diciembre 2024 se administraron un total de 20.358 dosis con generación de una cobertura por debajo de lo esperado con un 76,3%, para población susceptible de 5 años. Donde la subred da continuidad a las estrategias como seguimientos de vacunación domiciliaria, seguimiento cohorte y uno a uno para identificar si hay deserción y los motivos de no vacunación, para suplir esta población objeto con búsqueda activa en articulación de consulta externa y demás servicios ofertados por las diferentes IPS tanto públicas como privadas.

- **Control de la tuberculosis y eliminación de la lepra**

- Porcentaje de personas con diagnóstico de tuberculosis con tratamiento exitoso por trimestre.

En el año 2024; se identificaron 370 en seguimiento para el tratamiento; a la fecha no es posible sacar el porcentaje de éxito en el tratamiento; puesto que la gran mayoría de los casos, se encuentran aún en tratamiento.

La actividad de seguimientos domiciliarios que aportan al indicador; para el 2024 se ubica en 767 seguimientos; estos dependen de la residencia y disposición de los usuarios para realizar los respectivos seguimientos.

- Porcentaje de casos de tuberculosis y Hansen que inician tratamiento de acuerdo a la normatividad vigente.

Para el 2024. Se diagnosticaron 295 casos; a los que se iniciaron el tratamiento oportunamente y se hizo de igual manera el respectivo seguimiento.

De igual forma el programa realizó el seguimiento de los casos que fueron enviados por las demás subredes y entes territoriales en el año 2024 se recibieron 370 casos; a los que se les garantizó el seguimiento respectivo en cada caso.

Se desarrollaron 177 acompañamientos técnicos en el año 2024 a las unidades públicas y privadas, donde se socializaron temas de la resolución 227 del 20 de febrero del 2020 y en el fortalecimiento del diagnóstico de casos nuevos de tuberculosis en las unidades de complejidad baja.

Gestión y Análisis de Políticas para el bienestar en los territorios

El proceso transversal de gestión y análisis de políticas para la salud y la vida se encuentra inmerso en el Modelo de Atención en Salud de Bogotá MAS Bienestar busca incidir en las decisiones gubernamentales y sociales de las localidades del Distrito, a través del fortalecimiento de la gestión y el análisis de las políticas públicas. En este sentido, el proceso transversal es estratégico, dinámico y favorece la interacción y coordinación entre diferentes sectores y actores en las instancias y espacios de política local, contribuyendo en la generación de respuestas coordinadas a nivel sectorial e intersectorial teniendo en cuenta los diferentes momentos en los que se encuentran las políticas públicas. Desde la delegación de la Política Pública de Mujeres y Equidad de Géneros para el subproceso, se hace seguimiento, fortalecimiento y apoyo en la gestión intersectorial al indicador PAA- 06-10 relacionado con atención diferencial a mujeres.

Indicador (1 PAA 06 10 mujeres)

Manzana / Categoría	Bosa CDC Porvenir	Bosa Campo Verde	Kennedy CDC Bellavista	Kennedy CDC Timiza	Puente Aranda CDC Trinidad Galán	Fontibón CDC La Giralda
Cobertura enero a diciembre 2024.	2.292 atenciones	2.175 atenciones	2.804 atenciones	842 atenciones	1.226 atenciones	3.134 atenciones

Fuente: manzanas del cuidado SSO 2024

En el marco del ejercicio de fortalecimiento a la respuesta integral a mujeres durante el año 2024 (enero a diciembre), se destaca el proceso de articulación y apoyo a las manzanas del cuidado de las localidades de Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda, cuyo objetivo está orientado a articular servicios para atender las demandas de cuidado de forma

corresponsable entre el Distrito, la nación, las comunidades y los hogares para reconocer el trabajo de cuidado, redistribuir y reducir el tiempo que le dedican las mujeres.

Para ello, desde el equipo se apoya la gestión y articulación de esfuerzos sectoriales para la organización espacios de respiro que permitan el abordaje integral, integrado, humanizado de las personas cuidadoras y de quienes requieren cuidado, contemplando acciones de información, educación y comunicación bajo las siguientes dimensiones en salud:

- Sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos
- Seguridad alimentaria y nutricional
- Salud mental y convivencia social
- Vida saludable y condiciones transmisibles
- Vida saludable y condiciones no transmisibles
- Salud laboral

A continuación, se relacionan información de interés de las cinco manzanas de cuidado que tiene la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente a través de los hitos de su conformación y seguimiento:

Manzana / Categoría	Bosa CDC Porvenir	Bosa Campo Verde	Kennedy CDC Bellavista	Kennedy CDC Timiza	Puente Aranda	Fontibón
Inauguración	Noviembre 2020	Julio 2021	Octubre 2022	Abril 2024	Marzo 2023	Febrero 2023
Mesas sistema distrital del cuidado SIDICU Local Año 2024	5 mesas de articulación y dinamización desde la referencia de la PP Mujer y Equidad de Géneros (se realizan las mesas de las dos manzanas de manera inter local)	5 mesas de articulación y dinamización desde la referencia de la PP Mujer y Equidad de Géneros (se realizan las mesas de las dos manzanas de manera inter local).	5 mesas de articulación y dinamización desde la referencia de la PP Mujer y Equidad de Géneros. (se realizan las mesas de las dos manzanas de manera inter local).		5 mesas de articulación y dinamización desde la referencia de la PP Mujer y Equidad de Géneros	5 mesas de articulación y dinamización desde la referencia de la PP Mujer y Equidad de Géneros
Mesas sistema distrital del cuidado SIDICU Local Año 2023	10 mesas de articulación y dinamización desde la referencia de la PP Mujer y Equidad de Géneros	10 mesas de articulación y dinamización desde la referencia de la PP Mujer y Equidad de Géneros	10 mesas de articulación y dinamización desde la referencia de la PP Mujer y Equidad de Géneros		8 mesas de articulación y dinamización desde la referencia de la PP Mujer y Equidad de Géneros	9 mesas de articulación y dinamización desde la referencia de la PP Mujer y Equidad de Géneros
Equipos Acciones del riesgo colectivo	*Cúdate se feliz. *Centro de Escucha Mujer ESaIud *Rehabilitación Basada en Comunidad. *Vacunación	*Cúdate se feliz. *Centro de Escucha Mujer ESaIud *Rehabilitación Basada en Comunidad. *Vacunación	*Cúdate se feliz. *Centro de Escucha Mujer ESaIud *Vacunación *Rehabilitación Basada en Comunidad.		*Cúdate se feliz. *Centro de Escucha Mujer ESaIud *Rehabilitación Basada en Comunidad. *Vacunación	*Cúdate se feliz. *Centro de Escucha Mujer ESaIud *Rehabilitación Basada en Comunidad. * Vacunación
Equipo acciones Gestión del riesgo individual	Se remite al CAPS del Porvenir	Se remite al CAPS de Villa Javier	Se remite a la unidad de salud la mexicana	Se remite al Hospital de Kennedy	Se remite al CAPS de Trinidad Galán	Se remite a la unidad de salud Internacional

Fuente: Tablero manzanas del cuidado SSO 2024.

VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

“ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN.”

La Vigilancia en salud pública es una función esencial de la salud Pública asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud individual y colectiva consistente en el proceso sistemático y constante de recolección, organización, análisis, interpretación, actualización y divulgación de datos específicos relacionados con la salud y sus determinantes para el análisis de la situación en salud, buscando tener un efecto sobre la administración pública, la ciudadanía en general y los grupos de expertos e investigadores que trabajan en pro de la calidad de vida en la ciudad, para apoyar la toma de decisiones en la prevención y control de enfermedades, factores de riesgo y determinantes sociales.

- Gestión de la información**

Según el anexo técnico y operativo de del componente de Vigilancia en Salud Publica de Secretaria Distrital de Salud, el proceso de gestión de la información, según el Decreto 780 de 2016 Consiste en la “...organización del proceso para la recopilación, análisis, interpretación, actualización, divulgación y evaluación sistemática y oportuna de la información sobre eventos en salud, para la orientación de las acciones de prevención y control en salud pública”, que permita el análisis de la situación de salud de la población.

- Asistencia técnica a UPGD que conforman la red de operadores de la Vigilancia en Salud Pública**

De esta manera, con el propósito de fortalecer los procesos de gestión de la información con las UPGDs públicas y privadas, durante 2024, se implementaron asistencias técnicas integrales, dichas asistencias tienen el fin de afianzar y fomentar el adecuado proceso de notificación de eventos de interés en salud pública con criterios de calidad, veracidad, y oportunidad, a continuación, se relaciona el porcentaje de cumplimiento de dichas asistencias técnicas:

Línea	Meta dada por SDS	Ejecutado	% de cumplimiento
Asistencia técnica a UPGD conforman la red de operadores de la Vigilancia en Salud Pública, con abordaje de hasta 4 subsistemas	279	257	92%
Asistencia técnica a UPGD que conforman la red de operadores de la Vigilancia en Salud Pública, con abordaje de más de 4 subsistemas.	140	122	87%
Asistencia técnica las Unidades Informadoras-UI, que conforman la red de operadores de la Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA)	917	751	82%
UPGD y UI incrementadas en los diferentes subsistemas de la Vigilancia en Salud Pública	166	145	87%

Fuente: Informe de gestión año- 2024, equipo VSP.

Se evidencia que en ninguna localidad se logró el 100% de cumplimiento de las asistencias técnicas programadas, esta situación se debe a que algunas UPGDs tuvieron cierres temporales o cierres definitivos durante el periodo analizado, dichos cierres fueron informados a nivel central, de esta manera a nivel del Subred se dio cumplimiento a lo programado con un 89%%.

De esta manera el equipo de profesionales especializados implementó herramientas de evaluación que permitieron definir el cumplimiento de los criterios definidos para el proceso de notificación de eventos de interés en salud pública por parte de la UPGDs, generando planes de mejora a las instituciones que tengan un porcentaje de cumplimiento por debajo del 75%.

En este componente se establecen los mecanismos de seguimiento y evaluación de las respuestas y cambios provocados en las situaciones y condiciones bajo vigilancia.

Atención de eventos de interés en salud publica

De acuerdo con los procesos de notificación de eventos de interés en salud pública, se generan las siguientes respuestas:

Frente a este indicador, desde el componente de Vigilancia en Salud Publica, en el año 2024 se atendió el 100% de eventos de interés en salud publica notificados que cumplieron con criterios y que tenían prioridad para atención de acuerdo con los lineamientos técnicos definidos por nivel central, teniendo en cuenta que deben ser abordados en su totalidad con el fin de mitigar y contener dichos eventos.

Acción o proceso	Unidad de medida	Año 2023					Año 2024				
		B	K	F	Pa	Total	B	K	F	Pa	Total
IEC Covid 19	22	52	13	11	98	2.292	2.478	1.056	496	5.992	
Convivencia social y salud mental	SIVIM: IEC	2.164	2.53	1.12	406	6.211	2.041	2.430	1.164	609	5.858
	SISVECOS: IEC	2.159	2.23	1.2	618	6.205	387	535	254	125	1.247
	SIVELCE: IEC	313	427	223	95	1.058	522	457	271	81	1.331
SAN	SISVAN: IEC	415	575	187	66	1.243	140	180	44	23	387
SSR y salud materno infantil	SSR: IEC	172	243	54	26	495	335	335	109	109	888
Condiciones no transmisibles	SIVISTRA: IEC	283	285	172	144	884	164	164	59	38	425
	SISVESO: IEC	123	128	47	14	312	170	216	67	28	481
	Crónicas - IEC	143	171	57	36	407	171	195	40	36	442
	Discapacidad: IEC	179	192	34	33	438	873	1.019	541	410	2.843
Urgencias y emergencias	Urgencias y Emergencias	880	962	508	418	2.768	5	7	7	5	24
Total		7.268	8.33	3.77	2	21.358	7.483	8.574	3.749	2.099	21.135

Fuente: Matriz de coberturas PIC, año 2023- 2024 (los datos del año 2024 son preliminares sujetos a cambios)

De acuerdo con la tabla anterior, se evidencia que el componente que más investigaciones epidemiológicas de campo desarrollo en el año fue el componente de salud mental (SIVIM), teniendo un 28,4% (n=5992) del total de las IEC realizadas en el año 2024; este comportamiento se debe a la atención de casos notificados por la vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual.

El componente de salud mental fue quien más realizo IEC en el año 2024 y lo que se lleva del 2024, generando seguimiento a casos de conducta suicida, violencias y demás eventos definidos para la atención de eventos relacionados con convivencia social y salud mental.

Según localidades adscritas a la Subred Sur Occidente, la localidad en donde más atenciones se realizaron fue la localidad de Kennedy con un 40,6%% (n=8.574), dicho comportamiento se debe a que es la localidad con mayor número de habitantes y por ende, genera mayor notificación de eventos de interés en salud.

VIGILANCIA EN SALUD AMBIENTAL

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

La Salud Ambiental, es el campo de acción de la salud pública, enmarcada en la interacción del ambiente y la salud, y en los efectos que las condiciones del ambiente tienen sobre la calidad de vida y la salud, individual y colectiva.

El componente de Vigilancia en salud Ambiental, acompaña a los establecimientos abiertos al público en el marco de la reapertura económica enfatizando en la importancia del concepto sanitario, como actividad misional desde la Subred.

El Componente cuenta con las líneas de intervención:

- Alimentos Sanos y Seguros: Establecimientos donde se almacenan, comercializan o expenden alimentos y bebidas alcohólicas y no alcohólicas
- Calidad del Agua y Saneamiento Básico: instituciones carcelarias, centros comerciales, hogares gerontológicos, bodegas de reciclaje, almacenes y parqueaderos, alto impacto
- Seguridad Química: Establecimientos en donde se manipulan sustancias químicas: industria textil, metalmecánica, de plástico, manufactureras, automotriz y de servicios, establecimientos de tatuajes, peluquerías.
- Medicamentos Seguros: Establecimientos que expenden productos farmacéuticos como medicamentos, cosméticos y dispositivos médicos entre otros.
- Eventos Transmisibles de Origen Zoonótico: Vigilancia de establecimientos médico veterinarios como clínicas, consultorios, petshop's.

Acciones Vigilancia Ambiental año 2024

Mes	Actas IVC	Cantidad de establecimientos visitados	Vehículos	Reportes MEC E	Ley 1335	Aplicación medida sanitaria a establecimiento	Levantamiento medida sanitaria a establecimiento	Levantamiento medida sanitaria a producto	Medida de destrucción o desnaturalización	Medida de seguridad de Congelación	Medida de seguridad de Decomiso	Total Medidas
Enero	1.340	1.324	10	3	306	21	27	0	18	0	0	66
	1.142	1.114	258	8	291	12	13	0	11	0	0	36
	1.973	1.946	28	9	444	32	39	0	25	0	3	99
	1.052	1.039	29	7	297	9	12	0	5	0	0	26
	5.507	5.423	325	27	1.338	74	91	0	59	0	3	227
Febrero	1.301	1.292	0	3	237	20	32	0	23	1	4	80
	1.087	1.064	240	8	301	15	26	0	8	0	1	50
	1.827	1.803	9	7	338	35	66	0	28	0	2	131
	1.055	1.045	53	7	226	12	16	0	3	0	0	31
	5.270	5.204	302	25	1.102	82	140	0	62	1	7	292
Marzo	1.227	1.210	13	2	212	24	39	0	11	0	2	76
	1.130	1.107	259	6	238	15	18	0	12	0	1	46
	1.931	1.901	9	9	280	54	61	0	35	0	3	153
	1.012	986	35	9	188	11	17	0	2	0	0	30
	5.300	5.204	316	26	918	104	135	0	60	0	6	305
Abril	1.273	1.252	0	2	189	34	50	0	7	0	3	94
	1.215	1.193	267	8	283	14	35	0	6	0	3	58
	1.924	1.882	25	11	306	35	76	0	32	0	1	144
	990	974	39	9	208	14	18	0	1	1	0	34
	5.402	5.301	331	30	986	97	179	0	46	1	7	330
Mayo	1.282	1.271	9	3	199	24	50	0	10	0	1	85
	1.213	1.187	262	5	231	13	19	0	4	0	1	37
	2.145	2.110	10	8	302	61	77	1	31	1	3	174
	1.041	1.023	56	10	149	16	18	0	5	0	2	41
	5.681	5.591	337	26	881	114	164	1	50	1	7	337
Junio	1.067	1.045	0	2	192	26	44	0	11	0	0	81
	1.099	1.081	241	5	206	13	25	0	2	0	0	40
	2.045	2.009	67	13	225	31	83	0	18	0	1	133
	984	970	0	8	213	13	21	1	3	0	2	40
	5.195	5.105	308	28	836	83	173	1	34	0	3	294
Julio	1.226	1.205	1	2	163	20	44	0	106	0	50	220
	1.184	1.152	299	10	234	18	24	0	36	0	37	115
	1.988	1.952	13	10	352	78	103	0	102	0	30	313
	1.016	990	24	8	209	16	22	0	117	0	90	245

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Respecto a la ruta de riesgo en la que se reciben mayor número de activaciones corresponde a la ruta población con riesgo o presencia de trastornos psicosociales y del comportamiento con 17.963 activaciones de ruta y una efectividad de 79.4%, seguido de la ruta de población con riesgo o presencia de trastornos visuales y auditivo con 17.980 activaciones de ruta de casos registrados con una efectividad de 80.1%

Ruta de riesgo	Acceso Efectivo	Pendiente Gestión	Persona, familia o comunidad sin acceso	Rechazado	Sin respuesta	Total, general	% efectividad
10 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas.	287	1	68	10	66	432	66,4%
12 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedad y accidentes laborales.	16		2		3	21	76,2%
13 RIAS para población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas.	2.955	2	409	48	364	3.778	78,2%
14 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente.	13				1	14	92,9%
15 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades huérfanas.	16					16	100,0%
16 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos visuales y auditivos.	14.404	5	2.581	313	677	17.980	80,1%
17 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos degenerativos, neuropatías y autoinmunes.	99		6	1	6	112	88,4%
2 RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones cardio — cerebro — vascular — metabólicas manifiestas	9.055	4	864	138	959	11.020	82,2%
3 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades respiratorias crónicas.	397		34	5	35	471	84,3%
4 RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales.	461	1	44	17	74	597	77,2%
5 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones.	672		184	26	101	983	68,4%
6 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos psicosociales y del comportamiento.	14.268	11	2.354	370	960	17.963	79,4%
7 RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones en la salud bucal.	1.619	1	241	53	85	1.999	81,0%
8 RIAS para población con riesgo o presencia de cáncer.	91		13	4	5	113	80,5%
9 RIAS para población materno — perinatal.	2.475	1	135	48	198	2.857	86,6%
Total general	46.828	26	6.935	1.033	3.534	58.356	80,2%

Fuente: SDS – SSSP – SIRC (Sistema integral de referencia y contrarreferencia) _ Módulo Activación de Rutas - 01/01/2024 al 31/12/2024 corte 09/01/2025

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

Para la RIAS de promoción y mantenimiento de salud se reciben 49.475 activaciones a RIA de promoción y mantenimiento que corresponde al 45.8% del total de activaciones de ruta en modalidad EAPB. En cuanto a la efectividad está en el 79.2% a corte del 09/01/2025. Es importante aclarar que para la respuesta a este tipo de rutas se cuenta con tiempo de 15 días por lo cual las canalizaciones generadas a finales del mes de diciembre aún están en los tiempos de gestión por las diferentes EAPBs.

Ruta	Acceso Efectivo	Pendiente Gestión	Persona, familia o comunidad sin acceso	Rechazado	Sin respuesta	Total, general	% efectividad
1 Ruta de promoción y Mantenimiento de la salud	39.169	30	6.848	1.134	2.294	49.475	79,2%

Fuente: SDS – SSSP – SIRC (Sistema integral de referencia y contrarreferencia) _ Módulo Activación de Rutas - 01/01/2024 al 31/12/2024 corte 09/01/2025

Adicionalmente desde el proceso de canalizaciones se realiza seguimiento a la activación de rutas dirigida a la oferta distrital con el fin de realizar la gestión integral del riesgo en salud desde el 01/01/2024 al 31/12/2024 se identifica un aumento en la activación de esta modalidad con el siguiente comportamiento

Entidad Intersectorial	Acceso Efectivo	Gestión por Gobernanza	Persona, familia o comunidad sin acceso	Rechazado	Sin respuesta	Total, general	% efectividad
AL001 Alcaldía Local	53	3	3	3		62	85,5%
CI001 Alta consejería para los derechos de las víctimas, la paz y reconciliación.	3					3	100,0%
CIO00 Casa de igualdad de oportunidades	220	8	8	2	1	239	92,1%
IC001 ICBF - Regional Bogotá	137	6	28	13	5	189	72,5%
ID001 IDIPRON	12		1		1	14	85,7%
IDR00 IDRD	2					2	100,0%
MIC00 Migración Colombia	12		5	1		18	66,7%
SD002 Secretaría Distrital de Desarrollo Económico	6					6	100,0%
SD005 Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte	142	3	34		4	183	77,6%
SD006 Secretaría de Educación Distrital	82	2	11	2	1	98	83,7%
SD006 Secretaría Distrital de Gobierno	1					1	100,0%
SD007 Secretaria Distrital de Integración Social	1051	35	113	99	2	1300	80,8%

SD007 Secretaría Distrital de la Mujer	52	1	3	1		57	91,2%
Total general	1773	58	206	121	14	2172	81,6%

Fuente: SDS – SSSP – SIRC (Sistema integral de referencia y contrarreferencia) _ Módulo Activación de Rutas - 01/01/2024 al 31/12/2024 corte 09/01/2025

Se puede evidenciar que se direccionaron 2.172 casos los cuales corresponde al 1.9% de las activaciones de rutas, el 2.7% de los casos se encuentran en gestión desde la transversalidad de gestión de políticas y activación sin gestión son 14 que corresponden al 0.6% del total de las activaciones de ruta intersectorial en el periodo, rechazados corresponde al 5.6%; en cuanto a la efectividad esta es de 81.6% debido a que depende de las respuestas dadas por las entidades intersectoriales.

En relación con las canalizaciones direccionadas para la gestión de los entornos y componentes del PSPIC para el periodo reportado se recibieron 3.831 activaciones de ruta para la gestión entre entornos que equivale al 3.4% del total de las activaciones de ruta y efectividad en esta modalidad se encuentra en el 68.9%. En cuanto a los casos pendientes de respuesta que corresponden al 9.6%; en cuanto a los casos rechazados corresponden al 15.2% los cuales en mayor medida son los direccionados a entorno hogar los cuales no cumplen con el criterio de abordaje

Entorno	Acceso Efectivo	Persona, familia o comunidad sin acceso	Rechazado	Sin respuesta	Total general	% Efectividad
1 Entorno Laboral	11	14	26		51	21,6%
2 Entorno Educativo	446	135	11	17	609	73,2%
3 Entorno Hogar	1.987	1	459	339	2.786	71,3%
4 Entorno Comunitario	155	55	68	1	279	55,6%
5 Transversalidad Vigilancia en Salud Pública	1	34	16	8	59	1,7%
6 Transversalidad GPAISP	35	7	1	1	44	79,5%
7 Transversalidad Gobernanza	3				3	100,0%
Total general	2.638	246	581	366	3.831	68,9%

Fuente: SDS – SSSP – SIRC (Sistema integral de referencia y contrarreferencia) _ Módulo Activación de Rutas - 01/01/2024 al 31/12/2024 corte 09/01/2025

12.2 RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD

RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD EN PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO

La Ruta de Promoción y mantenimiento de la salud tiene como finalidad fortalecer las intervenciones individuales, colectivas, poblacionales y acciones de gestión de la salud pública, requeridas para la promoción de la salud y la gestión oportuna e integral de los principales riesgos en salud de los individuos, las familias y las comunidades.

Indicador trazador	I trimestre	II trimestre	III trimestre	IV trimestre
Tamizaje agudeza visual por momento de vida	4%	3%	4%	3%
Protección específica-asesoría en anticoncepción por momento de vida	8%	9%	4%	3%
Cáncer cuello uterino-toma de citología cérvico uterina	5%	5%	6%	4%

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

INFORME DE GESTIÓN VIG 2024

Versión:	2
Fecha de aprobación:	12/08/2024
Código:	01-01-FO-0006

Indicador trazador	I trimestre	II trimestre	III trimestre	IV trimestre
Toma de colposcopias y biopsia	84%	97%	90%	60%
Cáncer de mama-toma de mamografía	4%	4%	4%	3%
Cáncer de próstata-toma de PSA	6%	6%	7%	7%
Cáncer de colon-toma de sangre oculta en heces	3%	3%	2%	2%
Detección temprana de VIH	1%	1%	1%	1%
Detección temprana de sífilis	4%	4%	5%	4%
Asistencia a sesiones educativas por curso de vida	4%	3%	3%	2%

Fuente: SISSSO – DGRS. RPMS. Bases de datos de asignación de capital salud productividad enero a diciembre 2024 y de tablero de indicadores de la RPMS Subred Sur Occidente.

Tamizaje Agudeza Visual: El comportamiento que mostro este indicador durante el transcurso del año 2024 es un promedio de 3,5 puntos porcentuales, mostrando un descenso de 6 puntos porcentuales en comparación con el año 2023, donde el curso de vida que mayor porcentaje obtuvo en esta valoración fue Adultez y en menor proporción fue Primera Infancia, al terminar el año el IV trimestre queda en un 3 %, sin cumplir con meta porcentual de 6%.

Protección Específica – Asesoría en Anticoncepción por Momento de Vida: Para la asesoría en anticoncepción se observa que durante los 4 trimestres del año 2024 se mantiene en promedio 6 puntos porcentuales por trimestre, dos puntos porcentuales por encima del promedio del año 2023, donde el curso de vida que aportó el mayor porcentaje juventud, este indicador queda con un consolidado para el IV trimestre de 3%, sin cumplir con la línea base de meta porcentual para el año 2024 del 80 %.

Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino Durante lo transcurrido del año 2024 se observó un comportamiento similar en los cuatro trimestres con un promedio de 4 puntos porcentuales, donde el curso de vida que concentro el mayor porcentaje fue Adultez y el que menos porcentaje concentro fue vejez, este indicador queda con un consolidado de 4%. sin cumplir con la línea base de meta porcentual para el año 2024 del 80 %.

Detección Temprana:

Toma de Colposcopias y Biopsias Para el indicador de toma de colposcopia y biopsia durante los cuatro trimestres del año, el curso de vida que concentro el mayor porcentaje fue vejez, este indicador queda con un porcentaje acumulado de 82,75%; cumpliendo con la meta porcentual de 80%.

Cáncer de Mama – Toma de Mamografía Para el indicador de toma de mamografía es importante realizar la aclaración de que durante el primer semestre el mamógrafo estuvo en mantenimiento, se tiene un porcentaje de cobertura de 3% en el IV trimestre, el indicador queda con un consolidado de 3,75%, 8 puntos porcentuales por debajo del año anterior, sin cumplir con la meta que paso del 20% para el año 2023 al 70% para el año 2024. Por lo que es importante revisar el denominador del indicador.

Cáncer de Próstata – Toma de PSA Para la detección temprana del cáncer de próstata mediante la toma de PSA durante el año 2024, se evidencia que el curso de vida que concentro los mayores porcentajes durante los 4 trimestres del año fue vejez por ser la población objeto que son hombres de 50 a 75 años con resultado positivo en la prueba de PSA - antígeno prostático específico, que cumplen el estándar de 30 días para la toma de la

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

biopsia, el consolidado de este indicador queda en un 7 %, cumpliendo con la meta porcentual de 2%.

Cáncer de Colon – Toma de Sangre Oculta en Heces Para la detección temprana de cáncer de colon por medio de la toma de sangre oculta en heces el curso de vida que concentro los mayores porcentajes para los 4 trimestres del año fue vejez siendo la población objeto personas entre 60 y 75 años a quienes se realiza test Este indicador queda con un consolidado de 2%.

VIH Para la detección temprana VIH se evidencia que el comportamiento se mantuvo en los cuatro trimestres del año y el curso de vida que concentro el mayor porcentaje fue juventud, con un promedio acumulado de 1%.

Sífilis Para la detección temprana de sífilis se observa que se tiene un comportamiento similar todo el año, cerrando con un consolidado de 5%.

Educación - Asistencia Sesiones Educativas Individuales En cuanto a la asistencia a sesiones educativas individuales el comportamiento de los cursos de vida en este indicador vario, ya que para los cuatro trimestres el curso de vida que mayor porcentaje aportó fue primera infancia. Se pasó de una cobertura en el año 2023 de 5% a 3% en el año 2024.

ruta integral de atención en salud materno perinatal

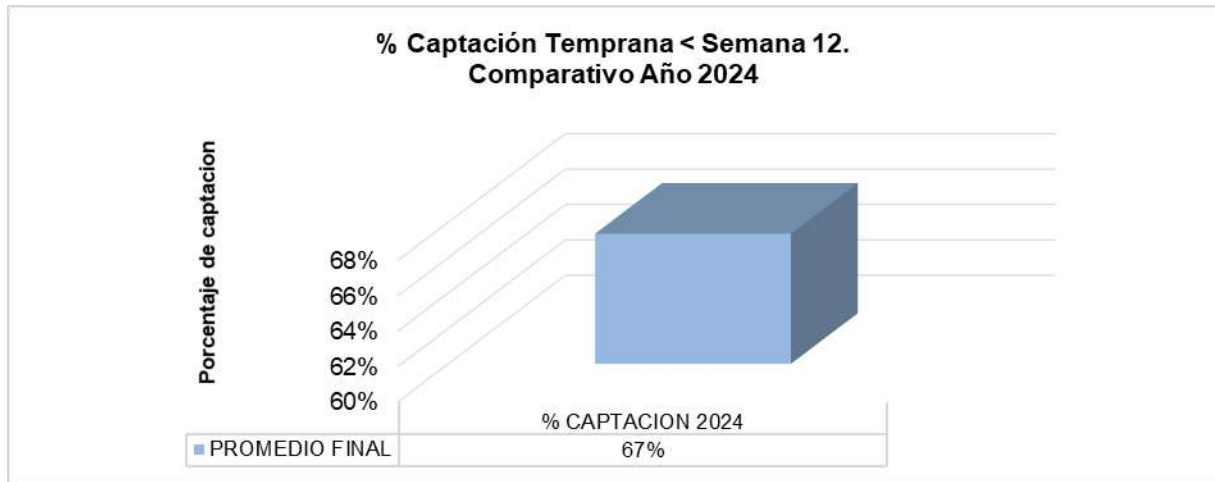
Esta ruta tiene dentro de sus consideraciones el reconocimiento de las mujeres en edad fértil como sujetos de la atención en salud, en el marco de la garantía de los derechos consagrados en los tratados internacionales de los derechos humanos, prestar servicios de salud a la mujer en etapas del ciclo reproductivo sin incurrir en conductas que configuren violencia contra la mujer, organizar la gestión y la prestación de los servicios en una lógica centrada en las gestantes y sus familias, conformar una red de prestación de servicios completa y suficiente que garantice la entrega de las intervenciones de la ruta, desarrollar en el plan integral de cuidado primario como instrumento que concreta las diferentes intervenciones en salud requeridas por las gestantes y sus familias de acuerdo con sus necesidades y los hallazgos relacionados por el equipo multidisciplinario de salud.



El monitoreo de los indicadores trazadores de la ruta se encuentra enfocados en la captación temprana de las gestantes antes de la semana 12 de gestación, la adherencia a control prenatal, seguimiento a gestantes activas, administración de método de regulación de fecundidad post evento obstétrico.

A continuación, se relacionan los resultados de los indicadores trazadores de la RIA para la vigencia 2024.

Página 262 de 483

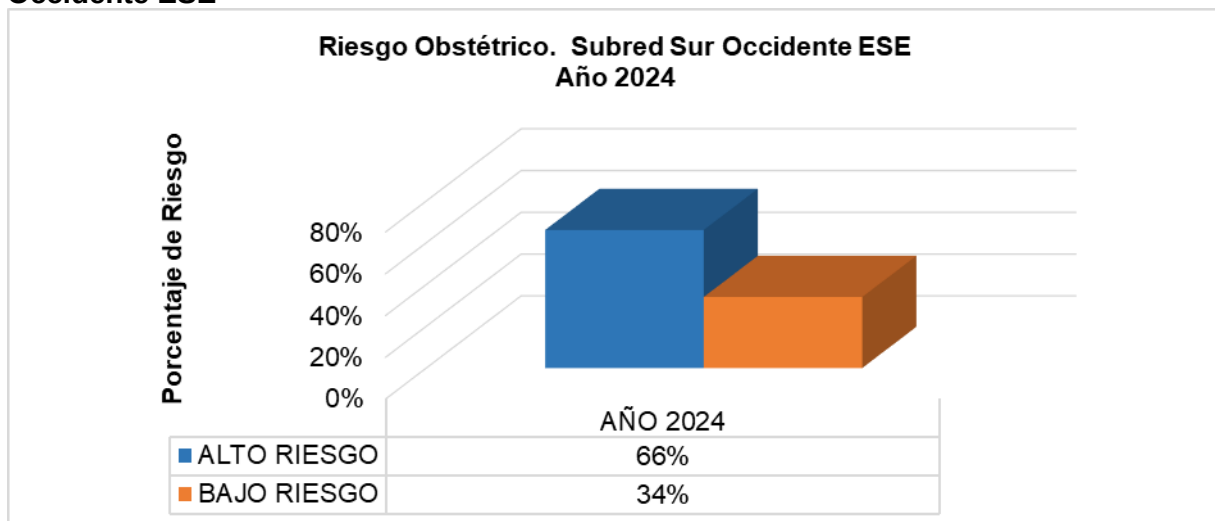


Fuente: SISSSO – DGRS. Ruta Materno Perinatal Base de Datos Gestantes. Año 2024.

Respecto a las gestantes activas por aseguramiento asignadas a la Subred, se evidencia para el año 2024 un total de ingreso de 2.125 gestantes encontrándose disminuido en comparativo para el año 2022 que se presentaron 1.170 gestantes, la mayoría de las gestantes activas pertenece a la EAPB Capital Salud, con un promedio de 90,4% de población adscrita.

Dentro de las estrategias emprendidas para garantizar la continuidad de las actividades de la ruta se encuentra la articulación y notificación a las EAPB (capital salud, sanitas, Famisanar, Asmet Salud y Cajacopi) y correo electrónico y correspondencia física de manera mensual de las gestantes captadas para el seguimiento en conjunto e inclusión en la RIA de la entidad, seguimiento diario al aplicativo de gestantes por parte de la auxiliar de enfermería de los centros de salud, seguimiento mensual a la base de Resolución 202 como estrategia de seguimiento y monitoreo a las actividades de la RIAS Materno Perinatal, con retroalimentación a los grupos de control prenatal a la dirección de ambulatorios y líderes asistenciales y talleres para el fortalecimiento de capacidades y competencias.

Promedio Clasificación de Gestantes Según Riesgo Obstétrico. Año 2024. Subred Sur Occidente ESE



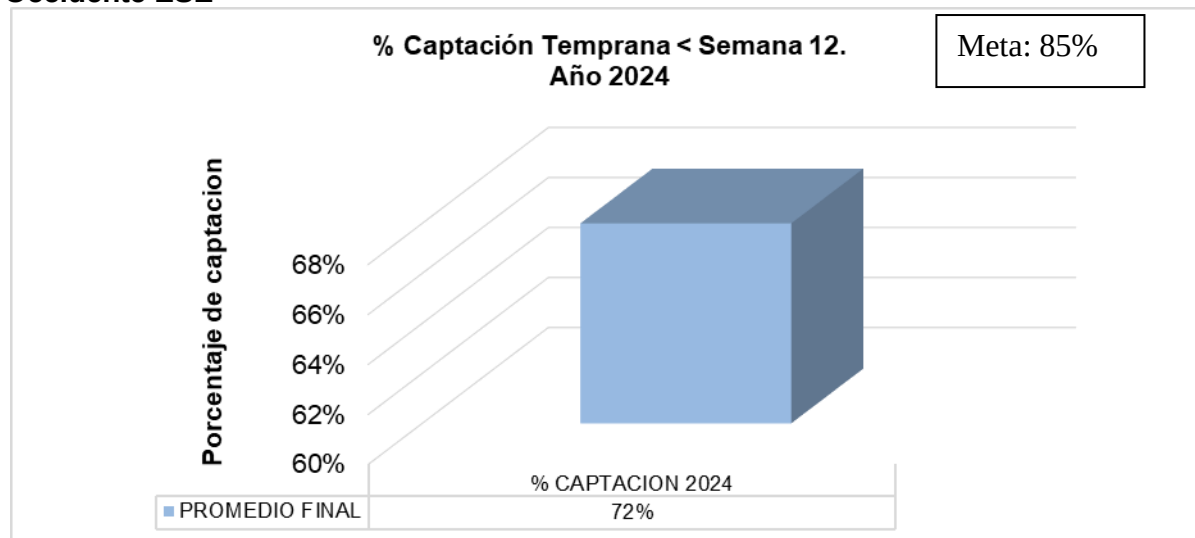
Fuente: SISSSO – DGRS. Ruta Materno Perinatal. Base de Datos Gestantes. Año 2024.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

La mayor parte de gestantes se encuentran en riesgo alto con el 66% (n=1445) y para menor riesgo en gestantes (n=680).

El comportamiento de la captación temprana antes de la semana 12 se encuentra en el 70% teniendo un aumento leve de 2 puntos en comparación de los años 2021, 2022 y 2023 que fue del 68% antes de la semana 12.

Captación Temprana de Gestantes antes de la Semana 12. Año 2024. Subred Sur Occidente ESE



Fuente: SISSSO – DGRS. Ruta Materno Perinatal. Base de Datos Gestantes. Año 2024

Para la vigencia actual se evidencia que dentro de las principales causas del no cumplimiento del indicador se encuentran casos de gestantes con asignación de IPS primaria de atención en la Subred y que residen en municipios aledaños las cuales ingresan posterior a la semana 12, seguido de las barreras de acceso de tipo administrativas, la no percepción del embarazo durante el primer trimestre y las creencias de las familias gestantes (población con enfoque diferencial) respecto a la no importancia del control prenatal, para la vigencia actual, está la afiliación tardía de estas usuarias a la EAPB Capital Salud, ocasionando un ingreso tardío a la ruta, por otro lado está la apertura total de las agendas perdiéndose la estrategia en citas de reserva o agendas manuales en las unidades causando daño en la disponibilidad de agendas así como también la utilización de franjas en la atención de médicos que solo realizaban consulta en PYD y que ahora deben realizar consulta resolutive a su vez.

Se mantienen las estrategias implementadas en el año 2024 para la mejora del indicador, en las cuales se mencionan las principales:

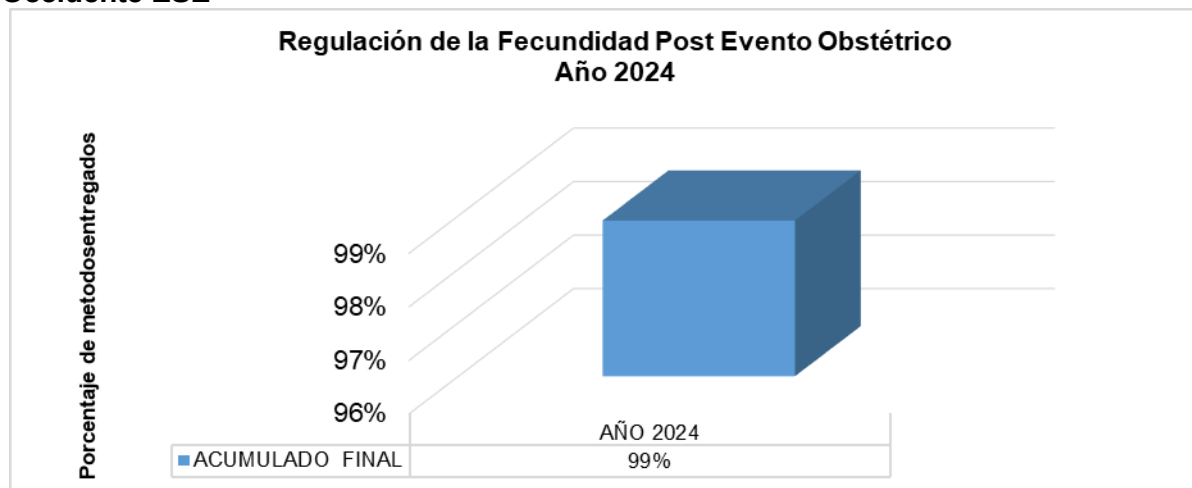
- Estrategia Gravindex: Para el año en curso se continua con el agendamiento de la cita de inscripción a control prenatal a las pruebas de embarazo con reporte positivo y se realiza la búsqueda activa de las usuarias que egresan en estado de gestación sin inscripción al control prenatal, por último, el seguimiento a las órdenes de pruebas de embarazo sin tomar con el fin de impactar en la captación temprana de la gestante antes de la semana 10, el porcentaje de captación de gestantes por la estrategia es del 13%.

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

- Articulación con el equipo del Plan de Intervenciones Colectivas para la canalización de las gestantes sin inicio de control prenatal o con baja adherencia a las actividades de la RIAS Materno Perinatal. En la mesa de salud sexual y reproductiva a partir del mes de junio se realiza seguimiento al monitoreo de este indicador a partir de la base de datos de gestantes entregada por el PIC
- Articulación con las EAPB para la disminución de las barreras de acceso de tipo administrativas de las gestantes.
- Articulación con el equipo de participación social y servicio al ciudadano para el direccionamiento de las gestantes afiliadas a Capital Salud a través de la plataforma transaccional con el fin de direccionar a la gestante al centro de salud más cercano de acuerdo al lugar de residencia.
- Piezas comunicativas para divulgación en redes sociales disponibles en la Subred.
- Sensibilización al personal asistencial respecto a la importancia de la oportunidad en la atención de las gestantes.
- Se conserva la actividad de seguimiento a programas con el fin de que funcione como un centro de enlace para el acceso a la atención en salud, llevándose a cabo los procesos más importantes en la sede administrativa Pablo VI
- Articulación con Equipos Básicos Extramurales – Hogar, con el fin de iniciar control prenatal en casa y búsqueda activa de usuarias no contactables.
- Descarga reporte de urgencias ginecológicas
- Descarga quincenal de ecografías
- Grupos de WhatsApp para alertar mujer gestante en consulta de urgencias u hospitalización sin ingreso al control prenatal

Para el año 2024 los eventos obstétricos presentan un comportamiento del 99% de los post evento obstétricos saliendo con método anticonceptivo en los hospitales de Kennedy, Bosa y Fontibón.

Método de Regulación de Fecundidad Post Evento Obstétrico. Año 2024. Subred Sur Occidente ESE



Fuente: SISSSO – DGRS. Ruta Materno Perinatal. Base de Datos Gestantes. Año 2024

Dentro de las causas identificadas del egreso hospitalario sin método de regulación de fecundidad se encuentran: Usuarias que rechazan el método y usuarias que tienen contraindicación de métodos hormonales debido a morbilidades maternas, para este caso se direccionan las usuarias a control post parto con ginecología con el fin de establecer el

método de regulación bajo criterios de elegibilidad post plan de manejo de la patología, la no autorización de método y disentimiento de la usuaria al método de regulación de fecundidad, la no realización de orden del método junto con la solicitud de fármacos para realización de IVE farmacológica menor a 10 semanas y la falta de oportunidad en salas de cirugía y perfil de anestesiología para las usuarias que quieren Pomeroy.

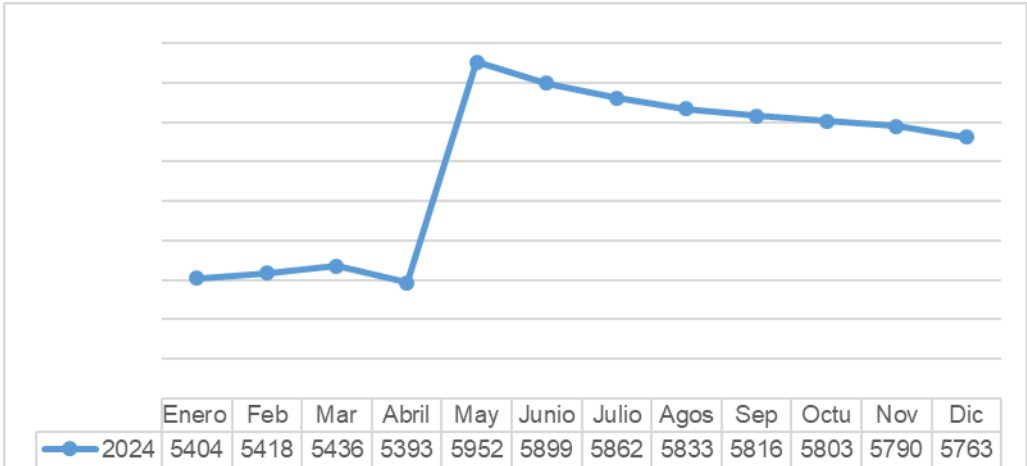
ruta integral de atención en salud de enfermedades respiratorias crónicas

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica está catalogada entre las enfermedades crónicas respiratorias que tiene gran impacto en la morbilidad y mortalidad de la población mayor de 40 años. Factores de riesgo identificados como tabaquismo activo, pasivo y exfumador mayor a 10 años, exposición al humo de leña mayor a 10 años, exposición a gases laborales, polvos y vapores tóxicos, contaminantes ambientales y presencia de antecedentes de Tuberculosis Pulmonar se convierten en un riesgo para la incidencia de la enfermedad que se caracteriza por disnea, producción de esputo y disminución de ruidos respiratorios que de manera progresiva degenerativa puede llegar a ser potencialmente mortal.

Total Usuarios inscritos RIAS Enfermedades Respiratorias Crónicas

A corte del mes de diciembre del 2024 se cuentan con 5763 usuarios inscritos en la ruta con diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; se evidencia un aumento del 6,8 % (n=370) con relación al mes de diciembre del año 2023, lo anterior, se encuentra relacionado con la gestión que se realiza desde la implementación de la ruta para la depuración de la cohorte de la población asignada por parte de la entidad administradora de planes de beneficios.

De manera mensual desde la ruta se genera la construcción de las fuentes de información la cual incluye la población inscrita en la RIAS ERC con diagnostico confirmado de EPOC y el seguimiento a la población identificada con tamizaje positivo y factores de riesgo determinantes para el desarrollo de la enfermedad crónica, de igual manera se realizan seguimientos por parte de las auxiliares de enfermería de los centros de salud.



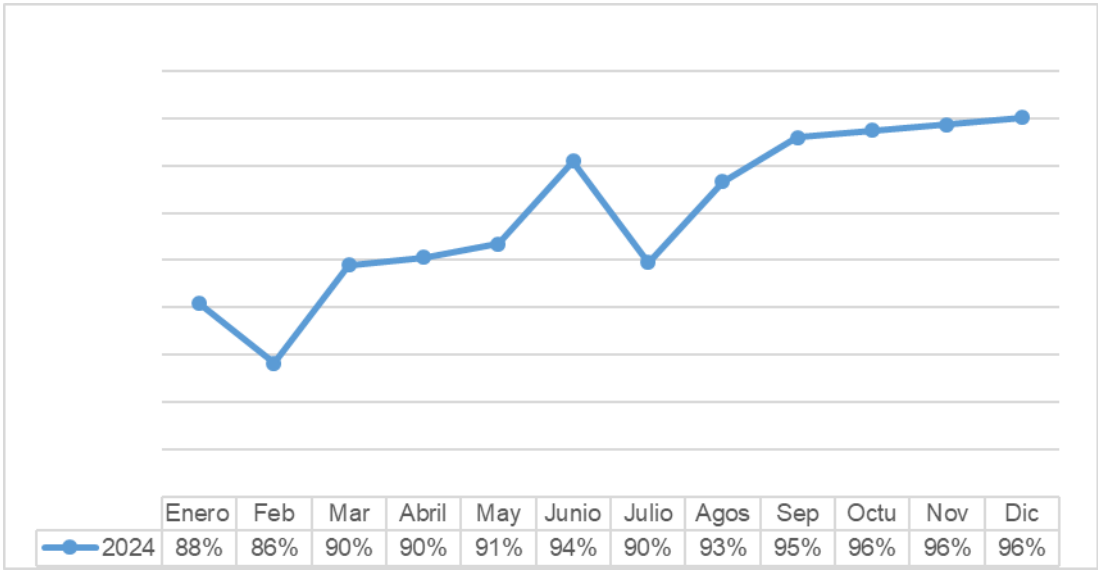
Fuente: SISS SO – DGRS – RIA EPOC. Corte Diciembre. Año 2024

Porcentaje de usuarios mayores de 40 años con factores de riesgo para EPOC que fueron tamizado

Para el corte del mes de diciembre del año 2024 se identificaron en total de 114008 usuarios con aplicación de cuestionario breve para identificación de alto riesgo de desarrollar EPOC en la ruta, lo cual representa un 96% del total de la población asignada mayor de 40 años por la entidad prestadora de servicios de salud a la subred. Para el mismo periodo del mes de diciembre del 2023 se cuenta con 109439 usuarios tamizados para la RIAS lo cual representa un 87% de la población asignada mayor de 40 años por la entidad administradora de planes de beneficios con factores riesgo a la subred.

Se continua con la articulación con la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud en la identificación de población mayor de 40 años con riesgo o presencia de EPOC y se incluye el cuestionario breve en la historia clínica de valoración integral para momento de vida de adultez y vejez.

Para la vigencia del año 2024 se realizan asistencias técnicas desde la ruta y el programa de Crónicos (PIC), donde se fortaleza la importancia del diligenciamiento del cuestionario breve de EPOC, para la identificación de factores de riesgo a población mayor de 40 años en la Subred Sur Occidente.



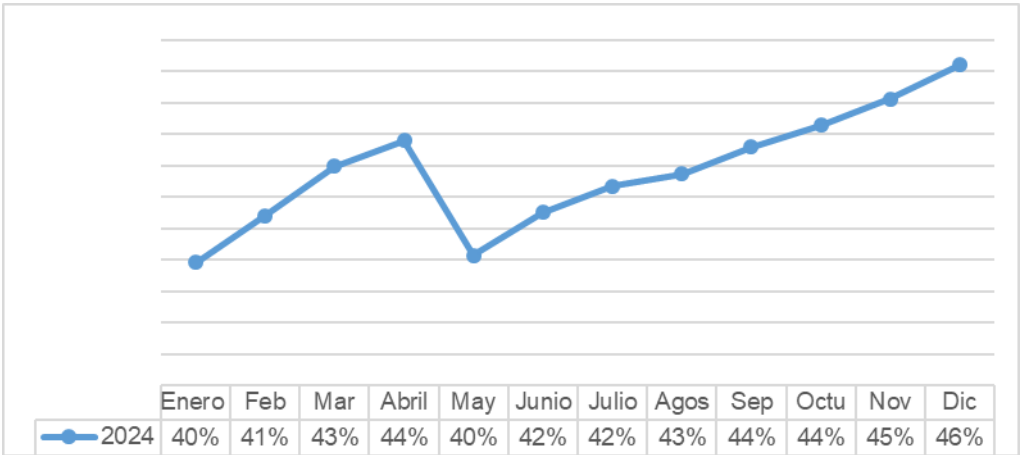
Fuente: SISS SO – DGRS – RIA EPOC. Corte Diciembre. Año 2024

Porcentaje de usuarios con toma de espirometría evento EPOC en el último año

Para el mes de diciembre del año 2024 se identificaron en total 2663 usuarios con toma de espirometría en el último año para la ruta, lo cual representa un 46% del total de pacientes inscritos y activos en la RIAS, se presenta un aumento del 8% con relación al mismo periodo de 2023 ya que el porcentaje de los usuarios con toma de espirometría fue del 38% (n=2078) del total de 5.474 usuarios activos en la ruta.

Desde la ruta se prioriza el proceso de agendamiento de los usuarios con riesgo o presencia de EPOC identificados en la cohorte lo cual representa un avance significativo en la confirmación diagnóstica, determinación de la severidad y limitación del flujo aéreo para los usuarios con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Una de las actividades de la ruta es el seguimiento y educación a los usuarios de la ruta por parte del perfil de auxiliar de enfermería, quien brinda orientación en las recomendaciones para la toma del examen en la unidad de Bosa, es importante mencionar que se han venido generando articulaciones para dar respuesta a los usuarios con programación de este examen de meses anteriores, buscando impactar positivamente en los diagnósticos oportunos e indicador de la ruta.



Fuente: SISS SO – DGRS – RIA EPOC. Corte Diciembre. Año 2024

RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD CARDIO CEREBRO VASCULAR Y METABÓLICA – CCVM

La Ruta Cardio cerebro Vascular y metabólica tiene por objeto realizar seguimiento a los usuarios mayores de 18 años que presentan Hipertensión Arterial y/o Diabetes Mellitus. Durante el año 2024 se contó con una población mayor a 50 mil usuarios, los cuales fueron creciendo en la medida de los meses alcanzando para el mes de Diciembre 52.203 usuarios, para el mes de Junio no se contaba con personal liderando la ruta por lo cual no se pudo realizar la medición de la población.

Categorías	2024
Total pacientes con Dx HTA	37.090
Total pacientes con Dx DM	5.079
Total pacientes con Dx Mixto (HTA-DM)	10.034
Total pacientes inscritos RCCVM	52.203

Fuente: Cohorte de seguimiento ruta cardio cerebrovascular y metabólico, 2024.

La población activa en la ruta a cierre del año 2023 es de 40.982 usuarios, los cuales tienen diagnóstico confirmado de Hipertensión y/o Diabetes. La fluctuación de usuarios en cada uno de los ítems descritos se debe al resultado de la actualización y depuración periódica que se realiza a la base de datos de pacientes inscritos en la ruta.

A cierre 2024 la RCCVM cuenta con 37.090 (71,0%) usuarios con diagnóstico de hipertensión, 5.079 (9,7%) usuarios con diagnóstico de diabetes y los 10.034 (19,2%) restantes cuentan con los dos diagnósticos.

Clasificación del Riesgo	2024	
	Número	%
Riesgo Muy Alto	3.680	7,0
Riesgo Alto	8.108	15,5

Riesgo Moderado	19.803	37,9
Riesgo Bajo	10.214	19,6
Sin Clasificar	10.398	19,9
Total	52.203	100,0

Fuente: Cohorte de seguimiento ruta cardio cerebrovascular y metabólico, 2024.

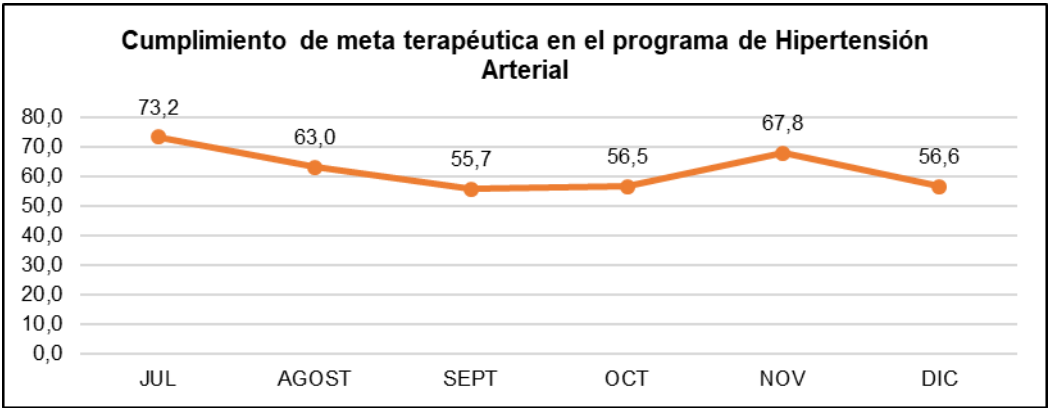
Dentro de las actividades esenciales de la RIAS CCVM, se encuentra la clasificación del riesgo cardiovascular, la cual se lleva a cabo durante las consultas médicas. Esta clasificación tiene como objetivo determinar el riesgo de que un paciente sufra una lesión en un órgano vital. A continuación, se presenta la caracterización para este período:
Riesgo cardiovascular muy alto: Este riesgo lo presenta el 7.0% (n=3.680) de la población. Estas personas ya tienen afecciones médicas importantes y han experimentado eventos que han causado daño en órganos vitales. La gestión de la ruta se enfoca en evitar complicaciones y mejorar su calidad de vida.

Riesgo alto: El 15.5% (n=8.108) de la población se encuentra en esta categoría. Estas personas tienen múltiples factores de riesgo que los predisponen a lesiones en órganos vitales. El objetivo principal es controlar las patologías de base para prevenir complicaciones y mejorar su calidad de vida.

Riesgo moderado: La mayoría de la población de la ruta, un 37.9% (n=19.803), se encuentra en esta categoría. A pesar de tener enfermedades precursoras, tienen pocos factores de riesgo que se pueden controlar para evitar lesiones en órganos vitales. El enfoque está en identificarlos tempranamente, diseñar un plan de manejo y monitorearlos para prevenir complicaciones.

Riesgo bajo: El 19.6% (n=10.214) de la población cae en esta categoría. Estos usuarios tienen uno o dos factores de riesgo controlables. El objetivo es modificar su estilo de vida para prevenir complicaciones en su salud, similar al grupo de riesgo moderado.

Además, se identifica que el 19.9% (n=10.398) de la población se encuentra en proceso de clasificación de riesgo cardiovascular. Para mejorar este proceso, se enfatiza la importancia de que los profesionales médicos utilicen el formato de crónicos, que incluye herramientas para clasificar el riesgo utilizando tablas de la OMS y de Framingham. También es responsabilidad de los líderes de unidad supervisar el cumplimiento de esta actividad.

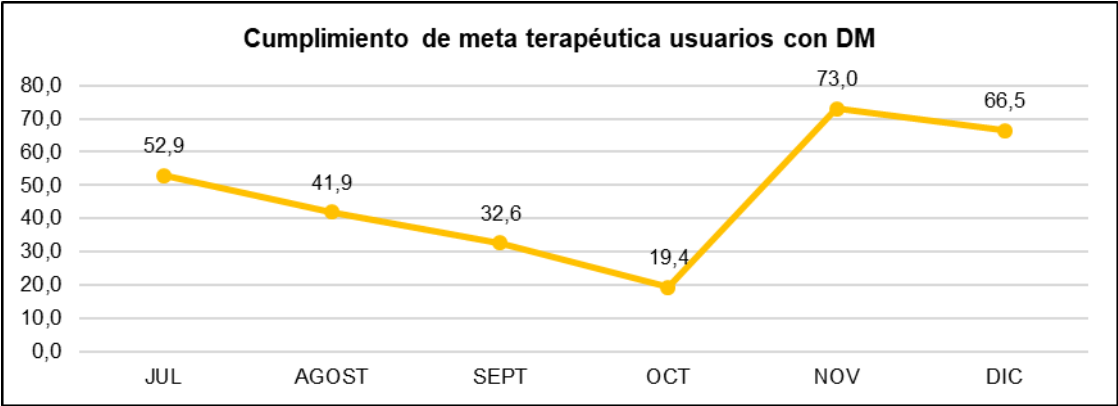


Fuente: Cohorte de seguimiento ruta cardio cerebrovascular y metabólico,2024.

Para las personas diagnosticadas con hipertensión arterial menores de 60 años, la meta terapéutica es mantener la presión arterial por debajo de 140/90 mmHg. En el caso de

aquellos de 60 años o más, la meta es mantenerla por debajo de 150/90 mmHg. No obstante, al analizar los resultados hasta el cierre del año 2024, se observa que el 56,6% (n=18.224) logró cumplir con estas metas de control de la hipertensión, lo que representa un incumplimiento respecto al objetivo institucional de controlar al menos al 60% de la población.

Es relevante señalar distintos factores que influyen en el cumplimiento de esta meta, como los cambios en la población asignada, variaciones en la captación de usuarios, calidad de los registros médicos, baja o falta de adherencia de algunos usuarios al plan de tratamiento, así como actividades educativas dirigidas a los pacientes para fortalecer y mejorar sus estilos de vida y fomentar la adopción de hábitos saludables, entre otros. Para esto se han implementado estrategias específicas para abordar los factores de riesgo identificados, con el fin de mejorar la continuidad de los usuarios en la ruta de atención. El objetivo principal es asegurar que los pacientes logren las metas terapéuticas, lo que contribuye significativamente a reducir la carga de la enfermedad, prevenir complicaciones y discapacidad, y minimizar la aparición de mortalidades evitables.



Fuente: Cohorte de seguimiento ruta cardio cerebrovascular y metabólico, 2024.

Para las personas diagnosticadas con diabetes mellitus menores de 60 años, la meta terapéutica consiste en mantener la hemoglobina glicosilada por debajo del 7%. En el caso de aquellas personas de 60 años o más, la meta es mantenerla por debajo del 8%. La subred ha establecido como objetivo que más del 39% de la población logre controlar su diabetes. Según los resultados al cierre del año 2024, el 66,5% de la población (n=5.168) ha alcanzado esta meta, superando así el objetivo previamente establecido.

Es relevante destacar que el acceso a pruebas de laboratorio desempeña un papel crucial en este indicador. En la actualidad, se cuenta con 12 unidades con laboratorios para la toma de muestras y 3 puntos adicionales destinados a la toma de laboratorios en la población que no cumple con el tratamiento “Puntos satélite”.

Controlar la diabetes tipo 2 requiere que el paciente realice cambios en su estilo de vida. Esto incluye seguir una dieta saludable, leer las etiquetas de los alimentos para evitar aquellos con alto contenido de sal y grasas saturadas, eliminar las bebidas azucaradas, abstenerse de consumir alcohol, hacer ejercicio regularmente, asistir a las consultas médicas y conocer los resultados de los análisis de laboratorio, como la hemoglobina glicosilada y la creatinina. Todas estas habilidades y consejos se proporcionan en las consultas médicas generales, especializadas y en las intervenciones de educación grupal.

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Con el objetivo de brindar un espacio a aquellos usuarios que no muestran adherencia al programa CCVM por un periodo mayor a 6 meses, se creó la estrategia "Puntos para tu Cuidado". Esta estrategia cuenta con tres unidades de salud ubicadas en las localidades Kennedy, Fontibón y Puente Aranda. En estas unidades, se agendan usuarios que pueden asistir sin orden médica para realizarse paraclínicos de control. Después de esto, son captados y agendados para su control en el programa de crónicos, generando así menos barreras para los usuarios y agilizando el proceso de atención.

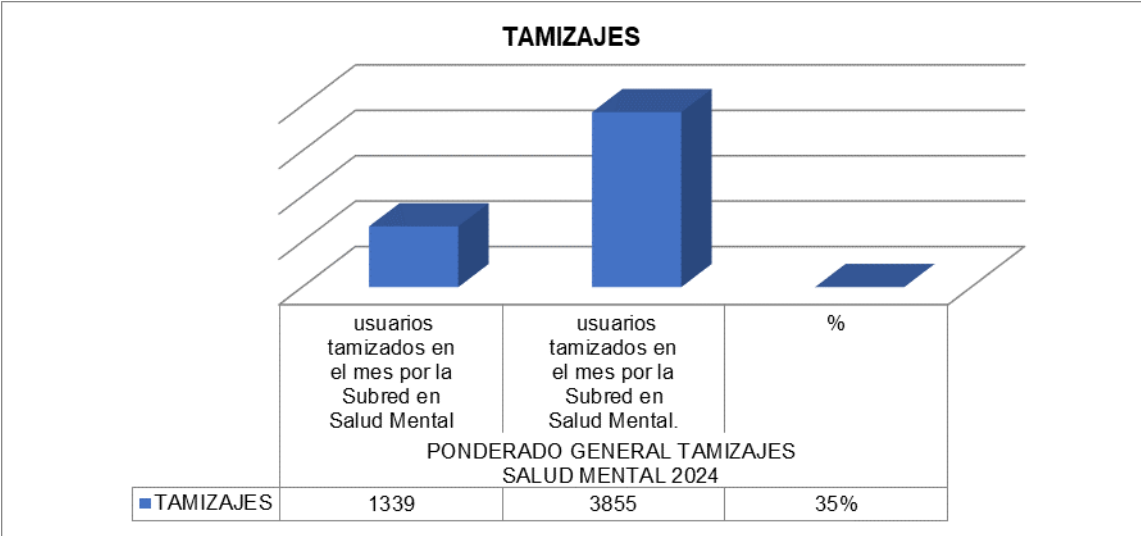
Durante los meses de junio y julio, se observó un cumplimiento superior al 100%, debido a que se captaban usuarios en las unidades sin contar con un agendamiento previo. A partir de agosto 2023, se implementó la medida de que solo se realizaría la toma de paraclínicos de la estrategia a usuarios con cita programada, ya que el servicio de laboratorio estaba experimentando una sobrecarga. Desde entonces, se ha establecido un protocolo que incluye la toma de paraclínicos de control, el registro de signos vitales y el agendamiento de consultas para pacientes crónicos.

ruta integral de atención en salud mental, problemas y trastornos mentales

A continuación, se relacionan los indicadores resultantes de las actividades de la ruta. Se describe el reporte de información y el análisis del comportamiento de los indicadores, generados para la vigencia, se presentan los indicadores con corte del mes de diciembre de 2024

Hito 1: Acceso a programas de prevención y promoción

- **Proporción de usuarios tamizados positivos en el mes con riesgo en salud mental:**
Para el análisis de este indicador es importante tener en cuenta que para el mes de junio se realizó la solicitud al equipo de sistemas de información del PIC de hacer llegar las bases de tamizajes aplicadas desde los diferentes entornos, para así mismo actualizar la información corte de diciembre 2024. Frente a los tamizajes positivos se evidencia que para el año 2024 hay una positividad del 35% sobre el total de usuarios con tamizaje aplicado a diferencia del año 2023 donde hay una positividad del 24%. se debe tener en cuenta que el aumento de la positividad se da ya que a partir del mes de septiembre se tienen en cuenta los tamizajes de DEM aplicados en las unidades de atención a los adultos mayores de 65 años, se resalta que es importante realizar este ejercicio de articulación el cual permite de alguna otra manera dar una respuesta efectiva a la necesidad que se presenta sobre todo en la población adulta mayor y cómo se puede detectar a tiempo situaciones que puedan afectar la salud mental y poder dar una respuesta efectiva en articulación con la unidad móvil de atención primaria en salud.

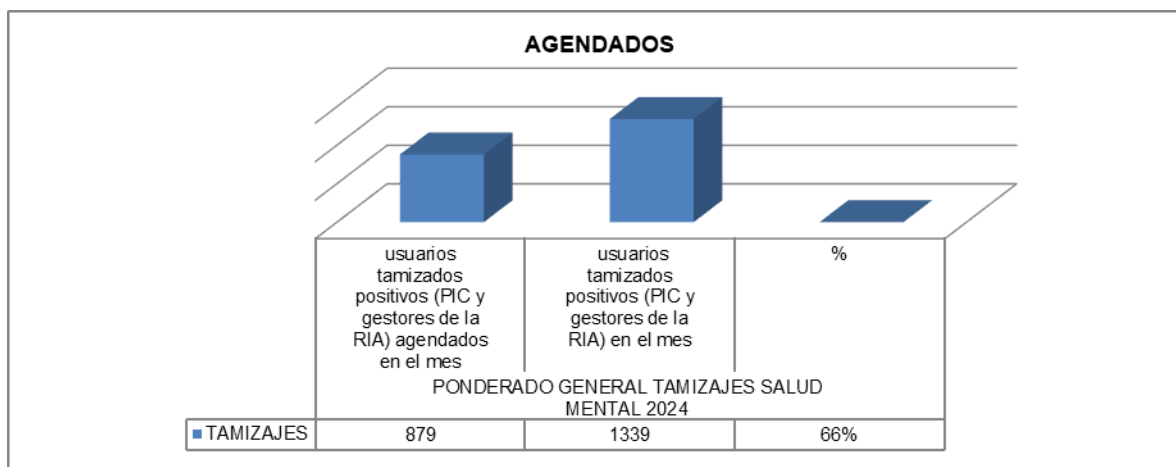


Fuente: SISSSO – DGRS. Matriz RIA SM. Año 2024

Acción de mejora: aunque se nota un aumento en la positividad y en la aplicación de los tres tamizajes, SQR, RQC y DEM, se debe continuar la demanda de tamizajes ASSIST, AUDIT Y CRAFFT, en los usuarios que son abordados desde las unidades de atención de la subred, que cuentan con una población con riesgos asociados al consumo de sustancias psicoactivas y a presentar algún tipo de trastorno mental y del comportamiento. Aspecto que ya está en revisión con el comité de historias clínicas para que estos sean vinculados en el formato de psicología.

Hito 2: Atención resolutive y especializada

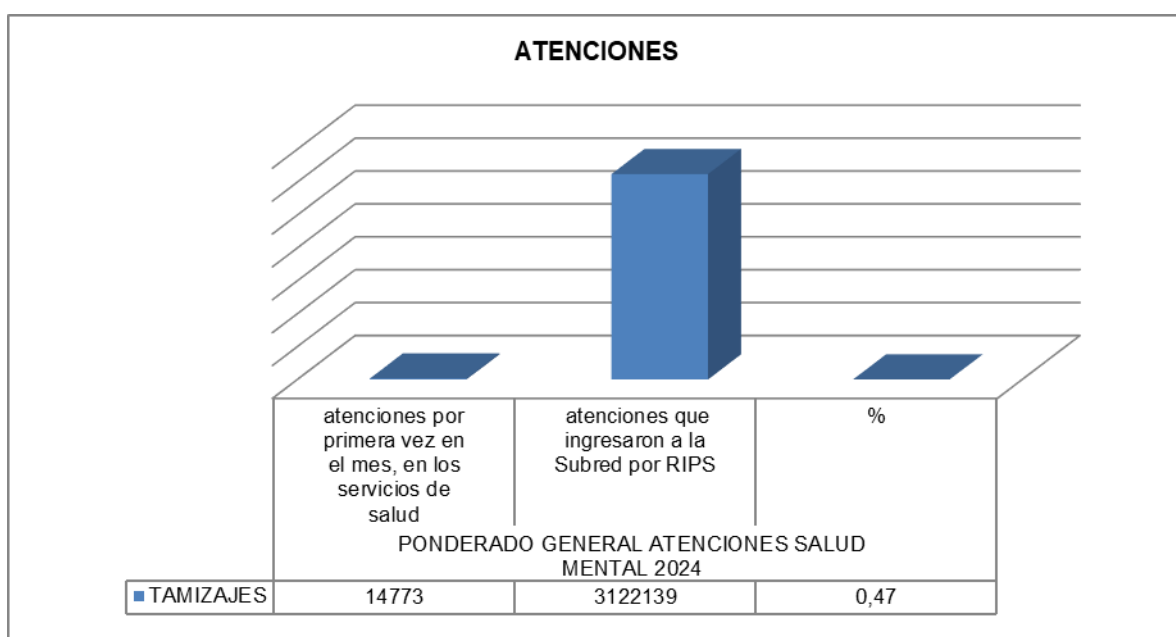
- **Porcentaje de agendamiento a usuarios canalizados por SIRC en el mes:** Para el año 2024 hay un aumento en la efectividad del agendamiento de los usuarios tamizados positivos por algún trastorno mental. Ya que de los 1339 tamizajes positivos 879 tuvo acciones resolutive relacionadas a la atención en salud mental. Para el 2024 se encuentran un porcentaje de efectividad en el agendamiento del 66% a comparación del año 2023 el cual fue el 96%. Se puede determinar que para el año 2024 hay una disminución en el porcentaje de efectividad de agendamiento en los casos positivos a comparación del año anterior este se debido al no contar con el talento humano necesario para el seguimiento y gestión en el segundo trimestre del año 2024.



Fuente: SISSSO – DGRS. Matriz RIA SM. Año 2024

Acción de mejora: se evidencian usuarios que desisten de los servicios de psicología y medicina por diferentes razones personales. Por otra parte, es evidente para el año 2024, específicamente en el segundo y tercer trimestre la poca oportunidad de agendamiento a los usuarios abordados en el PIC con tamizajes de salud mental, para ello la subred suroccidente, dio alcance en la creación del Call center y la oportunidad de vincular a los usuarios con tamizajes de DEM para que fueran incluidos en este análisis

- **Proporción de atenciones que presentaron algún riesgo en salud mental:** En relación al porcentaje de atenciones por trastorno mental para el año 2024 hay una leve disminución en comparación al año anterior el cual corresponde al 1% sobre el total de usuarios atendidos. Frente a las atenciones que se realizaron en las personas con riesgo en salud mental, se observa que para el año 2024 disminuye en la demanda con un total de 14773 atenciones por primera vez que corresponde a un 0,47%, en los servicios de salud con Dx CIE-10 F00-F99.

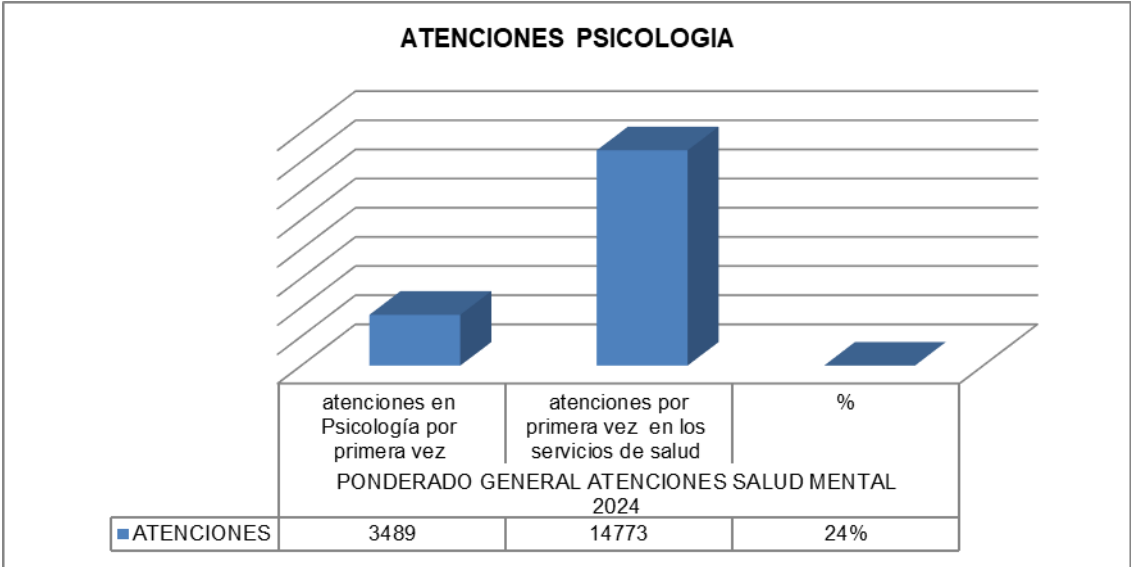


Fuente: SISSSO – DGRS. Matriz RIA SM. Año 2024

Acción de mejora: el porcentaje de atención en Salud Mental está determinado por situaciones que afectan la resolución de la efectividad de la atención en salud mental que está condicionada por las dificultades que se han venido presentando desde inicios del año 2022 en relación a la capacidad instalada y ante la demanda de usuarios que ingresan por urgencias y hospitalización y aunque la subred ha logrado en el año 2024 aumentar la capacidad instalada, también se dejaron ejecutar estrategias de tipo comunitario que complementaban la articulación entre los asistencial y salud pública como las unidades móviles de atención en salud mental MAPS

Hito 4: Atención integral y rehabilitación

- **Porcentaje de atención resolutive en psicología de usuarios con problemas o trastornos mental:** En relación a la atención por el perfil de psicología al realizar el análisis para el año 2024 en los meses de enero a diciembre específicamente, el porcentaje se encuentra en el 24%, no se encuentra una diferencia significativa a diferencia del año anterior ya que la oportunidad de atención en el área de psicología está entre los tres días esto permite determinar que la oferta institucional dar una respuesta oportuna en la atención de los casos agendados y remitidos por los diferentes componentes. En relación a la atención por el área de psicología para el año 2024 se encuentra un porcentaje de atención.



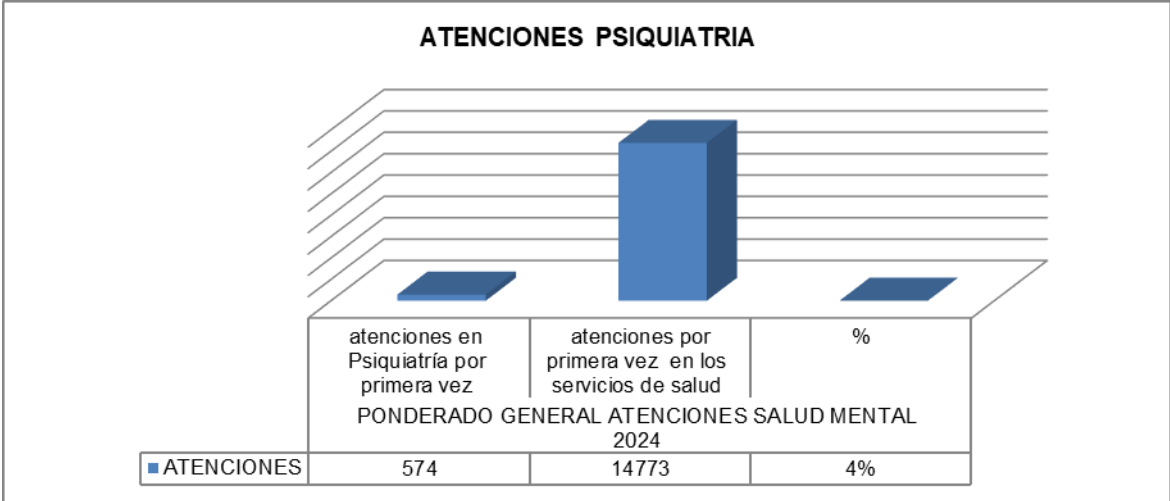
Fuente: SISSSO – DGRS. Matriz RIA SM. Año 2024

Acciones de mejora: es relevante aclarar que en este indicador no se cuentan las atenciones de promoción y prevención que se realizan desde salud pública y sus diferentes entornos de vida cotidiana, o demás acciones colectivas. Es por ello por lo que es importante tener en cuenta que el abordaje de la salud mental no solo se debe limitar a la consulta, y es así como en el lineamiento del ministerio de salud establece que hay que fortalecer los esfuerzos tendientes a generar condiciones en el territorio, que permitan un mayor trabajo intersectorial especialmente, para la prevención de la conducta suicida, entendiendo esta como el peor desenlace en salud mental.

- **Porcentaje de atención resolutive en psiquiatría de usuarios con problemas o trastornos mental:** Para el año 2024 el 4% de usuarios que presentan alguna alteración en Salud

Mental fueron abordado por el perfil de psiquiatría, se resalta que en el marco de los resultados la oportunidad de atención en esta especialidad está por encima de los 10 días hábiles y en psiquiatría pediátrica podemos estar hablando de hasta dos meses de oportunidad de la atención. Se evidencia que para el mes de noviembre del año 2024 hay un aumento en el porcentaje de atención a diferencia de los últimos tres meses en la cual está en el 2% sobre la atención identificada con algún tipo de trastorno mental.

En el transcurso del año 2024, se observa un patrón mensual paralelo en cuanto al porcentaje de atención en el campo de la psiquiatría. Es notable que durante los meses de marzo y abril se registren los porcentajes más bajos de atención, siendo marzo el mes donde se evidencia una disminución significativa en la atención psiquiátrica. Esta disminución podría estar vinculada a los días no laborales, los cuales afectan la frecuencia de consultas en las áreas de ambulatorios y consulta externa.



Fuente: SISSSO – DGRS. Matriz RIA SM. Año 2024

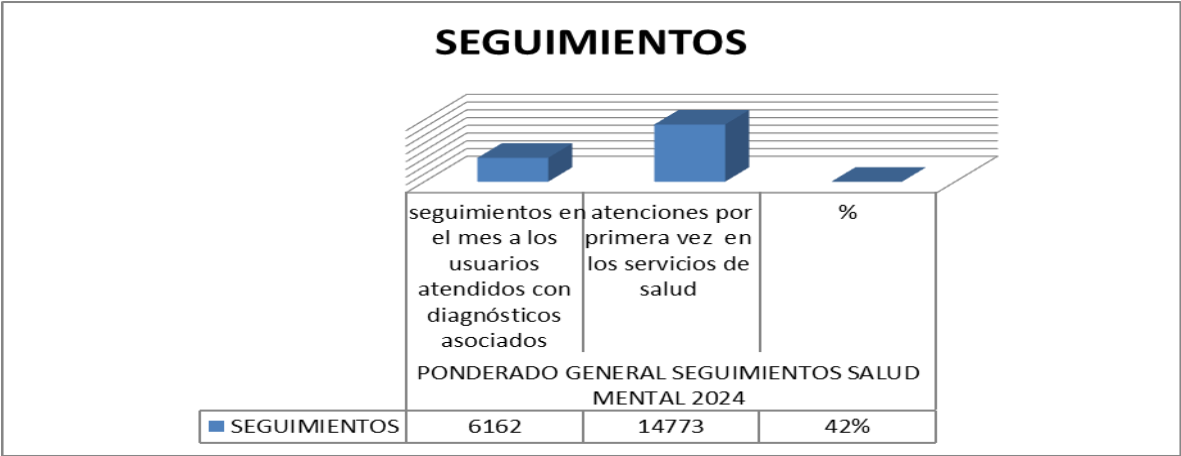
Acciones de mejora: Desde la subred suroccidente, se ha incrementado la contratación de personal especializado en psiquiatría en los últimos meses con el objetivo de hacer frente a la creciente demanda de casos. Sin embargo, es evidente que, según los resultados obtenidos, la oportunidad de atención en esta especialidad supera los 10 días hábiles, llegando incluso a hasta dos meses en el caso de psiquiatría pediátrica. Es imperativo abordar esta situación para garantizar una atención más eficiente y oportuna a aquellos que requieren servicios en el ámbito de la salud mental.

Hito 5. Seguimiento y monitoreo

- **Porcentaje de seguimiento a los usuarios con egreso de hospitalización con riesgo en salud mental en el mes:** Frente al número de seguimiento realizados a los pacientes con algún diagnóstico en salud mental para este año se tiene en cuenta los usuarios y usuarias que cumplen con la valoraciones de seguimiento y de control asignadas en su proceso terapéutico es por ello que para el año 2024 al ajustar el indicador se evidencia un aumento significativo a comparación de los años anteriores que para el año 2024 está en un 42% una mayor diferencia del año 2023 que estuvo en un 8%.

Con relación a los seguimientos por el área de trabajo social a los usuarios que ingresan por hospitalización. En el período comprendido entre enero y noviembre 2024 la

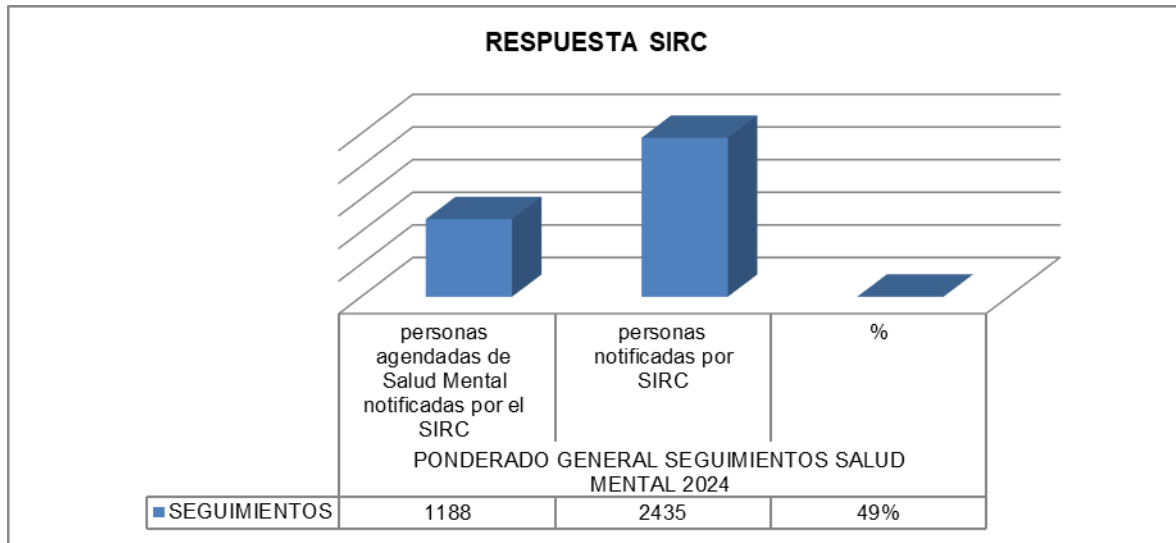
efectividad es mucho más baja a comparación del mismo periodo que en el año anterior, esto se debe a que el ejercicio que se venía realizando en articulación con las diferentes unidades de atención especialmente con la dirección de hospitalización para dar respuesta oportuna a los casos que son remitidos directamente por la unidad de Floralia, se detuvo durante el segundo y el tercer trimestre del año 2024. Importante señalar que aunque el número de casos ingresados por si no es muy alto si se da una prioridad alta ya que la gran mayoría de estos casos son de los usuarios capitados con la sub red sur occidente y facilitan la oportunidad de atención en las disciplinas de medicina y psicología respectivamente aunque se presenta la dificultad en menores de edad para la remisión de los casos en psiquiatría pediátrica y también en los casos que ameritan una atención más especializada específicamente en el área de neuropsicología.



Fuente: SISSSO – DGRS. Matriz RIA SM. Año 2024

Acciones de mejora: en relación a los seguimientos realizados puede determinar que no se alcanza el umbral del 60% y que está muy por debajo de este debido a la alta demanda de casos, diariamente desde diferentes instancias se busca dar respuesta a la oportunidad de brindar una orientación psicosocial para poder activar las diferentes redes institucionales y la atención oportuna en casos que ameritan una atención prioritaria. Se destaca que, para el cuarto trimestre del año 2024, se inicia con la implementación de los seguimientos post egreso de hospitalización en salud mental, el cual permite evaluar la adherencia a los tratamientos terapéuticos y farmacológicos.

- **Porcentaje de gestión a usuarios canalizados por SIRC:** Con respecto a las atenciones efectivas del SIRC es decir a los casos agendados o atendidos se evidencia que para el año 2024 se logra una efectividad del 49%. En este punto es importante mencionar que en el mes de abril a septiembre no se cuentan con una alta efectividad debido a que no se contaba con el talento humano contratado específicamente para dar respuesta a la canalización de casos, lo cual generó un represamiento de casos canalizados por SIRC y una ineffectividad en la repuesta a capital salud. Para el mes de diciembre de 2024 hay una efectividad del 46% en relación a los casos canalizados por el sistema de referencia y contra referencias con diagnóstico asociado a un trastorno mental, evidenciando una disminución a comparación del mismo periodo del año 2023 que fue el 78%.



Fuente: SISSSO – DGRS. Matriz RIA SM. Año 2024

Acciones de mejora: se presentan casos con dificultades para gestionar las citas debido a problemas en su aseguramiento o están afiliados a otras EPS con la que la subred no tienen convenio, por lo que durante el seguimiento se le refuerza al usuario solicitar el apoyo profesional en su EPS, otra causa por la cual no se logra asignación de cita es debido a que los teléfonos reportados no contestan o están fuera de servicio; como forma de hacer la búsqueda de información se realiza verificación de datos en la página de comprobador de derechos y en la página de PAI; sin embargo quedan algunos usuarios que no aparecen en dichas bases pendientes por contactar, para esto la subred ha logrado para el 2024 aumentar los convenios con otras EAPB, lo cual permite dar alcance a la gestión de usuarios, de igual forma se proyecta aumentar a la cobertura de otras EAPB y a la población migrante para así mismo aumentar el porcentaje de efectividad de este indicador.

RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD PARA TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS – SPA

En el proceso de implementación, posicionamiento y seguimiento de las actividades desarrolladas por la ruta de trastornos del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas, se desarrolló un tablero de indicadores, que refleja la medición de procesos trazadores.

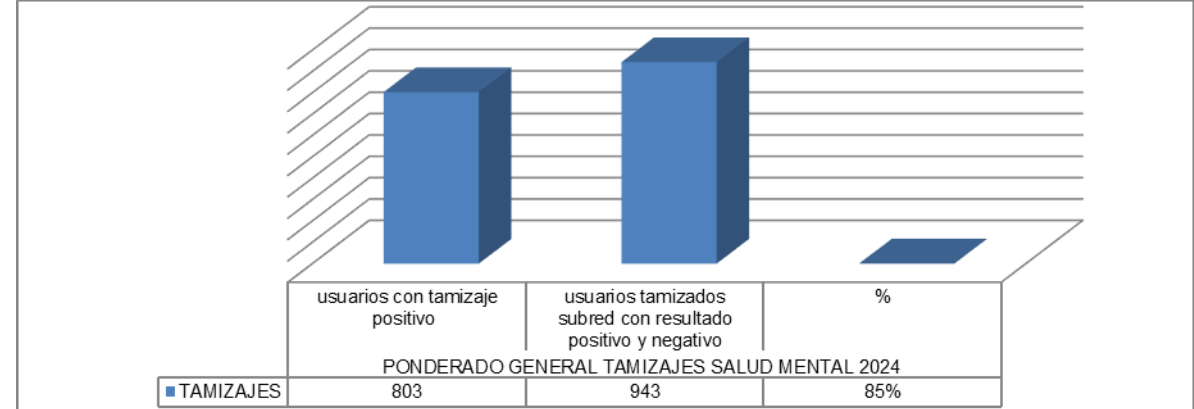
Teniendo en cuenta lo anterior, los indicadores permiten garantizar la trazabilidad y seguimiento de cada una de las acciones estipuladas en los hitos concertados frente a la promoción, prevención, detección temprana de riesgo en salud y canalizaciones; atención especializada ambulatoria, atenciones integrales en rehabilitación y seguimiento de los usuarios vinculados a la ruta de atención.

A continuación, se relacionan los indicadores resultantes de las actividades de la ruta. Se describe el reporte de información y el análisis del comportamiento de los indicadores, generados para la vigencia, se presentan los indicadores con corte del mes de diciembre de 2024

Indicador 1. Porcentaje de usuarios con detección temprana en riesgo de SPA Positivo

Para el año 2024 se continúa con la implementación de la ruta en tamizajes positivos, el comportamiento del indicador es relevante frente al resultado del 85% ya que nos permite complementar la gestión del riesgo colectivo con el individual. En relación a los usuarios tamizados el 85% fueron positivos con algún nivel de riesgo asociado al uso o abuso de sustancias psicoactivas, este porcentaje a comparación de los últimos tres meses sigue siendo continuo, el cual permite evidenciar la oportuna detección temprana frente a los problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas en los usuarios atendidos en la subred suroccidente especialmente por el plan de intervenciones colectivas.

Gráfica. Usuarios tamizados para consumo de SPA. Subred Sur Occidente, 2024



Fuente: SISSSO – DGRS. Ruta SPA. Año 2024.

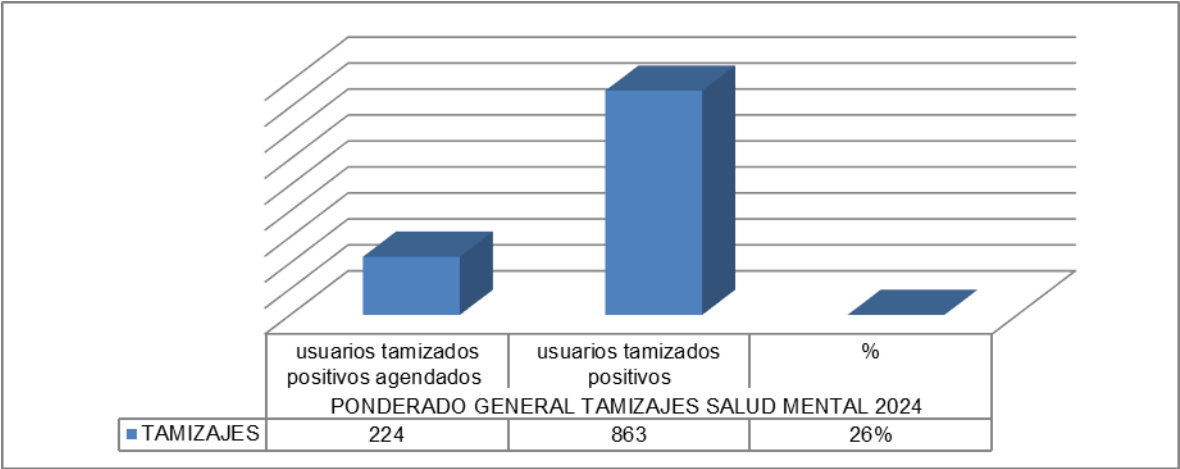
Acciones de mejora: Para este indicador se requiere realizar una articulación con el componente GESI de la Subred Sur Occidente que permitirá obtener una mayor fuente de información y calidad del dato con mayor veracidad y de esta manera establecer estrategias de prevención en caso de que aumente la positividad en la detección temprana en riesgo; de igual manera es importante conocer las acciones que realiza la línea de intervención de entornos cuidadores frente a la detección temprana en riesgo; a esto se suma la gestión y articulación con el comité de historias clónicas con quien se viene adelantando una propuesta para incluir la herramienta de detección temprana en riesgo en la historia

Indicador 2. Proporción de atenciones de usuarios tamizados positivos con riesgo en SPA

Para el año 2024 con corte noviembre 2024, se obtiene un resultado 27% en la gestión que se realiza frente al resultado en tamizajes positivos; Para el mes de noviembre del año 2024 hay una efectividad en el agendamiento de los casos positivos de un 7,2% que en comparación al mes de octubre disminuyo significativamente.

Se plantea plan de contingencia con apoyo de las auxiliares de enfermería de cada unidad para el agendamiento de los pacientes con resultado positivo en los tamizajes aplicados en las unidades con servicios de salud mental

Gráfica. Prevalencia de usuarios atendidos con resultado positivos en su tamizaje SPA. Subred Sur Occidente, 2024



Fuente: SISSSO – DGRS. Ruta SPA. Año 2024.

Acciones de mejora: Se proponen diversas estrategias, entre las cuales se incluyen la clasificación del riesgo obtenido y la identificación del grupo poblacional correspondiente, con el fin de priorizar los casos y gestionar el riesgo individual de cada usuario según sus necesidades de salud identificadas.

Indicador 3. Porcentaje atenciones que presentaron alguna complicación asociada a consumo de SPA

Para el año 2024 hay un porcentaje de pacientes identificados con consumo de sustancias sobre el total de pacientes que ingresan por algún trastorno mental de solo 0,02% que en comparación al a los años anteriores no hay una diferencia significativa. Frente a la proporción de atenciones de personas con complicaciones asociadas al consumo de SPA. Se observa que para el año 2024 un número relativamente bajo teniendo en cuenta el denominador; Sin embargo el numerador demuestra 935 pacientes identificados con diagnostico asociado al consumo de spa.

Desde agosto 2024, se ha venido realizando visitas a los centros de salud y a las unidades priorizadas en salud mental junto con el comité de historias clínicas con el fin de fortalecer la articulación a los pacientes que se encuentran con alguna atención derivada del consumo de spa. Iniciando Con la Unidad de Salud mental Floralía y Hospital Kennedy; se suma las acciones de fortalecimiento en los escenarios sectoriales, específicamente en los servicios de hospitalización y urgencias de Kennedy, Bosa y Fontibón

Gráfica. Prevalencia de atenciones que presentaron alguna complicación asociada a consumo de SPA. Subred Sur Occidente, 2024



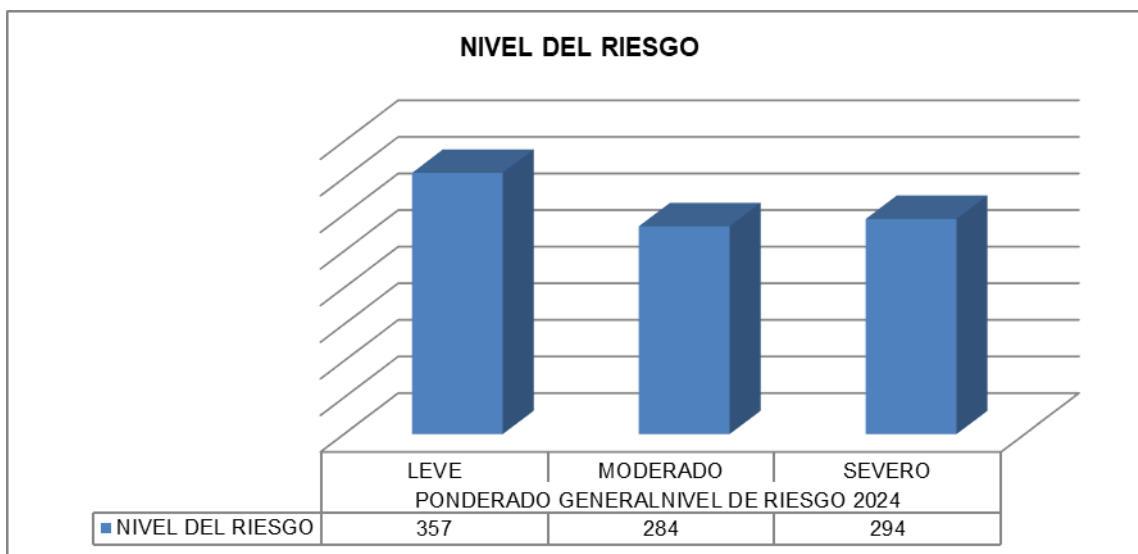
Acciones de mejora: Desde el mes de agosto 2024, se ha venido realizando visitas a los centros de salud y a las unidades priorizadas en salud mental junto con el comité de historias clínicas con el fin de fortalecer la articulación a los pacientes que se encuentran con alguna atención derivada del consumo de spa. iniciando Con la Unidad de Salud mental Floralia y Hospital Kennedy; se suma las acciones de fortalecimiento interprofesional en los escenarios sectoriales, específicamente en los servicios de hospitalización y urgencias de Kennedy, Bosa y Fontibón; de igual manera periódicamente se realiza visita a estas unidades donde de manera bimestral se realizan acciones de capacitación frente a la identificación de riesgo para la Ruta.

Indicador 4. Número total de usuarios identificados con un nivel de riesgo en consumo de SPA

Con respecto a la identificación de usuarios de acuerdo a su nivel de riesgo se observa que la mayoría presentan riesgo severo. Para el año 2024 se evidencia una disminución no significativa de los casos con un nivel de riesgo severo, aunque no es significativo si es relevante ya que estos usuarios son aquellos que ameritan una valoración integral por su problema de consumo. Para el año 2024 se identifica 294 usuarios con riesgo severo y 284 con riesgo moderado, es importante el número ya que desde allí se pueden tomar decisiones frente a la priorización del caso y la derivación a la ruta.

Para los riesgos leves representados en 14% se propone desde la RIA de SPA una estrategia de intervención de manera grupal que permita mayor oportunidad en la atención y seguimiento de los usuarios; para los riesgos severos es importante que, a partir de la capacidad instalada en la Subred, y la gestión de articulación con la EAPB junto con los procesos de internación en larga estancia hospitalaria, se evalúe la necesidad de cada usuario y poder intervenir oportunamente.

Gráfica. Clasificación de riesgo es SPA Subred Sur Occidente 2024



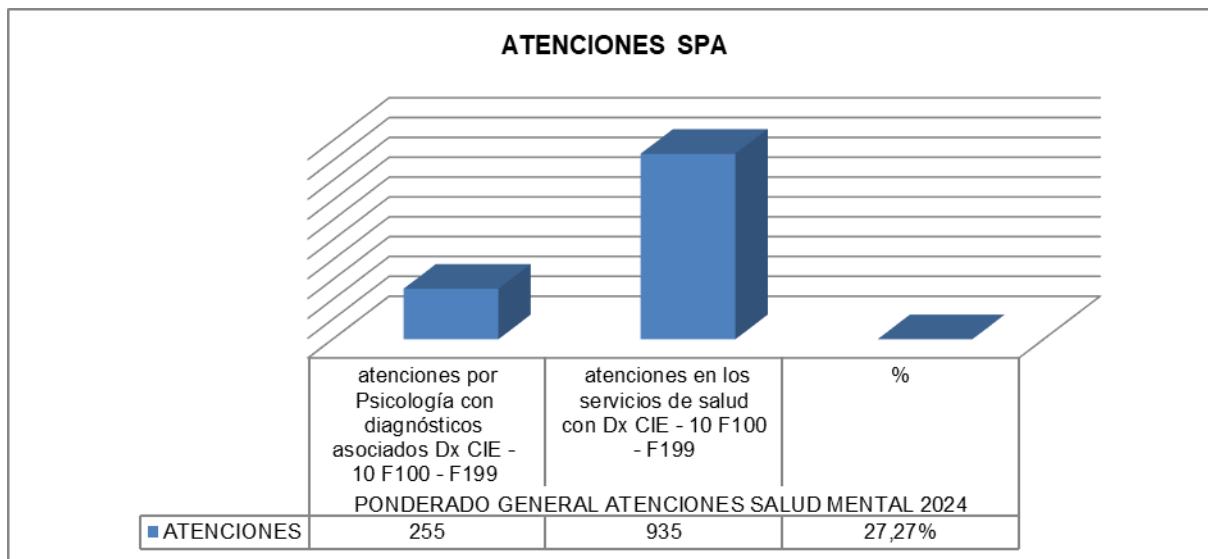
Fuente: SISSSO – DGRS. Ruta SPA. Año 2024.

Acciones de mejora: Para los riesgos leves representados en 14% se propone desde la RIA de SPA una estrategia de intervención de manera grupal que permita mayor oportunidad en la atención y seguimiento de los usuarios; para los riesgos severos es importante que, a partir de la capacidad instalada en la Subred, y la gestión de articulación con la EAPB junto con los procesos de internación en larga estancia hospitalaria, se evalúe la necesidad de cada usuario y poder intervenir oportunamente.

Indicador 5 y 6 Atención integral y rehabilitación

Frente al porcentaje de personas con diagnóstico asociado a consumo de SPA se observa que el para el año 2024 (corte diciembre) se mantiene el porcentaje de usuarios atendidos por psicología en 27.27% evidenciando un aumento comparado con años anteriores el cual se debe a la efectividad del diagnóstico en la atención primaria por los perfiles de medicina. Para el año 2024 se presenta un 27% en la atención resolutive. Esto sugiere una mejora constante en la capacidad del servicio de psicología para atender y resolver los problemas de los consumidores de sustancias psicoactivas; sumado a los esfuerzos que se realizan con la línea operativa de aseguramiento y prestación de servicio específicamente de las unidades de atención en salud mental priorizadas para la RIA SPA.

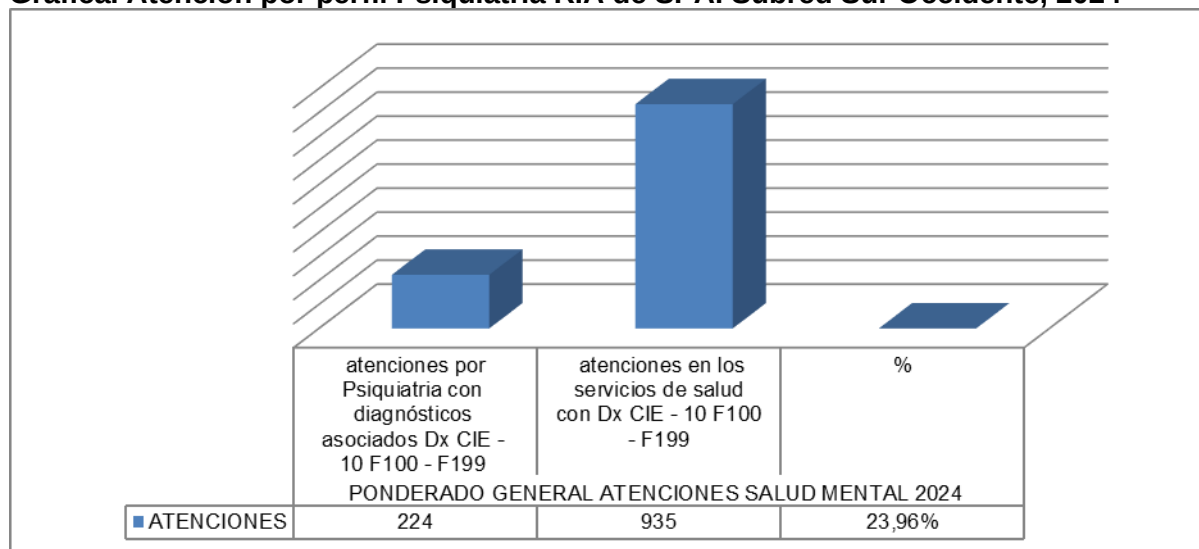
Gráfica. Atención por perfil Psicología RIA de SPA. Subred Sur Occidente, 2024



Fuente: SISSSO – DGRS. Ruta SPA. Año 2024.

Acciones de mejora: Para este año se pretende continuar con el fortalecimiento a los profesionales con el fin de dar a conocer, la importancia de asignar diagnósticos secundario y terciario a todos los pacientes que presenten antecedentes de consumo de sustancias psicoactiva, igualmente se solicitó a gestión de la información de la SUBRED el acceso a los diagnósticos secundarios y terciarios de las atenciones de esta especialidad para lograr brindar datos más exactos en este indicador.

Gráfica. Atención por perfil Psiquiatría RIA de SPA. Subred Sur Occidente, 2024



Fuente: SISSSO – DGRS. Ruta SPA. Año 2024.

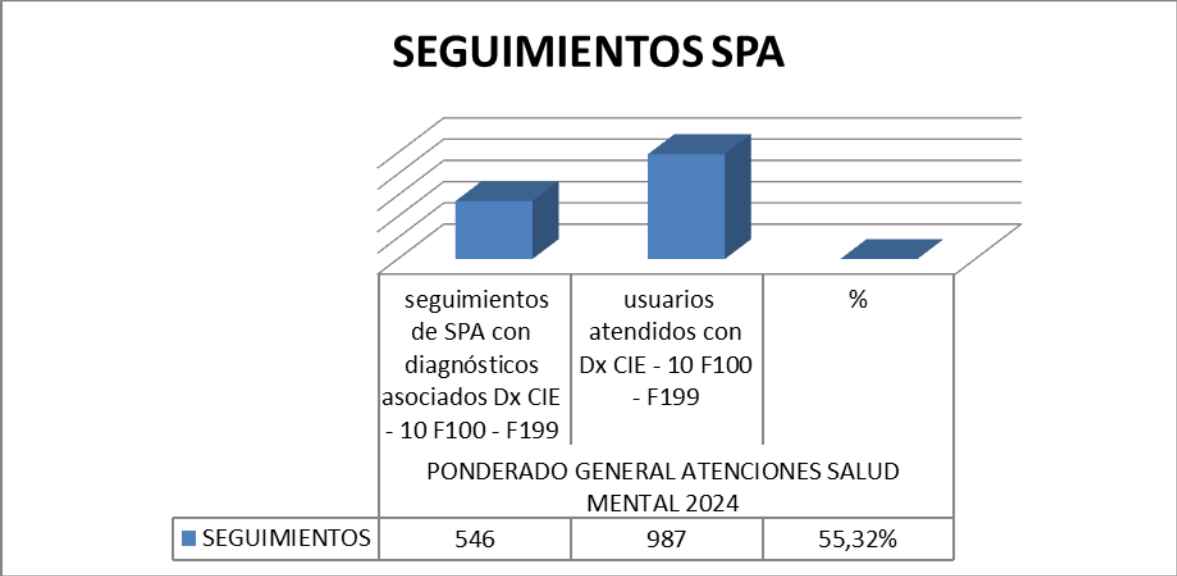
Con respecto a las atenciones por Psiquiatría se observa un aumento de 13 puntos porcentuales en las atenciones pasando de 19% en el mes de octubre a 32% en el mes de noviembre de 2024, no obstante para este mismo año, se demuestra una disminución en el comportamiento en el indicador representado en un 24% no sin antes revela que la atención psiquiátrica desempeña un papel crítico en el tratamiento integral de los consumidores de sustancias psicoactivas, abordando tanto los trastornos mentales coexistentes, como las necesidades específicas de salud mental a lo largo del proceso de recuperación

Acciones de mejora: como propuesta de mejoramiento se pretende continuar con el fortalecimiento a los profesionales con el fin de dar a conocer, la importancia de asignar diagnósticos secundario y terciario a todos los pacientes que presenten antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas.

Indicador 7. Porcentaje de seguimiento de usuarios con consumo de SPA

Con respecto a los seguimiento a los usuarios canalizados a la RIA de SPA es importante mencionar que para el año 2024, se demuestra un aumento significativo en el comportamiento del indicador esto debido a las gestiones que se realizan frente a la seguimiento efectivo de pacientes adheridos a la ruta con un total para el 2024 de 55.32%. Para EL 2024 se puede observar que el hecho de no tener un equipo de gestión que realice el seguimiento de los pacientes consumidores de sustancias se logra dar alcance a que el 81% cuenta con seguimiento en el marco del proceso terapéutico.

Gráfica. Seguimientos a usuarios por la Subred Sur Occidente, 2024



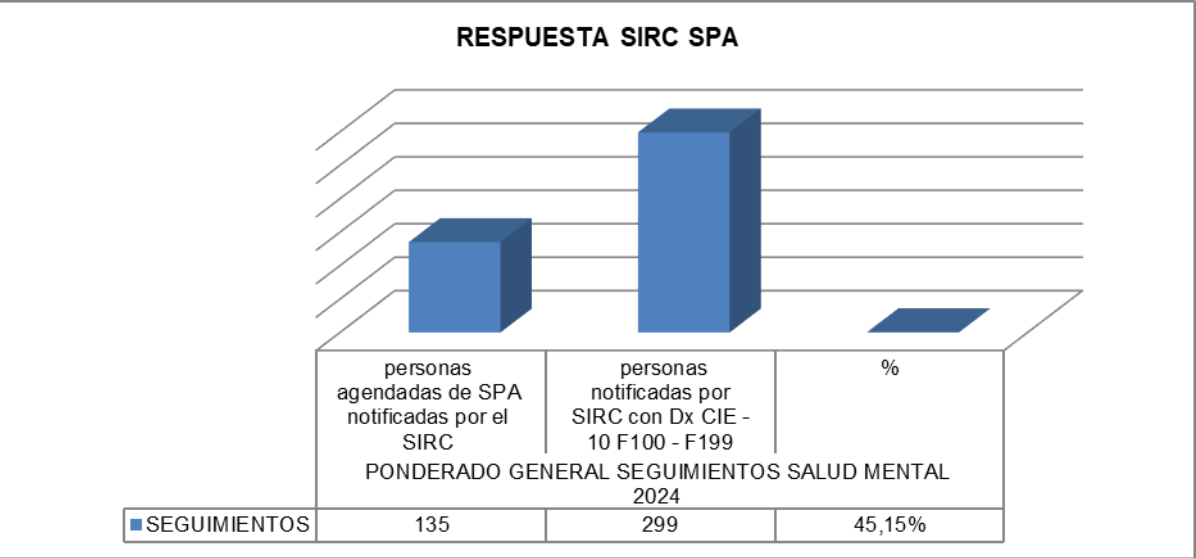
Fuente: SISSSO – DGRS. Ruta SPA. Año 2024

Acciones de mejora: Este indicador ha mostrado un significativo avance gracias a la implementación del instrumento de adherencia no obstante es de aclarar que se reportan únicamente los pacientes efectivos por lo tanto puede bajar el indicador. Se pretende que para esta nueva vigencia se plantee la posibilidad de entrar en plan de contingencia y realizar los seguimientos que se encuentran represados. Cabe resaltar la importancia de la continuación en la implementación de la ruta por las diferentes fases teniendo en cuenta la importancia de brindar calidad, oportunidad y resolutivez en la necesidad de salud identificada.

Indicador 8. Porcentaje de efectividad en la gestión canalización SIRC

Con respecto a la efectividad de la gestión realizada por el SIRC se evidencia que para el año 2024 una efectividad del 45.15%, debido a que la mayoría de usuario si bien es cierto atienden el seguimiento telefónico no se muestran interesados en realizar un proceso terapéutico, por lo que la efectividad en el agendamiento es baja. Para 2024, se demuestra un aumento en la efectividad de respuesta en canalizaciones SIRC a comparación del año 2023 que fue de 41%

Gráfica. Efectividad de la gestión en usuarios notificados por Subred Sur Occidente 2024



Fuente: SISSSO – DGRS. Ruta SPA. Año 2024

Acciones de mejora: este indicador a pesar de mostrar un 45.15% de efectividad, se debe proyectar la respuesta a una meta del 60%, esto se puede lograr con el aumento del personal para la gestión de la respuesta a los casos canalizados por SIRC.

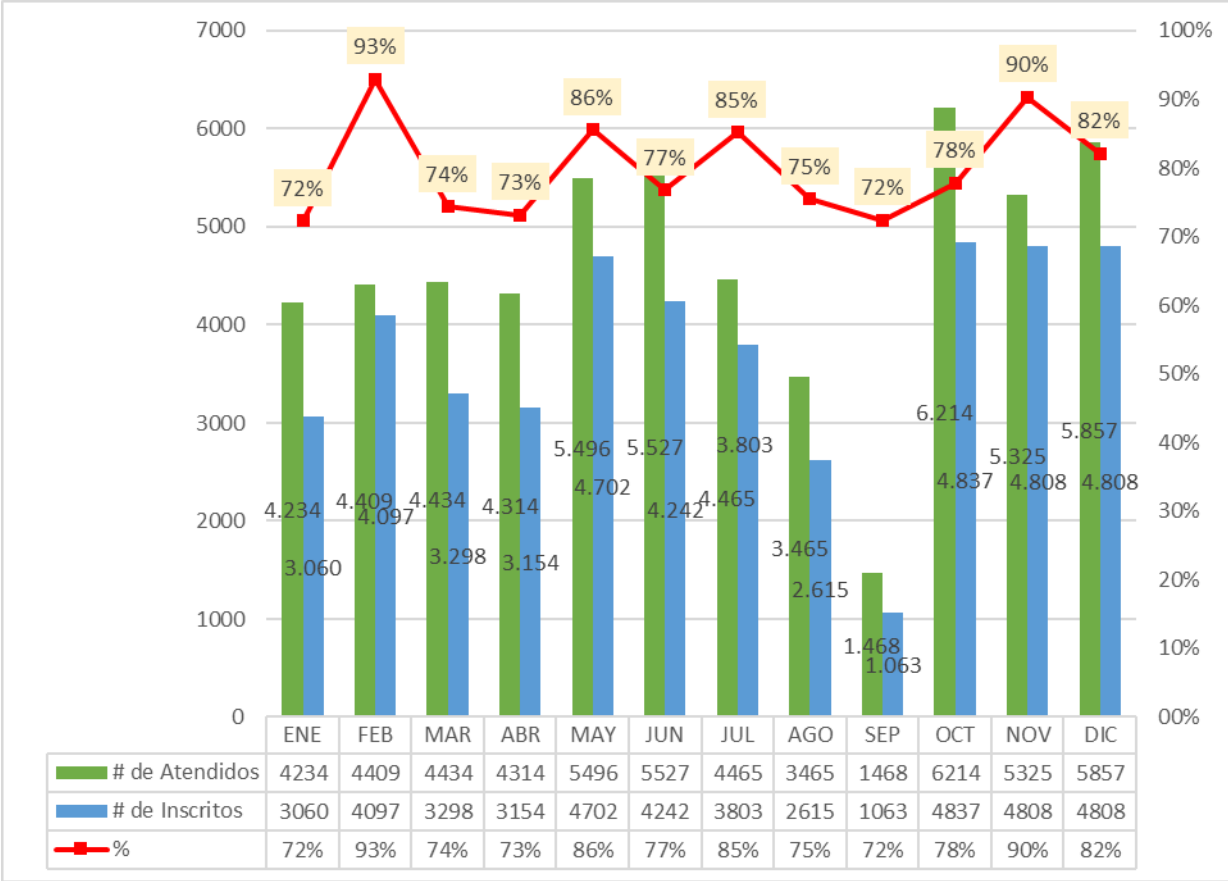
RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD DE ALTERACIONES NUTRICIONALES

La Ruta de integral de atención en salud para la población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales están dirigidas a la identificación oportuna de alteraciones nutricionales, y su intervención, ya sea para evitar la aparición de comorbilidades, así como realizar un diagnóstico y una derivación oportuna al tratamiento.

En la ejecución del año 2024 para la ruta de alteraciones nutricionales se presentan los siguientes indicadores trazadores de la gestión realizada:

- 1) Número de personas inscritas a la ruta de alteraciones nutricionales:** este indicador hace seguimiento a las personas que han tenido una consulta para la confirmación del diagnóstico y una atención posterior por parte de las especialidades contempladas en la ruta, las cuales son: nutrición o pediatría o medicina general o medicina familiar o endocrinología o medicina interna y/o enfermería.

Gráfica. Proporción de población identificada con alteraciones nutricionales por déficit o exceso inscritas en la ruta de alteraciones nutricionales en la Subred Suroccidente de enero a diciembre del 2024



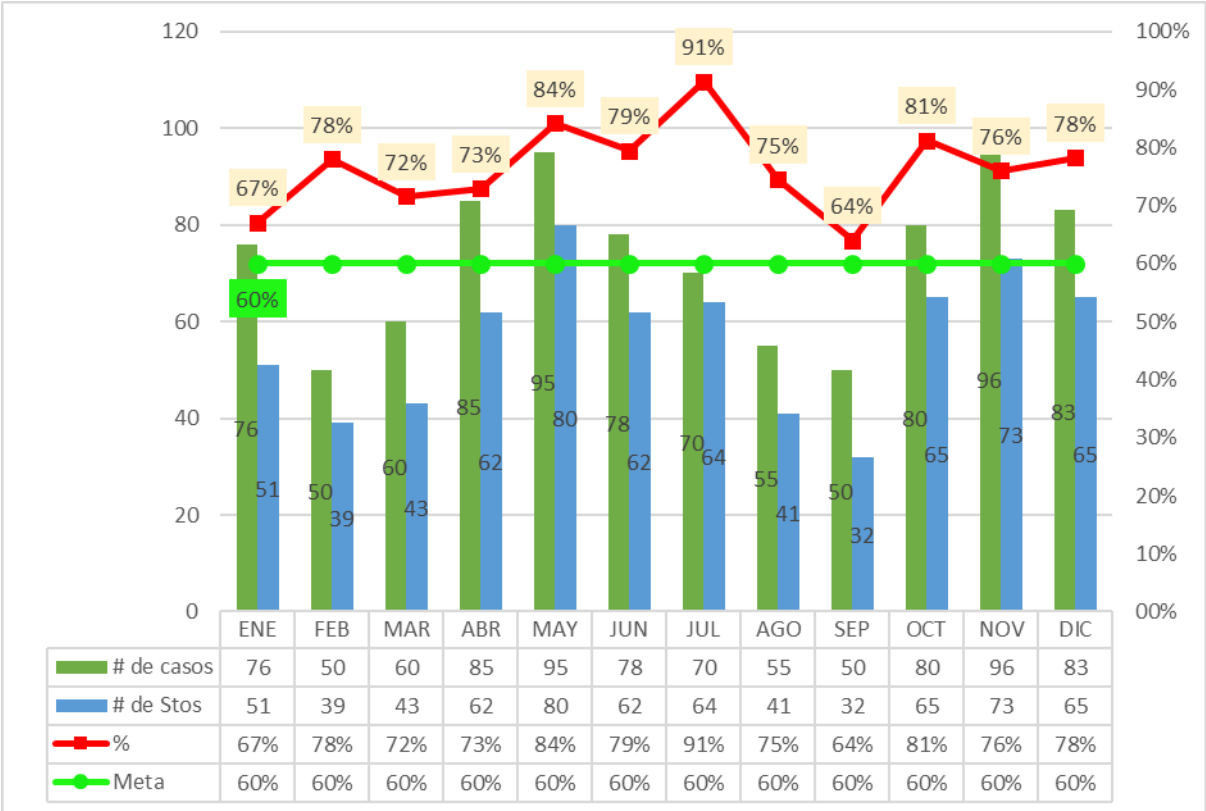
Fuente: SISSSO – DGRS. Ruta Alteraciones Nutricionales. Año 2024

Este indicador no tiene establecida una meta, sin embargo, da cuenta de que en promedio durante el año 2024 el 80,6% de las personas con alteraciones nutricionales identificadas en la Subred Suroccidente han sido inscritas en la ruta, lo cual es fundamental para conocer la magnitud de las alteraciones, entender el comportamiento de la atención a estas personas y realizar atenciones, tratamiento y seguimientos para que estas personas, puedan lograr la adecuación del estado nutricional. El indicador es positivo ya que la gran parte de las alteraciones nutricionales identificadas están inscritas en la ruta. También es posible identificar que en los meses de julio, agosto y septiembre fueron los momentos del año con menor número de personas inscritas y los meses de octubre, noviembre y diciembre.

2) **Proporción de personas menores de 5 años de edad con déficit nutricional, (desnutrición, delgadez o bajo peso), con por lo menos un (1) seguimiento en consulta de Nutrición, pediatría y medicina general, para el manejo de la alteración:** Este indicador tiene como meta que el 60% de los niños y niñas identificadas con desnutrición aguda, tengan consulta de seguimiento por lo menos una vez al mes por parte de las especialidades de la ruta, en todos los meses del año 2024 se cumplió con dicha meta, en promedio en el año se realizó mínimo una consulta de seguimiento al 77,1% de niños y niñas con desnutrición aguda, acción que es fundamental para la recuperación nutricional, sin embargo, debe estar acompañada de acciones

intersectoriales que vayan más allá de la atención y busquen modificar los determinantes intermedios y estructurales que llevan a menores de cinco años a padecer desnutrición, los cuales pueden ser abordados desde los comités de seguridad alimentaria y las diferentes instituciones que allí participan. Los meses del año en los que más se presentó atención a casos de desnutrición aguda fueron abril, mayo, noviembre y diciembre.

Gráfica. Proporción de personas menores de 5 años de edad con desnutrición aguda, con mínimo un (1) seguimiento en consulta de Nutrición o pediatría o medicina general, para el manejo de la alteración; en la Subred Suroccidente de enero a diciembre del 2024



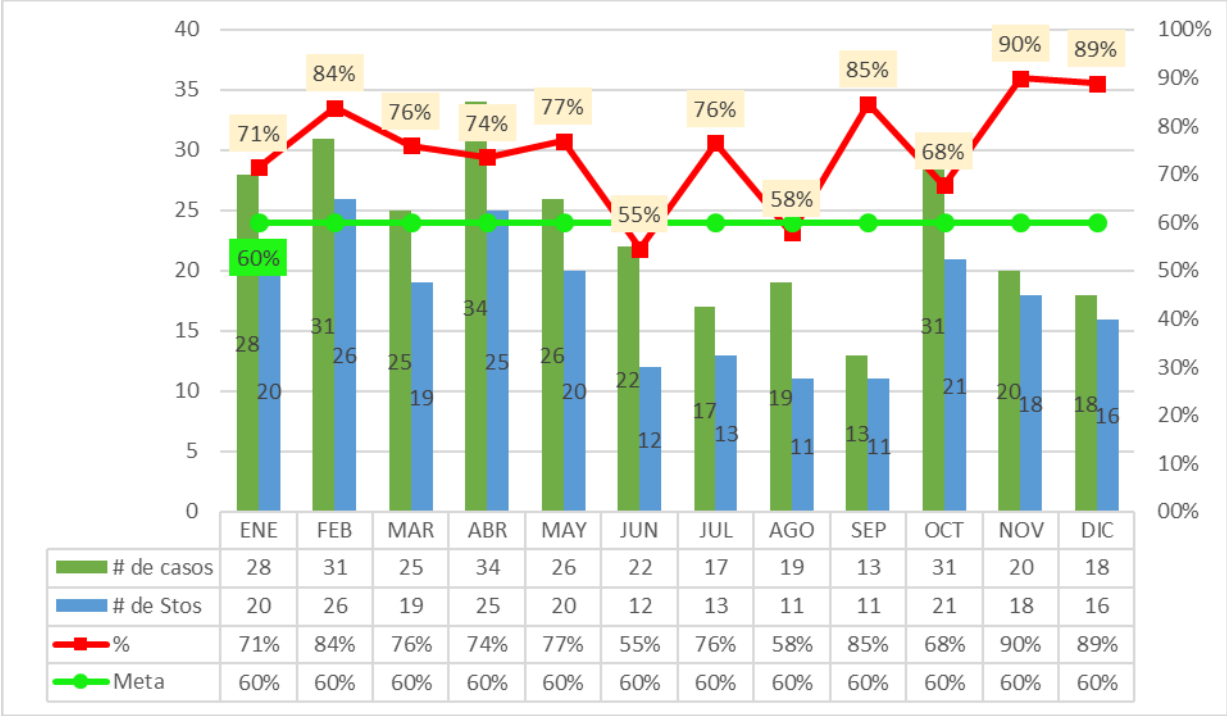
Fuente: SISSSO – DGRS. Ruta Alteraciones Nutricionales. Año 2024

3) **Proporción de personas menores de 5 años de edad con obesidad, con mínimo un (1) seguimiento en consulta de Nutrición o pediatría o medicina general, o medicina familiar para el manejo de la alteración:** Este indicador tiene como meta que el 60% de los menores de cinco años con diagnóstico de Obesidad, tengan por lo menos un seguimiento al mes para el manejo de la alteración; durante diez de los doce meses del año 2024 se logró cumplir con la meta establecida, en dos de ellos no fue posible, sin embargo, se estuvo cerca del cumplimiento, por eso se realiza un llamado a prestar una mayor atención a esta patología puesto que las acciones dirigidas a la primera infancia están centradas en la desnutrición y debido a la transición epidemiológica la obesidad es una patología que se encuentra en aumento. El porcentaje promedio de seguimiento a los casos de obesidad en los menores de cinco años en el 2024 fue de 74,6%.

Es importante mencionar que el seguimiento constante a la obesidad es fundamental para promover la adecuación del estado nutricional y debe ser realizado por un equipo

interdisciplinario; además de acciones intersectoriales que vayan más allá de la atención y busquen modificar los determinantes intermedios y estructurales, sumado a ello también deben existir acciones poblacionales, ya que solo realizando atenciones individuales no se logrará reducir la prevalencia de esta situación en salud.

Gráfica. Proporción de personas menores de 5 años de edad con obesidad, con mínimo un (1) seguimiento en consulta de Nutrición o pediatría o medicina general, o medicina familiar para el manejo de la alteración; en la Subred Suroccidente de enero a diciembre del 2024

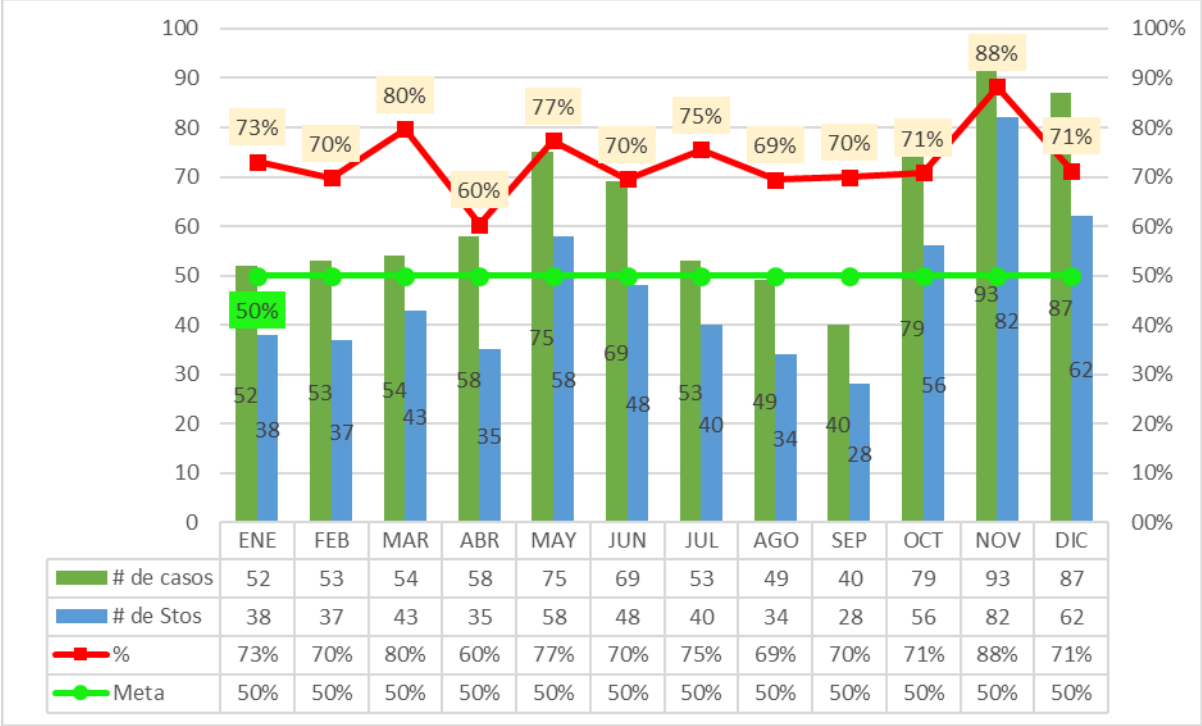


Fuente: SISSO – DGRS. Ruta Alteraciones Nutricionales. Año 2024

4) Proporción de personas menores de 5 años de edad con sobrepeso, con mínimo un (1) seguimiento en consulta de Nutrición o pediatría o medicina general, o medicina familiar para el manejo de la alteración: Este indicador tiene como meta que el 50% de los menores de cinco años con diagnóstico de sobrepeso, tengan por lo menos un seguimiento para el manejo de la alteración al mes, durante el año 2024 se cumplió satisfactoriamente con este indicador, con un promedio de seguimiento del 73,6%; al igual que con la obesidad es necesario prestar una mayor atención a esta patología y realizar un seguimiento constante para contribuir a la adecuación del estado nutricional. Los meses en los que se presentaron más casos fueron octubre, noviembre y diciembre.

La situación del sobrepeso en menores de cinco años debe tener mayor atención, puesto que en el primer semestre se presentó un crecimiento constante de casos y en el último trimestre del año existió otro aumento considerable, el seguimiento y acciones destinadas a abordar el sobrepeso son fundamentales puesto que evitan la aparición de la Obesidad, que tiene una mayor carga de morbilidad sobre la población, aquí se hacen aún más relevantes las acciones educativas y preventivas.

Grafica. Proporción de personas menores de 5 años de edad con sobrepeso, con mínimo un (1) seguimiento en consulta de Nutrición o pediatría o medicina general, o medicina familiar para el manejo de la alteración; en la Subred Suroccidente de enero a diciembre del 2024

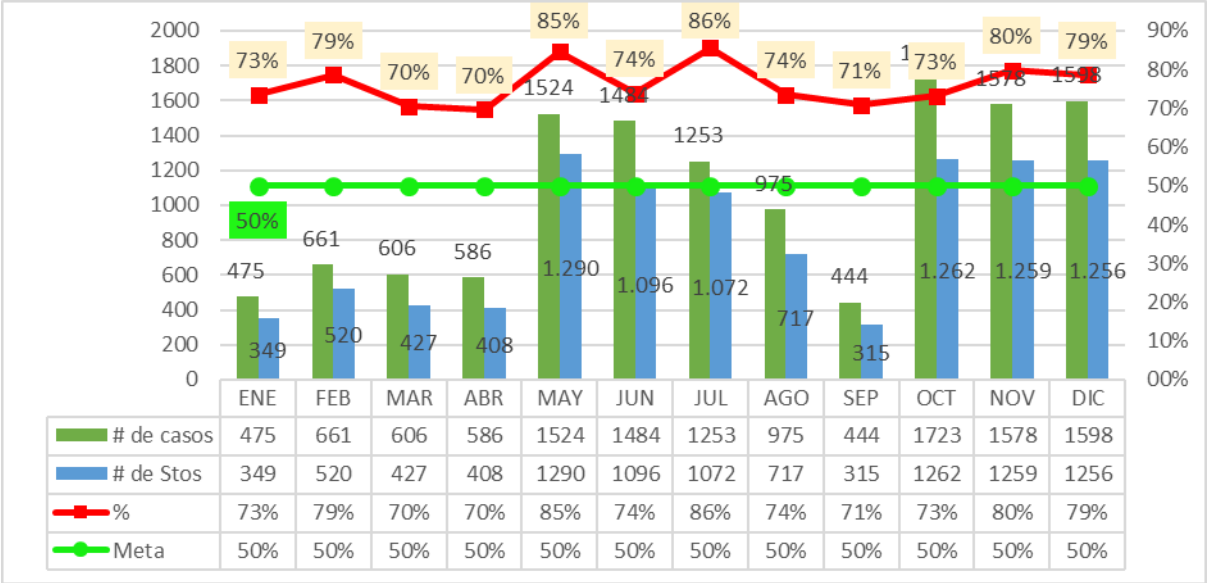


Fuente: SISSSO – DGRS. Ruta Alteraciones Nutricionales. Año 2024

5) **Proporción de personas mayores de 5 años con diagnóstico de Obesidad, con mínimo un (1) seguimiento en consulta de Nutrición o pediatría o medicina general, o medicina familiar o medicina interna para el manejo de la alteración:** Este indicador tiene como meta que el 50% de las personas mayores de cinco años con diagnóstico de obesidad tengan seguimiento por parte de las especialidades contempladas por la ruta por lo menos una vez al mes después de la identificación de la obesidad, a lo largo del año 2024 se cumplió satisfactoriamente con este indicador, con un promedio de seguimiento del 79,2%, los meses en los cuales se identificaron menos casos fueron agosto y septiembre, mientras que los meses con mayor número de casos fueron octubre, noviembre y diciembre.

En este punto es importante mencionar que la mayor parte de la población inscrita en la ruta corresponde a personas mayores de cinco años con obesidad, es fundamental aumentar los esfuerzos para que las atenciones de seguimiento a estas personas estén mayoritariamente dirigidas a la adecuación de su estado nutricional, complementando las atenciones a las patologías de base que se puedan presentar. Adicional a lo anterior, se deben aumentar los esfuerzos para realizar actividades preventivas que lleven a evitar la aparición de obesidad, esta prevalencia demuestra que las acciones preventivas individuales y colectivas están siendo insipientes. Como en otras situaciones en salud vistas anteriormente se insta a realizar acciones intersectoriales articuladas que vayan más allá de la atención y busquen modificar los determinantes intermedios y estructurales, tal como se expuso en los casos de exceso en menores de cinco años, se recalca que es importante realizar acciones poblacionales con este grupo.

Gráfica. Proporción de personas mayores de 5 años con diagnóstico de Delgadez, con mínimo un (1) seguimiento en consulta de Nutrición o pediatría o medicina general, o medicina familiar o medicina interna para el manejo de la alteración; en la Subred Suroccidente de enero a diciembre del 2024

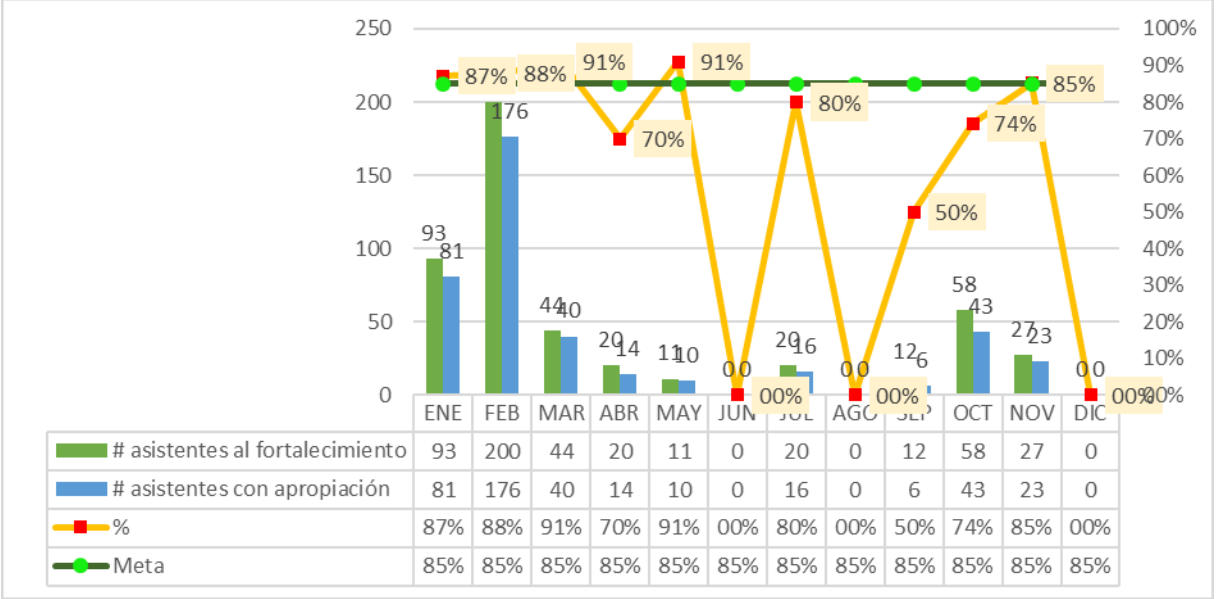


Fuente: SISSSO – DGRS. Ruta Alteraciones Nutricionales. Año 2024

- 7) **Porcentaje de niños y niñas diagnosticados con desnutrición aguda, con recuperación del estado nutricional:** En este indicador se llevó de manera acumulada durante el año 2024, para la consecución de la información se tuvo como fuente de información los niños reportados por evento 113 en el SIVIGILA, además de la búsqueda activa de casos a través de los pesos y tallas reportados por RIPS (actividad realizada hasta mayo), y la confirmación a través de la revisión de historias clínicas; luego de la confirmación de los casos, la recuperación del estado nutricional se hace a través de la revisión de historias clínicas. En el año 2024 se identificaron 356 casos de desnutrición aguda, de los cuales se recuperaron 268, es decir, que al año el porcentaje de recuperación nutricional fue del 75,3%, lo cual cumple con la meta establecida que es del 60% de recuperación nutricional. Se debe aclarar que para este indicador se tuvieron en cuenta los casos identificados en el año 2023 que al iniciar el año 2024 no habían logrado la recuperación del estado nutricional, lo que hizo que el denominador de casos este año sea algo mayor que el anterior.
- 8) **Porcentaje de adherencia a los fortalecimientos técnicos efectuados por la ruta de alteraciones nutricionales:** La meta propuesta para este indicador es que el 85% de los participantes de los fortalecimientos técnicos tengan adherencia a los conocimientos compartidos en las actividades, a través de la calificación en los pre y posts realizados, en cinco de los doce meses del año se logró la meta propuesta, en los meses de abril, junio, agosto, septiembre, octubre y diciembre no se cumplió con la meta establecida, en el año de todos los profesionales capacitados el promedio de adherencia a los fortalecimientos fue de 84,3%, es importante mencionar que desde abril hasta diciembre

se presentó un importante descenso de talento humano en la ruta, razón por la cual se disminuyó el número de fortalecimientos realizados.

Gráfica. Porcentaje de adherencia a los fortalecimientos técnicos efectuados por la ruta de alteraciones nutricionales; en la Subred Suroccidente, de enero a diciembre del 2024



Fuente: SISSSO – DGRS. Ruta Alteraciones Nutricionales. Año 2024

12.3 EQUIPOS DE ATENCIÓN EN CASA / EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES DE HOGAR

Los equipos de atención en casa son grupos interdisciplinarios de profesionales y/o técnicos que, mediante su acercamiento y trabajo directo con el individuo y la familia, favorecen el acceso a los servicios de salud y el logro de resultados entorno a la promoción del autocuidado, la prevención o la detección temprana de la enfermedad y la gestión complementaria del riesgo, en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud - APS.

Frente a las acciones realizadas por los equipos de atención en casa, en las localidades de Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda, con 3 estrategias; la primera casa a casa abordando en 13 UPZ priorizadas, la segunda ruteo abordando casos priorizados a por no acceso a atención, son controles por su riesgo en salud, referencia comunitaria, PQR entre otros y la tercera estrategia conglomerados con población priorizada que por condición requieren un abordaje diferente (actividades sexuales pagas, grupos étnicos, LGBTI, habitante de calle entre otros)

ITEM	I semestre 2023	I semestre 2024
Total de usuarios	60.006	70.668
Familias Atendidas en Casa	44.307	39.637
Atenciones por Enfermería	733	427

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

ITEM	I semestre 2023	I semestre 2024
Relevo a cuidadores por auxiliar de enfermería	3.692	1.095
Atenciones por Psicología	8.556	17.160
Atenciones por Terapia Ocupacional	874	358
Respiro a Cuidadores	137	57

Fuente: SSISSO – DGRS. Base EAC. Año 2023 a corte Julio 2024

En cuanto a indicadores de impacto para los equipos de atención en casa se encuentra:

No.	Nombre del Indicador	Subred Sur Occidente Año 2024
1	Porcentaje de avance en la gestión del territorio en las UPZ priorizadas (Cobertura)	116852
		132890
		87,93%
2	Porcentaje de familias abordadas según clasificación del suelo Urbano	32794
		32794
		100,00%
3	Proporción de personas con agendamiento para la atención de EAC y otras especialidades.	83587
		87978
		95,01%
4	Proporción de gestantes sin ingreso a la atención prenatal o no adherentes remitidas por ruteo las cuales se vinculan a la RMPN por los equipos de atención en casa.	127
		129
		98,45%
5	Proporción de personas con enfermedad Cardio Cerebro Vascular o Metabólica remitidas por ruteo, vinculadas a la RIA CCVM por los Equipos de Atención en Casa.	825
		875
		94,29%
6	Proporción de población con actividades de la Ruta Materno Perinatal desarrolladas por los EAC.	690
		701
		98,43%
7	Proporción de mujeres en edad fértil de 18-49 años, con patologías de HTA y DM que cumplen con criterios establecidos con provisión de métodos anticonceptivos.	11
		11
		100,00%
8	Proporción de atenciones en casa a personas con necesidades en salud mental atendidas por EAC.	2822
		3098
		91,09%
9	Porcentaje de usuarios con fortalecimiento de sus herramientas de afrontamiento.	2796
		2812
		99,43%
10	Proporción de gestantes migrantes irregulares con diagnóstico de sífilis no ubicadas en los servicios intramurales, con tratamiento completo.	7
		7
		100,00%
11	Proporción de gestantes con diagnóstico de sífilis con inicio de tratamiento farmacológico inmediato en domicilio o en servicios de salud primario y complementario de las IPS públicas y privadas, según corresponda al momento de la identificación.	36
		36
		100,00%
12	Proporción de niños y niñas menores de 5 años atendidos por los equipos de atención en casa con esquema completo de vacunación para la edad.	5047
		5352
		94,30%
13	Proporción de personas priorizada con entrega de medicamentos a domicilio.	828
		838
		98,81%
14	Proporción de personas priorizada con toma de laboratorios a domicilio.	538
		553
		97,29%
15	Cobertura de la estrategia de relevo a cuidadores.	253
		253
		100,00%
16	Porcentaje de cuidadores con proceso de relevo culminado.	426
		441

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

No.	Nombre del Indicador	Subred Sur Occidente Año 2024
		96,60%
		607
17	Porcentaje de cuidadores con reducción de carga de cuidado al culminar el proceso.	641
		94,70%

El convenio cuenta con finalización del 30 de julio de 2024, e inicia convenio nuevo El convenio da inicio el 17 de octubre de 2024 cuyo objeto es “Aunar esfuerzos entre el FFDS y la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, para realizar actividades de la Gestión del riesgo individual y colectivo en la modalidad extramural de acuerdo con las necesidades y prioridades de la población a nivel individual, familiar y territorial de los sectores catastrales asignados en el Distrito Capital, en concordancia con las normas que regulan el sistema general de seguridad social en salud, el plan territorial en salud y el modelo de atención en salud “MAS Bienestar”.

Para la subred Sur Occidente dentro del presente convenio, se determinó un total de 238 promotores, 150 para la categoría uno y 88 adicionales para la categoría dos, tomando como base la distribución inicial dada desde nivel central se calculó una proporción más acorde con la dinámica poblacional en nuestras localidades, distribuyendo esta última cantidad de promotores mayoritariamente en las localidades de Bosa y Kennedy, quedando de la siguiente manera:

Cuadro Planeación territorial Subred Sur occidente.

Localidades	Promotores categoría 1	Promotores categoría 2
Bosa	58	35
Fontibón	12	9
Kennedy	*49	36
Puente Aranda	30	9
Total	149	89

Fuente: Modificado de “Sectores catastrales por fases”.

Frente al abordaje territorial se cuenta con un avance de los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2024:

OCTUBRE 2024

Durante el 17 al 31 de octubre de 2024 se realizaron 1992 caracterizaciones en los 238 sectores catastrales para la subred.

Por parte de los profesionales se realizan 834 sesiones de plan de cuidado a las familias en los territorios de la subred.

NOVIEMBRE 2024

Para el mes de noviembre se realizaron 8.602 caracterizaciones en los 238 sectores catastrales para la subred.

Se realizan 3.983 seguimientos al plan de cuidado familiar de acuerdo a los riesgos identificados

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Se realizan 331 Planes de cuidado por perfil de medicina a usuarios crónicos inadherentes a la Ruta.

Se realizan 71 planes de cuidado individual para la persona cuidadora.

DICIEMBRE 2024

Para el mes de diciembre se realizaron 9.036 caracterizaciones en los 238 sectores catastrales para la subred.

Se realizan 3.245 seguimientos al plan de cuidado familiar de acuerdo a los riesgos identificados.

Se realizan 313 Planes de cuidado por perfil de medicina a usuarios crónicos inadherentes a la Ruta y 1 perfil de enfermería.

Se realizan 101 sesiones de planes de cuidado individual para la persona cuidadora.

12.4 ESTRATEGIA INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA CON ENFOQUE INTEGRAL Y DIFERENCIAL – IAMII

La Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia con enfoque Integral y diferencial – IAMII hace parte de la Dirección de Gestión del Riesgo en Salud en el subproceso de Gestión del Riesgo Individual.

La Subred Sur Occidente avanza en el cumplimiento de los diez pasos de la Estrategia IAMII incluyendo sus tres pilares: la integración de los servicios y programas a través de la ejecución de intervenciones eficaces que aborden a la población materno infantil; la continuidad en la atención, brindando educación en salud y acompañamiento a la madre, desarrollo e infantil y familia con la intervención de los grupos de apoyo; además de la calidad y mejoramiento continuo de la atención para disminuir la morbilidad y la mortalidad materna e infantil a la vez que se contribuye a mejorar su calidad de vida.

INDICADORES

La Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia con enfoque Integral y Diferencial – IAMII en la Subred, cuenta con una política institucional desde enero del 2020, con una actualización realizada en marzo del 2023, la cual se encuentra en Almera con el Código 01-01-OD-0004, documento mediante el cual “La Subred Sur Occidente, se compromete a avanzar en el cumplimiento de los Diez pasos de la Estrategia “Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia con enfoque Integral y diferencial” incluyendo sus tres pilares: la integración de los servicios y programas, a través de la ejecución de intervenciones eficaces que aborden a la población materna e infantil; la continuidad en la atención, brindando educación en salud y acompañamiento a la madre, desarrollo infantil y familia con la intervención de los Grupos de Apoyo; y la calidad y mejoramiento continuo de la atención, con el objetivo de disminuir la morbimortalidad materna e infantil y favorecer su calidad de vida”.

Para el seguimiento de esta política se establecieron cuatro indicadores, cuyo seguimiento se registra trimestralmente en Almera a partir de la información diligenciada durante las atenciones en las historias clínicas de DINAMICA. A continuación, se presenta el seguimiento anual comparando el resultado del año 2022 Vs el año 2023 y 2024, donde se evidencia una mejoría en el diligenciamiento de las historias clínicas en los folios pertinentes para el seguimiento de la implementación de la Política IAMII. En cuanto al indicador de lactancia en menores de 6 meses, se aclara que, en la subred se atiende un alto número de hijos de migrantes que tienen en su cultura un alto arraigo al uso de biberones, por lo cual, es necesario seguir fortaleciendo la educación en lactancia materna e informando los riesgos del uso de chupos y biberones.

Indicadores Política IAMII	Año 2022	Año 2023	Año 2024
Alojamiento conjunto	95,17%	100%	100%
Capacitación lactancia materna exclusiva	100%	100%	100%
Lactancia materna en menores de 6 meses	89,08%	82%	69%
Lactancia materna en la primera hora	95,17%	100%	100%

Fuente: Folios RECNAC, PERNEO y Partograma de la historia clínica en DINAMICA. Años 2022, 2023 y 2024.

En el Comité IAMII se hace el seguimiento a diferentes actividades que contribuyen a dar cumplimiento al objetivo estratégico institucional “Consolidar el Modelo de Atención en Salud de la Ciudad de Bogotá en la Subred” mediante los indicadores que permiten medir los resultados del comité a partir de la información consignada en los folios RECNAC, PERNEO y PARTOGRAMA de las historias clínicas de DINAMICA, folios que se diligencian en las sedes habilitadas para la atención del partos o cesáreas, que durante el 2024 tuvieron una migración de DINAMICA NET a DINAMICA WEB, además de múltiples fallas en la disponibilidad de la historia clínica magnética por fallas en el internet, debido a vandalismo en varias de las sedes de la subred, lo cual se evidencia en la reducción de los registros y por tanto en los indicadores.

Indicador	Resultado
Asistencias Técnicas a talento humano asistencial en los 4 turnos por parte de Líder IAMII	100%
Brindar información y educación al 100% de las madres y/o sus familias en lactancia materna	100%
Lograr que el 80% de niños y niñas menores de 6 meses que asisten a la consulta de valoración integral de primera infancia, tengan lactancia materna exclusiva	69%
Garantizar la lactancia materna en la primera hora de vida al 100% de los nacidos vivos sin complicaciones médicas y/o contraindicaciones, dejando registro en las historias clínicas	100%
Garantizar el 100% del alojamiento conjunto del binomio madre e hijo, si las condiciones de salud lo permiten	100%

Fuente: SISSSO – DGRS. Comité IAMII 2024

PRINCIPALES LOGROS

En el siguiente cuadro se presenta el resumen de las evaluaciones externas realizadas a las 14 sedes que fueron evaluadas por la Fundación Santa Fe de Bogotá en el período septiembre a diciembre del 2024, donde se evidencia el cumplimiento de los criterios exigidos por el Ministerio de Salud y UNICEF para la certificación como Instituciones IAMII. Estas sedes se suman a las cinco sedes certificadas en el año 2023.

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

presentados en población materno infantil, se toma nota de acciones que pueden ser oportunidades de mejora para el cumplimiento de los objetivos y de la implementación de la Estrategia IAMII en la Subred; logrando mejoría en el registro de la historia clínica de lo relacionado con la atención integral a las gestantes, así como de los niños y niñas, tanto por parte de los profesionales en medicina y especialistas como por el área de enfermería y trabajo social. Con estas acciones, la líder IAMII de la Dirección de Gestión del Riesgo logró una cobertura de 8581 personas sensibilizadas en diferentes temas de la Estrategia IAMII durante el 2024.

Se evidencia el cumplimiento de los 10 pasos de la Política IAMII en las sedes habilitadas para la atención de partos, especialmente el inicio temprano de la lactancia, el contacto piel a piel, el alojamiento conjunto durante el puerperio inmediato, donde además se brinda asesoría y acompañamiento a las familias para la implementación de una lactancia materna efectiva, actividades que deben quedar registradas en las variables de la historia clínica de DINAMICA en los folios e ítems diseñados para los seguimientos pertinentes.

En el proceso de implementación de la Estrategia IAMII en todas las sedes de la Subred, se logró que el Comité aprobara para las sedes de la Dirección de ambulatorios y de la Dirección de Hospitalarios, la entrega de 30 pendones, 178 modelos de seno y 98 muñecos – bebé para que, en todos los consultorios de enfermería, medicina general, ginecología y pediatría, donde se atiende a gestantes o niños y niñas, se cuente con material didáctico para la educación en lactancia materna, además de la impresión y entrega de 3.100 carpetas – carnets para control prenatal en el cual se registra la información pertinente a gestantes que inicien sus controles prenatales antes de la semana 13 de embarazo, las cuales se distribuyeron en las sedes de la dirección de ambulatorios durante el 2024.

La Subred cuenta con un curso virtual de “actualización en lactancia materna” disponible para que todos los profesionales asistenciales y de la dirección de gestión del riesgo en salud lo realicen previa inscripción. En el período 2023 - 2024 un total de 1.933 colaboradores realizaron los siete módulos y aprobaron este curso.

Durante el 2024 también se realizó el acompañamiento técnico a los líderes de las sedes ambulatorias con espacio para la implementación y certificación de las Salas Amigas de las Familias Lactantes – SAFL en las unidades de Villa Javier, Tintal y Mexicana, con el respaldo de la líder de bienestar de la oficina asesora de talento humano de la subred, que se suman a las SAFL hospitalarias del Hospital Occidente de Kennedy y el Hospital Pediátrico Tintal, con lo cual la subred ya cuenta con cinco sedes certificadas con SAFL duales. Queda como reto para el año 2025 la implementación de la SAFL en el Hospital de Fontibón y en los servicios ambulatorios del Hospital de Bosa, además de la adecuación del área para la preparación de fórmulas infantiles en hospitalización y urgencias de pediatría de esta sede.

Durante el 2024, dando cumplimiento al principal objetivo de la Estrategia IAMII, el cual es reducir la morbilidad y la mortalidad materno infantil, se logró una mejora en la comunicación y el trabajo articulado entre las diferentes direcciones, que permitió la ejecución de intervenciones eficaces a la población materno infantil, brindando continuidad en la prestación de servicios y educación en salud, lo cual se evidencia en el seguimiento hecho a los indicadores trazadores según la información oficial de la Subred, a través del equipo de análisis y políticas (ACCVSYE), estadísticas vitales y gestión de la información. Es necesario destacar la reducción en la tasa de natalidad en la población asignada a la Subred, situación que afecta directamente el denominador de varios indicadores trazadores.

Indicadores Trazadores	Año 2021		Año 2022		Año 2023		Año 2024	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Mortalidad materna	8	148,7	7	155,6	3	74,2	1	31,4
Mortalidad perinatal	98	17,9	75	16,5	67	16,4	44	13,7
Bajo peso al nacer total	863	16	722	16	704	17,4	547	17,2
Sífilis congénita	44	8	38	8,3	30	7,3	20	6,2
Mortalidad por desnutrición en menor de 5 años	0	0	1	13,6	1	12,7	0	0,0

Fuente: SISSSO – DGRS. Estrategia IAMII, Equipo Accvsye Años 2021 – 2024.

12.5 EPIDEMIOLOGÍA INSTITUCIONAL

Este es 1 de los 6 subprocesos de la Dirección de Gestión del Riesgo que tiene como objetivo articular las acciones de gestión de riesgo individuales y colectivas relacionadas con vigilancia epidemiológica.

INDICADORES

Desde el subproceso, se realiza la gestión pertinente con el fin que las 35 USS asistenciales den cumplimiento a la normatividad vigente Decreto 3518 de 2016 y 780 de 2016 en el marco de la vigilancia de eventos de interés en salud pública.

- Notificación obligatoria a los subsistemas de VSP: Se cuenta con 4 epidemiólogos institucionales que realizan la gestión pertinente en conjunto con las auxiliares de enfermería de las unidades de atención de la Subred Sur Occidente ESE, con el objetivo de dar cumplimiento con la notificación diaria y semanal de los diferentes Eventos de Interés en Salud Pública. Con el fin de cumplir con los protocolos del INS/SDS.

Para el año 2024 las sedes de la subred notificaron 19066 eventos de los cuales 12.759 están relacionados con salud mental y 5.383 eventos de SIVIGILA. Logrando un incremento frente al año anterior del 17.3 %, se resalta la implementación de las fichas de notificación en la historia clínica Dinámica y actualmente se encuentran disponibles 25 fichas de los principales eventos de notificación lo cual facilita, la completitud, legibilidad de los datos y el archivo magnético en la historia clínica.

- Asistencias técnicas: Mensualmente se reciben asistencias técnicas en las Unidades de atención de la Subred Sur Occidente, las cuales a partir de octubre del año 2022 son realizadas por parte de un equipo auditor a cargo de la Secretaría Distrital de Salud, en donde evalúan el cumplimiento de los protocolos y la normatividad para cada uno de los subsistemas, en caso de obtener resultados <85 % en SIVIGILA solicitan un plan de mejoramiento, el cual es realizado e implementando por líder de cada unidad de atención en salud.

Durante el año 2024, se recibieron 123 asistencias técnicas, dado que a cada unidad le realizan seguimiento trimestral, en general obteniendo una calificación favorable con un promedio de cumplimiento >95%. Se presento 2 cierres de UPGD. Centro de Salud Cundinamarca en el mes de julio de 2024 y Hospital Bosa Centro en el mes de octubre de 2024.

- Vigilancia centinela de eventos respiratorios y cardiovasculares para monitorear episodios de contaminación del aire: A partir del 21 de enero de 2022, El Hospital Occidente de Kennedy fue seleccionada para esta vigilancia centinela, por lo cual en la

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

primera fase se realiza reporte semanal de RIPS de urgencias, los cuales son enviados a la SDS para el respectivo análisis de información y mensualmente se recibe realimentación de avances, se realizaron capacitaciones periódicas a personal médico mensuales y se participó en EAC del mes de diciembre de 2024 para el área de facturación con el fin de fortalecer la calidad del dato, en registros como dirección, teléfono. En cuanto al Hospital Pediátrico Tintal se encuentra en fase de implementación, por lo anterior, se envían los RIPS para establecer una línea de base.

- Vigilancia centinela de virus respiratorios: Las siguientes unidades de atención realizan cumplimiento semanal de evento 345 Hospital Pediátrico Tintal y Hospital Occidente de Kennedy. Las cuales tienen como objetivo notificar usuarios adultos y pediátricos que cumplan la definición de caso de fiebre $>38^{\circ}\text{C}$ y tos en pacientes ambulatorios de no más de 7 días y pacientes con hospitalización no mayor a 10 días. Se cuenta con una meta semanal de 10 usuarios semanales. Para identificar el perfil de los virus respiratorios que circulan en la población que consulta en la Subred Sur Occidente, se ha realizado cumplimiento de las metas establecidas con algunas dificultades superadas durante el año, se implementaron estrategias de capacitación continua en estas dos unidades durante el año 2024.
- Unidades de análisis de eventos de interés en salud pública institucionales y distritales: Desde epidemiología institucional mensualmente se revisa cada uno de los eventos de interés en salud pública que requieren unidad de análisis de carácter obligatorio como: morbilidad y mortalidad materna, mortalidad perinatal, por EDA, IRA, DNT, tuberculosis VIH y EAPV. Durante el año 2024, se realizaron 182 unidades de análisis institucionales y se participó en 50 unidades de análisis distritales.
- Planes de mejoramiento de eventos de interés en salud pública: A partir de las unidades de análisis institucionales o distritales se generan hallazgos para implementar planes de mejoramiento, los cuales son generados e implementados por los líderes de cada unidad de atención y los diferentes referentes técnicos de: ginecología, pediatría, medicina interna, servicios ambulatorios, laboratorio clínico entre otros, los planes de mejora internos son matriculados en la plataforma Almera “planes de trabajo” así como los planes de mejora derivados de unidad de análisis distrital. Allí se consolidan los soportes de los planes de mejoramiento lo cual facilita la presentación, organización y archivo de los soportes de cumplimiento, en el momento en que las entidades internas y externas requieran hacer seguimiento.
- Indicadores Institucionales de Intranet: Mensualmente desde epidemiología institucional se actualiza en intranet /información oficial los indicadores de eventos de interés en salud pública trazadores de: Sífilis congénita, en mortalidad perinatal, mortalidad materna y bajo peso al nacer a término y de mortalidad infantil en menores de 1 año y menores de 5 años, mortalidades por IRA, neumonía y EDA, desnutrición y fecundidad en mujeres de 10 a 14 años y de 15 a 19 años entre otros.
- Encuentros de aprendizaje: Participación mensual en los encuentros de aprendizaje en jornadas de inducción para el personal que ingresa nuevo a la institución y en jornadas de reinducción para personal antiguo.

12.6 COMITÉ DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

El Comité de Gestión del Riesgo en Salud creado mediante Resolución 657 de 2017, derogada posteriormente por la Resolución 0289 del 5 de mayo de 2022 y la 0769 del 27 de noviembre de 2023, el cual integra los comités de: vigilancia epidemiológica y estadísticas vitales e indicadores del modelo de atención, se realiza con periodicidad mensual y las actas se encuentran disponibles en aplicativo Almera y en medio físico en la Dirección de Gestión del Riesgo.

12.7 EJECUCIÓN DE LOS CONTRATOS Y CONVENIOS SUSCRITOS CON LOS FONDOS DE DESARROLLO LOCAL DE BOSA, PUENTE ARANDA Y FONTIBÓN

Desde la dirección de gestión en salud, se realizan las acciones técnicas y administrativas para la suscripción de contratos y convenios interadministrativos especialmente con los Fondos de Desarrollo Local de Bosa, Puente Aranda y Fontibón.

INDICADORES

A continuación, se presenta los convenios y contratos ejecutados durante el 2024:

No. Convenio	Entidad	Objeto	Fecha de inicio	Fecha de terminación
642- 2022	FDL BOSA	Prestar los servicios para el diseño, implementación y seguimiento a la aplicación de acciones y estrategias de intervención de los componentes de acciones complementarias, acciones de cuidado y estrategia territorial de salud, enmarcados en el proyecto de inversión de salud 1690 - cuida a una ciudadanía imparale, de la localidad de bosa	20/02/2023	19/10/2024
2230111- 2023	ENTERRITORIO	Aunar esfuerzos técnicos, humanos, económicos y logísticos para implementar el modelo de prevención combinada del VIH con enfoque comunitario en población clave (HSH, trans, TS y migrantes) en la Ciudad de Bogotá D.C. - Zona Sur Occidente, para el logro de los objetivos del proyecto "ampliación de la respuesta nacional al VIH con enfoque de vulnerabilidad", en el marco del acuerdo de subvención No.COL-H Enterritorio 3042 (convenio no. 222005).	30/06/2023	31/12/2024
382- 2023	FDL PUENTE ARANDA	Aunar esfuerzos técnicos, administrativos y financieros, entre el Fondo de Desarrollo Local de Puente Aranda y la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente, para el otorgamiento de ayudas técnicas o dispositivos de asistencia personal, no incluidas o no cubiertas en el plan obligatorio de Salud -POS-, como acción que facilita el mejoramiento de la calidad de vida y la promoción del bienestar para las personas con discapacidad, residentes en la localidad de Puente Aranda, vigencia 2023, en desarrollo de la política pública distrital y demás normas afines	28/06/2023	16/04/2024
429- 2023	FDL FONTIBÓN	"Aunar Esfuerzos Técnicos, Administrativos Y Financieros Para La Adquisición De Dispositivos De Asistencia Personal No Incluidas En El Plan De Beneficios Y Realización De Actividades Alternativas En Salud Dirigido A Población Con Discapacidad Y Cuidadores De Población Con Discapacidad Habitantes En La Localidad De Fontibón"	16/02/2024	15/03/2025
430- 2023	FDL FONTIBÓN	Aunar Esfuerzos Para Ejecutar Los Componentes: Acciones Para La Disminución De Los Factores De Riesgo Frente Al Consumo De Sustancias Psicoactivas, Co-Inversión En La Estrategia Territorial De Salud, Acciones De Cuidado Y Protección Para Madres Gestantes, Niños Y Niñas Migrantes En Condición Irregular, Prevención Del Embarazo En Adolescentes, Fortalecimiento A Los Saberes Ancestrales De Fontibón	16/02/2024	15/12/2024

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

No. Convenio	Entidad	Objeto	Fecha de inicio	Fecha de terminación
		De Acuerdo A Las Especificaciones Establecidas En El Anexo Técnico"		

12.8 CONVENIO SUSCRITO CON SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DISTRITAL

En los convenios suscritos con la Secretaría de Educación, se han logrado avances significativos en su objetivo de fomentar estilos de vida saludables, mejorar las condiciones de salud de los estudiantes y fortalecer la permanencia escolar en las Instituciones Educativas Distritales (IED) de Bogotá. Durante el año 2024, las estrategias implementadas impactaron positivamente en las comunidades escolares de las localidades de Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda.

INDICADORES

Ampliación de la Cobertura

El programa alcanzó en el 2024 con el convenio 6598244-2024 103 IED en las localidades intervenidas, adaptando sus actividades a las necesidades específicas de cada comunidad educativa. Este nivel de alcance permitió que la mayoría de los estudiantes y docentes participaran en actividades clave, fortaleciendo la corresponsabilidad entre los actores educativos. A continuación, se muestra la cobertura de instituciones por localidad

Localidad	Año 2024
BOSA	32
KENNEDY	44
FONTIBON	12
PUENTE ARANDA	15
Total	103

Abordaje poblacional

Para el 2024 se mantuvo un alcance poblacional debido a las diferentes estrategias planteadas, con el fin de llegar a cada uno de los estudiantes, como lo muestra la siguiente tabla:

Líneas de acción	2024
Alimentación saludable	6.910
Actividad física	7.130
Prevención de accidentes escolares	6.354
Movilidad segura	5.468
Total	25.862

12.9 PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS (PAPSIVI)

El contrato interadministrativo suscrito entre el Fondo Financiero Distrital-FFD y la Subred Sur Occidente-SSO con el objetivo de contratar acciones para la implementación de la medida de rehabilitación establecida en la Ley 1448 de 2011 a través del desarrollo del componente de atención psicosocial del PAPSIVI y de las estrategias diferenciales para

personas víctimas del conflicto armado residentes en el distrito capital, desde esta figura se firmó durante el año 2024 el 20 de noviembre , el proceso de contratación del talento humano se dio a partir del 26 de noviembre y a partir de allí se dio inicio a la implementación de las acciones contempladas en cada una de las modalidades y estrategias contempladas a nivel distrital.

INDICADOR DE COBERTURA

En noviembre y el mes de diciembre 2024 se implementaron acciones en el marco de la medida de rehabilitación psicosocial que establece la Ley 1448/ 2011, con el desarrollo de proceso de atención psicosocial e identificación y mitigación de riesgos en salud para personas víctimas del conflicto armado, junto con acciones complementarias que responden a las apuestas para la Reconciliación y la Paz definidos en la normatividad, a través de la generación de estrategias que incorporan el enfoque diferencial y de género y reconocen la interseccionalidad de la población víctima, entre ellos la modalidad individual, modalidad familiar, modalidad comunitaria, componente étnico afrodescendiente, palenquero, gitano y abordaje diferencial e interseccional para población víctima del conflicto armado a través del diseño e implementación de estrategias diferenciales para la reconciliación y la paz.

Para la implementación de las diferentes acciones se contó con un equipo conformado con perfiles de profesionales especializados, Trabajo Social, Psicología, Sociología, Politólogos, Enfermería y Gestores/promotores comunitarios.

A continuación, se presentan desagregados los resultados de la cobertura en las atenciones, por parte del equipo de colaboradores: Para el periodo en mención se implementaron 62 planes de atención psicosocial en la modalidad individual, 20 planes de atención psicosocial en la modalidad familiar compuestos por 69 personas. En la modalidad comunitaria no hubo aperturas para estos meses, ya que, se dio continuidad a los planes de atención con organizaciones aperturadas en meses anteriores. Anexo a los datos anteriores, el perfil de enfermería realizó 751 acciones de identificación de riesgos en salud en las diferentes modalidades.

Estos procesos son transversalizados por las siguientes fases: (1) acercamiento y reconocimiento a individuos, familias y comunidades para la identificación de afectaciones, recursos de afrontamiento, y concertación del plan de atención psicosocial; (2) ejecución del plan de atención y seguimiento, donde se abordan las orientaciones metodológicas desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social según las necesidades de los individuos, familias y comunidades; (3) cierre, donde se fortalecen herramientas de afrontamiento, habilidades y proyecciones de vida y según indicadores, se evalúan los impactos generados en la atención psicosocial.

A continuación, se muestra la cobertura de personas Víctimas de conflicto armado por modalidades:

Noviembre y diciembre 2024	Personas Atendidas por Modalidad				Total personas VCA atendidas
	Modalidad Individual	Modalidad Familiar	Modalidad Comunitaria	Modalidad Individual - Grupal	
Noviembre	0	0	0	0	0
Diciembre	62	69	0	0	131
Total	62	69	0	0	131

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

De los 62 planes de la modalidad individual que corresponden a 11 hombres y 51 mujeres, se ejecutaron planes tanto en el nivel de atención terapéutica con el fin de abordar el daño psicosocial moderado y/o grave y en el nivel de consejería y apoyo para el fortalecimiento de recursos de afrontamiento y orientación frente a los daños generados por el conflicto armado.

En los cierres de los planes de atención de la modalidad individual se registra que las personas han logrado: expresiones de bienestar y satisfacción frente al proceso alcanzado, restauración de roles y actividades, nuevos sentidos sobre la experiencia de violencia, e identificación de formas para afrontar las dificultades. (PAP020, MSPS)

En relación a la modalidad familiar y los 20 planes de atención abordados que corresponden a 26 hombres y 43 mujeres, de ellos, corresponden al nivel de atención terapéutica para la mitigación de daños moderados y graves en las dinámicas familiares, y al nivel de consejería y apoyo para fortalecer los recursos, aportar a la reconstrucción de tejidos familiares y potenciar las acciones que desde la familia se generan.

La modalidad familiar tiene implicaciones directas en el sistema relacional y vincular de las personas que sufrieron los hechos de violencia. En este orden, se considera de suma importancia que la atención psicosocial permita identificar formas de afectación, formas de relación entre los miembros de la familia, formas del deterioro en la calidad de vida entre ellos, y todas las alteraciones significativas de sus roles, en su composición y en sus estilos de su comunicación, entre muchos otros factores que se suelen suscitar en el marco de la atención.

Para la modalidad comunitaria en estos meses no se iniciaron procesos de atención psicosocial con organizaciones de personas víctimas del conflicto armado, sin embargo, se llevaron a cabo los cierres de las organizaciones que se venían abordando que corresponden a 21 organizaciones, 288 personas, las cuales corresponden a 98 hombres y 190 mujeres. Allí se trabajó en favor de la desprivatización de los daños en la dimensión social, además de reconocer la dimensión relacional colectiva como parte de un proceso de rehabilitación, por lo tanto se entiende que lo colectivo tiene en sí mismo, un efecto que puede ser terapéutico y que se basa en las posibilidades de reconstruir o reorientar el tejido social existente. Las orientaciones metodológicas de estas organizaciones se conforman en los niveles de atención de Reconocimiento social, Reconstrucción de las memorias y Fortalecimiento colectivo.

Con respecto al componente de gestión del riesgo en salud que está a cargo del perfil de enfermería lograron atender a 405 personas, de las cuales son 135 hombres y 270 mujeres, realizando 718 acciones entre valoraciones y gestiones; enmarcadas en el abordaje de salud integral, contribuyendo a la mitigación de las afectaciones emocionales resultado de sus vivencias en el marco del conflicto armado y que se reflejan en la mayoría de las situaciones, en dolencias físicas y que han perdurado en el tiempo, sin percatarse que tales dolores son resultado de ese del malestar que ha dejado el conflicto armado.

12.10 PRINCIPALES LOGROS

Fomento de la Salud y Prevención de Enfermedades

- Charlas sobre el Virus del Papiloma Humano (VPH): Se sensibilizó a estudiantes y familias sobre la prevención y vacunación contra el VPH mediante actividades informativas diseñadas para este propósito.

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

- Jornadas de vacunación: Se realizaron campañas que garantizaron la vacunación de cientos de estudiantes, reduciendo el riesgo de enfermedades contagiosas.
- Cepillatones: Actividades educativas que promovieron hábitos de higiene bucal entre niños y jóvenes.

Inspecciones y mejora de condiciones sanitarias

Se llevaron a cabo inspecciones en tiendas escolares para garantizar estándares sanitarios adecuados y fomentar la oferta de alimentos saludables, promoviendo una alimentación balanceada entre los estudiantes.

Innovación educativa y cultural

Proyecto "Prácticas Saludables de Nuestras Culturas": Iniciativa que integró tradiciones culturales y conocimientos modernos para promover el bienestar en las comunidades educativas, fortaleciendo la identidad cultural y fomentando prácticas saludables adaptadas al contexto local.

Uso de herramientas digitales

Se implementó la aplicación MUVI, facilitando la identificación digital y la comunicación entre estudiantes, familias y escuelas, avanzando hacia la modernización de los procesos educativos y de bienestar.

Promoción de la corresponsabilidad familiar y comunitaria

Se logró una activa participación de familias y docentes en actividades de promoción de la salud, fortaleciendo el vínculo entre el hogar y la escuela. Esto permitió alcanzar una cobertura del 90% en acciones de prevención en las localidades intervenidas.

A continuación, se presentan los principales logros derivados de la implementación de los convenios suscritos con FDL y Enterritorio.

Componente	Actividad	Total
CUIDADORES	Identificaciones Vulnerabilidad Acciones Complementarias Para Cuidadoras Y Cuidadores	417
	Grupos Para Cuidadoras Y Cuidadores	17
	Sesiones Complementarias Para Cuidadoras Y Cuidadores	81
	Kits entregados a cuidadores	249
	Salida recreativa cuidadores	664
MIGRANTES	KITS entregados a migrantes	638
	Brigadas Cuidado Para Población Migrante Irregular	34
PREVENCIÓN CONSUMO SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	Número de Dispositivos de Base Comunitaria Fortalecidos (DBC)	27
	Personas participantes en proceso de formación (DBC)	181
	Personas participantes en iniciativas DBC	1.509
	Personas Centro de Escucha	347
	Implementación estrategia "a la salida nos vemos"	1.071
PREVENCIÓN EMBARAZO EN ADOLESCENTES	Implementación estrategia "a la salida nos vemos"	770
	Diálogos de Saberes	175
COINVERSIÓN	Proceso de fortalecimiento en temas de alimentación saludable, higiene oral y actividad física	149

Componente	Actividad	Total
DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	PERSONAS CON DISCAPACIDAD BENEFICIARIAS	106
	DISPOSITIVOS ENTREGADOS	395
CONVENIO 2230111	PAQUETES DE PREVENCIÓN ENTREGADOS	37.051
	PRUEBAS APLICADAS	34.551

MACROPROCESO APOYO

13 PROCESO GESTION FINANCIERA

La gestión financiera cuenta con 5 subprocesos

- Contabilidad
- Cartera y glosas
- Facturación
- Tesorería
- Presupuesto

13.1 SUBPROCESO DE CONTABILIDAD

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, registra la información financiera y contable, teniendo en cuenta lo establecido en el nuevo marco normativo adoptado mediante Resolución 414 de 2014 de la Contaduría General de la Nación, la cual es aplicable a las empresas que no cotizan en el mercado de valores y que no capan ni administran ahorro del público.

Los Estados Financieros de las vigencias del 2023, se aprobaron por parte de la Junta Directiva en los términos establecidos en la Circular 032 de 2012 de la Contaduría Distrital, y los Estados Financiero a corte 30 de septiembre 2024, presentados a la Contaduría General de la Nación, los cuales están conformados por los siguientes reportes:

- Estado de Situación Financiera Comparativo.
- Estado de Resultados Integral Comparativo.
- Estado de Cambios en el Patrimonio.
- Estado de Flujo de Efectivo.
- Notas a los Estados Financieros.
- Certificación de saldos de acuerdo a los libros oficiales expedida por la Representante Legal y la Contadora de la Entidad.
- Dictamen de Revisoría Fiscal a los Estados Financieros.

En relación a los Estados Financieros de las vigencias del 2023 y 2024 de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, se auditaron por parte de la Revisoría Fiscal generando un Dictamen razonable sin salvedades, así mismo, se auditaron por parte de la Contraloría de Bogotá, obteniendo como resultado unos Estados Financieros razonables con salvedades.

Así mismo, en cumplimiento a lo señalado en la Resolución 193 de 2016 de la CGN, la Oficina de Control Interno realizó la evaluación al Control Interno Contable obteniendo como resultado una calificación de 4.98 para la vigencia del 2023 y la calificación para la vigencia

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

del 2024, se encuentra en proceso una vez se realice el cierre, es de aclarar que resultado que se encuentra incorporado en la página de la CGN.

Los Estados Financieros de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, se incorporarán en la página de la Contaduría General de la Nación y de la Contaduría Distrital para la vigencia del 2023 el 15 de febrero de 2024 y para la vigencia del 2024 el 15 de febrero de 2025, de acuerdo a lo establecido en la Resolución 706 de 2016 de la CGN.

De otra parte, de acuerdo a lo señalado en la Circular 016 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud, se reportó mediante el formato FT002, la publicación de los Estados Financieros en la página web de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. de la vigencia del 2023 y 2024, una vez aprobados por la Junta Directiva de la entidad.

13.2 SUBPROCESO DE COSTOS

A continuación, se describe la gestión realizada en la vigencia 2024; desde el cumplimiento a la resolución DDC 000001 del 18 de mayo de 2023 hasta los informes y análisis específicos realizados a solicitud de los procesos.

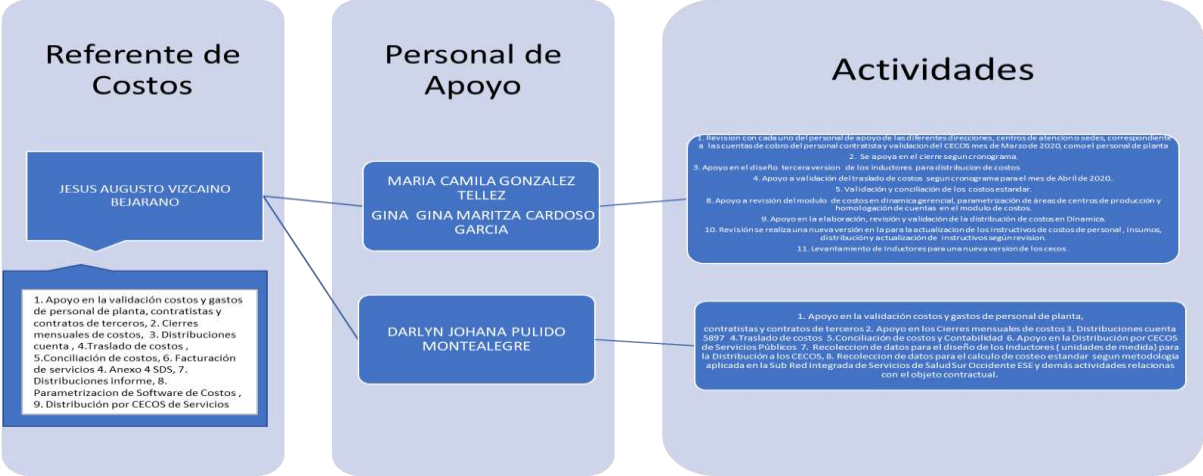
El subproceso de costos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., se elaboran informes y análisis para las Unidades de Negocio, Centro de atención, Servicios, Especialidad, elementos del costo, recursos, margen de contribución por tipo de contratos y estudios específicos de diferentes procesos, servicios y convenios; en busca de ser costo eficiente en la prestación de los servicios.

Se relaciona el personal por cada vigencia donde se evidencia que el subproceso de costos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., en comparación con las demás subredes es la menos costosa.

Para la vigencia 2019, durante los meses de enero hasta el mes de diciembre, se contó con todo el recurso completo para atender las necesidades de costos de la Subred, es importante resaltar que el Subproceso de Costos adelantó con el recurso antes descrito el cumplimiento de la información en relación al cumplimiento de la DDC 000001 de 18 de mayo de 2023.

Para la vigencia 2020, por la necesidad y el crecimiento del control de los convenios, se contrata un apoyo a partir del mes de junio de 2020 fortaleciendo el subproceso con el fin de mejorar el control a los convenios y estudios específicos por parte de otros procesos de la subred, es de anotar que la persona contratada inició entrenamiento para este proceso, el cual puede tardar entre 7 meses a un año y dos meses para el control de los convenios.

Año 2024



II PARTE: MATRIZ DOFA SUBPROCESO DE COSTOS.

Corresponde a la información registrada según anexo técnico 4 del informe de costos por el año 2024.

Debilidades
El modulo de costos no esta parametrizado en su totalidad
Plan de mejoramiento por insumos
por la pandemia se ha dejado de realizar actualizacion a bases de informacion
Se presenta reclasificacion del 100% de la informacion contable relacionado con insumos

Oportunidades
Referencia ante los demas subredes en relacion a factores de costos y buenas practicas
Mejora en la oportunidad de entrega de informes
Podemos mejorar en metodologias de distribucion

FORTALEZAS
Tenemos un alto nivel de competitividad
Tenemos reconocimiento en el proceso de costos
Tenemos buena reputación entre las otras areas
Tenemos buena reputación con los clientes internos
Tenemos una estrategia definida evaluacion de convenios y
Tenemos costos más bajos que la competencia
Tenemos la tecnología en informacion adecuada de costos
Tenemos la estructura necesaria para desarrollar el negocio
Tenemos el personal idóneo en cada puesto
Conocemos las unidades de negocio de la subred
realizamos estudios según la necesidad
Tenemos los mecanismos de control del negocio
Se da cumplimiento a la resolución DDC 0000003 del 27
El plazo de entrega es mejor que la competencia
Oportunidad en la entrega de informes según plazos

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Amenazas
Cambios en la normatividad por parte de la SDS
Problemas con el sistema
Riesgos de perdida de informacion en medio magnetico

III PARTE: ESTADO ACTUAL DEL PROCESO.

Cumplimiento a la resolución DDC 00001 del 18 de mayo de 2023

Informes por trimestre I, II, III y IV 2024

Informe Primer semestre por trimestre I y II 2024

Informe por USS por trimestre I, II, III y IV 2024

Informe de Convenios

Informe de CECOS AMED –Atención Domiciliaria

Informe costo beneficio dietas subred sur occidente año 2024.

Seguimiento a los costos y gastos de las operaciones por USS y recursos; su socialización con las diferentes direcciones en los diferentes meses del año 2024

Informe de Austeridad por trimestre y semestre del año 2022 entregados a las áreas de control interno y a la SDS en los periodos Primer semestre de 2024 y I al III trimestre de 2024.

Seguimiento e Informes financieros de los convenios = 29 con corte al mes de diciembre de 2024

RIAS	= 7 – Dirección del riesgo
acreditación	= 1 - Calidad
Ruta Salud	= 1 – Atención al usuario
Violencia y traumas	= 1 – Dirección de urgencias
AMED - salud mental	= 1 – Dirección de urgencias
Nuevo Modelo	= 1 – Dirección del riesgo
Participación S	= 1 - Oficina de participación
Ambulancias APH	= 1 - Dirección de Urgencias
Fortalecimiento	= 1 – Subgerencia Corporativa
Educación SDE	= 2 – Dirección del Riesgo
Salud Publica - PIC	= 1 – Dirección del Riesgo
UEL – FDL	= 5 – Dirección del Riesgo
En territorios	= 1 - Dirección del Riesgo
Personal Infraestructura	= 1 – Planeación
Salud Mental Domiciliaria	= 1 – Dirección de Urgencias

Docencia = 1 – Gestión del Conocimiento
Etnias = 1 – Gestión del Riesgo
Gestión Documental = 1 – Dirección Administrativa

13.3 SUBPROCESO PRESUPUESTO

EJECUCION PRESUPUESTAL VIGENCIA DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024

Para la vigencia 2024, el presupuesto definitivo asciende a la suma de \$661.093 millones, de esta cifra, el presupuesto aprobado inicialmente fue por valor de \$464.959 millones, durante la vigencia se adicionaron \$196.134 millones, lo que corresponde al 30% de recursos adicionales comparado con el presupuesto definitivo al cierre de la vigencia 2024. Para la vigencia 2023, el presupuesto definitivo cerró con \$670.546 millones, de esta cifra, inicialmente fueron aprobados por valor de \$522.001 millones, durante la vigencia en mención, se adicionaron \$119.021 millones, lo que corresponde al 19% de recursos adicionales; el presupuesto definitivo para la vigencia 2024 en comparación con la vigencia 2023, se redujo en \$1.332 millones, lo cual corresponde a una diferencia del 1%.

INGRESOS

Tabla No. 87 Ejecuciones ingresos 31 de diciembre 2024 Vs 2023
Información en millones de pesos

Concepto	Diciembre 31 de 2023		Diciembre 31 de 2024		% de recaudo vs. presupuesto		Variación %recaudo 2024/2023
	presupuesto definitivo	Recaudo	presupuesto definitivo	Recaudo	2023	2024	
Disponibilidad Inicial	89.218	89.218	51.714	51.714	100%	100%	-42%
Venta de Servicios de Salud Vigencia	442.435	373.129	493.545	398.303	84%	81%	7%
Cuentas por cobrar	119.665	84.247	65.285	63.974	70%	98%	-24%
Aportes (No ventas) más Convenios	16.875	20.299	46.000	50.709	120%	110%	150%
Convenios para Inversión	1.853	2.502	3.950	3.950	135%	100%	58%
Ingresos de Capital	500	4.966	600	2.021	993%	337%	-59%
TOTAL	670.546	574.361	661.093	570.672	86%	86%	-1%

Fuente: Ejecuciones Presupuestales de ingresos a 31 de diciembre de 2023-2024

A 31 de diciembre de 2024, la ejecución de ingresos registra recaudos por valor de \$570.672 millones, representado en un 86% del presupuesto vigente y comparado con el recaudo efectuado en el mismo periodo de la vigencia 2023, lo cual presenta una reducción del 1%.

El desagregado del recaudo se registran \$51.714 millones de disponibilidad inicial, con una reducción del 42%, frente al mismo periodo de la vigencia 2023; \$398.303 millones de venta de servicios, con un aumento del 7% comparado con el mismo periodo del 2023; \$63.974

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

millones de cuentas por cobrar, recaudo que presenta una reducción del 24% al mismo periodo de análisis del 2023; \$50.709 millones provenientes de convenios no ligados a la venta de servicios de salud, presenta un aumento del 150% comparado con la vigencia anterior; para este ítem se contemplan los recaudos de los recursos para el Fortalecimiento del Sector Salud, conforme a lo establecido en el Acuerdo 927 de 2024 “Por medio del cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas del Distrito Capital 2024-2027 “Bogotá Camina Segura””.

A continuación, se presenta el desagregado del recaudo por concepto de venta de servicios y de cuentas por cobrar del periodo enero a diciembre 2024 Vs 2023.

Tabla No. 88 Recaudo venta de servicios vigencia a 31 de diciembre de 2024- Vs 2023
Información en millones de pesos

Concepto	Diciembre 31 de 2023		Diciembre 31 de 2024		% de recaudo vs. presupuesto		Variación %recaudo 2024/2023
	presupuesto definitivo	Recaudo	presupuesto definitivo	Recaudo	2023	2024	
Vinculado FFDS	9.917	1.719	2.437	1.829	17%	75%	6%
Régimen Subsidiado Subsidiado Evento y PGP	217.788	217.788	300.996	239.078	100%	79%	10%
Subsidiado Capitado	8.581	5.594	10.371	6.072	65%	59%	0%
Régimen Contributivo	29.285	17.336	34.402	21.896	59%	64%	26%
Plan de Intervenciones Colectivas PIC	81.987	70.803	75.147	75.289	86%	100%	6%
Otros pagadores	41.687	27.475	29.534	16.198	66%	55%	-41%
Población extranjera	3.324	3.107	10.423	9.661	93%	93%	211%
Convenios sujetos a la venta de servicios	49.866	29.308	30.235	28.279	59%	94%	-4%
TOTAL	442.435	373.129	493.545	398.303	84%	81%	7%

Fuente: Ejecuciones Presupuestales de Ingresos a diciembre 31 de 2023-2024

La venta de servicios de salud durante la vigencia 2024, presenta un recaudo del 81% comparado con el presupuesto aprobado y con un incremento del 7% en comparación con el mismo periodo de la vigencia 2023.

El comparativo al cierre de la vigencia 2024 con la vigencia 2023, el rubro del recaudo por concepto de venta de servicios en los diferentes ítems presenta el siguiente comportamiento: vinculado FFDS: aumentó en el 6%, comparado con el mismo periodo 2023; régimen subsidiado: por este concepto se agrupan Régimen Subsidiado por evento más el pago global prospectivo – PGP, aumentó el recaudo con respecto al mismo periodo de la vigencia anterior con el 10%, otros pagadores se redujo en 41%, en este ítem están registrados los recaudos por concepto de la facturación de los convenios APH y salud mental, particulares; población extranjera, para este ítem el recaudo aumentó en el 211% con respecto al vigencia anterior, debido a que hubo gestión de cobro ante el Fondo Financiero Distrital, de la facturación por la atención de la probación migrante, finalmente es preciso anotar que en general la gestión de recaudo de venta de servicios presenta un

indicador positivo al cierre del periodo 2024 comparado con la vigencia 2023, con una sobre ejecución por valor de \$25.174 millones, representando el 7% de aumento

Tabla No. 89 Recaudo cuentas por cobrar vigencia a 31 de diciembre 2024- Vs 2023
Información en millones de pesos

Concepto	Diciembre 31 de 2023		Diciembre 31 de 2024		% de recaudo vs. presupuesto		Variación %recaudo 2024/2023
	presupuesto definitivo	Recaudo	presupuesto definitivo	Recaudo	2023	2024	
Vinculado, PIC + población extranjera	41.849	29.487	24.650	25.551	70%	104%	-13%
Subsidiado	55.080	37.815	27.635	27.558	69%	100%	-27%
Contributivo	11.354	8.061	7.000	8.730	71%	125%	8%
Otros pagadores	11.382	8.885	6.000	2.135	78%	36%	-76%
TOTAL	119.665	84.247	65.285	63.974	70%	98%	-24%

Fuente: Ejecuciones Presupuestales de Ingresos a 31 de diciembre de 2023-2024

El recaudo de las cuentas por cobrar a 31 de diciembre de la vigencia 2024, corresponde al 98%, comparado con el valor presupuestado por valor de \$65.285 millones; los mayores recaudos de estas cuentas se concentran principalmente en el régimen contributivo con el 125%, FFDS con el 104% de recaudo del presupuesto aprobado, para la vigencia 2023 el ítem de otros pagadores compuesto con el 79%, contributivo con el 71% y el FFDS con el 70%, en este ítem se registra el recaudo de cuentas por cobrar de población extranjera, plan de intervenciones colectivas y vinculados. Comparado el total de recaudo 2024 de estas cuentas frente al ejecutado al cierre de la vigencia 2023, presenta una reducción equivalente al 24%.

GASTOS

Tabla No. 90 Presupuesto de Gastos ejecutado a 31 de diciembre de 2024 /2023
Información en millones de pesos

Concepto	Diciembre de 2023		Diciembre de 2024		% de compromisos vs. presupuesto		Variación % compromisos 2024/2023
	presupuesto definitivo	Compromisos	presupuesto definitivo	compromisos	2023	2024	
Talento Humano Personal Planta	119.161	118.049	122.263	122.243	99%	100%	4%
Talento Humano por OPS	244.015	243.643	229.404	226.614	100%	99%	-7%
Gastos Generales	60.058	59.214	67.416	66.562	99%	99%	12%
Sentencias	1.376	1.372	1.182	819	100%	69%	-40%
Gastos de Operación	97.732	96.064	110.388	110.388	98%	100%	15%
Cuentas por pagar gastos corrientes	66.355	66.206	84.669	84.349	100%	100%	27%
Inversión Directa	42.866	27.440	13.584	11.112	64%	82%	-60%
Cuentas por pagar Inversión	38.983	38.929	25.717	25.368	100%	99%	-35%

TOTAL	670.546	650.916	654.623	647.455	97%	99%	-1%

Fuente: Ejecuciones Presupuestales de Gastos a 31 de diciembre de 2023-2024

En cuanto al presupuesto de gastos de la vigencia 2024, la ejecución de compromisos asciende a la suma de \$647.455 millones, representando el 99% del presupuesto aprobado, de otro lado comparado con la vigencia 2023 al mismo corte del periodo se observa una reducción del 1%; que en cifras equivale a \$3.461 millones; en el desagregado se presenta las siguientes variaciones del valor comprometido a 31 de diciembre 2024 comparado con el 2023. Talento Humano, representa el 4% de aumento, Talento Humano por orden de prestación de servicios – OPS, se redujo en el 7%, gastos generales aumentó con el 12% e igualmente gastos de operación con el 15%.

Los compromisos de Talento Humano: corresponden a la planta de personal, al cierre del 2024, estos compromisos presentan el 100% de ejecución comparado con el presupuesto definitivo y una variación del 4%, el aumento para estos gastos fue moderado con relación al IPC a pesar del aumento de la planta a partir del mes de enero de 2024, por los nuevos nombramientos en respuesta a la dignificación laboral conforme a lo estipulado en los acuerdos sindicales y al Plan de Desarrollo Distrital.

Los compromisos Talento Humano por orden de prestación de servicios – OPS, al cierre de la vigencia 2024, se cubrieron compromisos por este concepto en un 99%, en comparación con el presupuesto definitivo y con una reducción del 7%, comparado con el mismo periodo de la vigencia 2023; estos compromisos incluyen la contratación del personal asistencial general de auxiliares de enfermería y demás personal de apoyo asistencial, apoyo administrativo, plan de intervenciones colectivas PIC y del personal que desarrolla actividades de los convenios.

En cuanto a los gastos generales se precisa que se registran los compromisos de la contratación para vigilancia y aseo seguidamente seguros de la entidad, servicios públicos entre otros gastos, con un nivel de ejecución frente a lo presupuestado del 99% comparado con el presupuesto definitivo y una variación del 12% en relación a la vigencia 2023; incremento ajustado al IPC directamente la adquisición de bienes y servicios, entre los cuales está el servicios de aseo y vigilancia, seguros, servicios públicos, mantenimiento de la ESE, entre otras necesidades de gastos generales.

Con relación los gastos de comercialización, rubros que tienen que ver con el desarrollo de la operación para la prestación de los servicios, los cuales incluyen los conceptos de medicamentos, material médico quirúrgico, lavandería, suministro de alimentos, contratación servicios especializados, mantenimientos hospitalarios y contratación de transporte especial para pasajeros para funcionarios de la Subred especialmente para el PIC, los cuales presentan un nivel de ejecución del 100%, frente al presupuesto vigente y un incremento del 12% comparado con la vigencia 2023; es importante aclarar que estos gastos igualmente son impactados por el incremento del IPC sin embargo, se mantuvo un incremento moderado en relación con lo ejecutado por este concepto en la vigencia 2023.

Tabla no. 91 Gastos de Inversión a 31 de diciembre de 2024 Vs. 2023
Información en millones de pesos

Concepto	Diciembre de 2023		Diciembre de 2024		% de compromisos vs. presupuesto		Variación % compromisos 2024/2023
	presupuesto definitivo	Compromisos	presupuesto definitivo	compromisos	2023	2024	
Infraestructura	21.635	18.310	5.148	4.853	85%	94%	-73%
Dotación	19.351	7.352	8.263	6.249	38%	76%	-15%
honorarios	1.590	1.489	173	11	94%	6%	-99%
Modernización de la Infraestructura Física y Tecnológica	289	289	0		100%	0%	-100%
Total	42.866	27.440	13.584	11.112	64%	82%	-60%

Fuente: Ejecuciones Presupuestales de Gastos a 31 de diciembre de 2023-2024

La ejecución de la Inversión del periodo de enero a diciembre de la vigencia 2024, presenta un nivel de compromisos del 82% frente a la meta presupuestal, que contempla la apropiación de recursos por concepto de convenios suscritos con el Fondo Financiero Distrital de Salud para infraestructura, dotación y honorarios del talento humano para fortalecer el equipo técnico de apoyo para las diferentes etapas de los proyectos de infraestructura y dotación. Al comparar la ejecución de estos compromisos con la vigencia 2023 al mismo corte de análisis, se puede observar que para la vigencia 2024, la ejecución de proyecto de inversión se reduce en el 60%, para lo cual se precisa que para estos compromisos el nivel de ejecución depende de los convenios vigentes suscritos con el Fondo Financiero Distrital de Salud, para obra, infraestructura, dotación y modernización de la infraestructura, como también por la armonización presupuestal que corresponde a la finalización la entrada el nuevo Plan de Desarrollo Distrital.

SUBPROCESO DE FACTURACION

A corte 31 de diciembre para la vigencia 2024 la Subred Sur Occidente E.S.E., facturó \$488.310 millones de los cuales corresponde al concepto por venta de servicios \$481.336 millones y a convenios \$6.974 millones, en el mismo periodo en el año 2023 \$424.133 millones de los cuales corresponde a venta de servicios \$419.012 millones y a convenios \$5.121 millones, por lo tanto, en la vigencia 2024 se presenta un aumento en la facturación del 15% al compararse con el mismo periodo del año anterior. Frente a la vigencia 2022 que se facturó \$375.733 millones de los cuales corresponde a venta de servicios \$367.995 millones y a convenios \$7.738 millones, se presenta un incremento del 30% y frente a la vigencia 2021 que se facturó \$360.412 millones de los cuales corresponde a venta de servicios \$358.685 millones y a convenios \$1.727 millones, presenta un incremento del 35%.

Cifras en millones de \$

TIPO	VIGENCIA 2021	VIGENCIA 2022	VIGENCIA 2023	VIGENCIA 2024	% VAR 2024 VS 2023	% VAR 2024 VS 2022	% VAR 2024 VS 2021	% PART 2024
SUBSIDIADO PGP Y PYD (hasta 2.019)	135.194	143.218	180.041	202.216	12%	41%	50%	42%
SUBS EVENTO (Incluye PYD desde 2.020)	56.888	58.599	79.141	91.589	16%	56%	61%	19%
PIC	83.929	78.839	74.616	91.970	23%	17%	10%	19%
FFDS	30.395	36.440	20.336	20.512	1%	-44%	-33%	4%
SOAT	881	1.241	934	1.474	58%	19%	67%	0,3%
CONTRIBUTIVO	42.797	31.717	29.003	37.962	31%	20%	-11%	8%
SUBS CAPITACION	0	0	6.162	9.966	100%	0%	0%	2%
DEMÁS PAGADORES	7.931	17.077	27.651	24.359	-12%	43%	207%	5%
PARTICULARES - CUOTAS RECUPERACION	670	863	1.128	1.287	14%	49%	92%	0,3%
TOTAL, VENTA DE SERVICIOS	358.685	367.995	419.012	481.336	15%	31%	34%	100%
OTROS INGRESOS (CONVENIOS)	1.727	7.738	5.121	6.974	36%	-10%	304%	1%
TOTAL, FACTURACIÓN	360.412	375.733	424.133	488.310	15%	30%	35%	100%

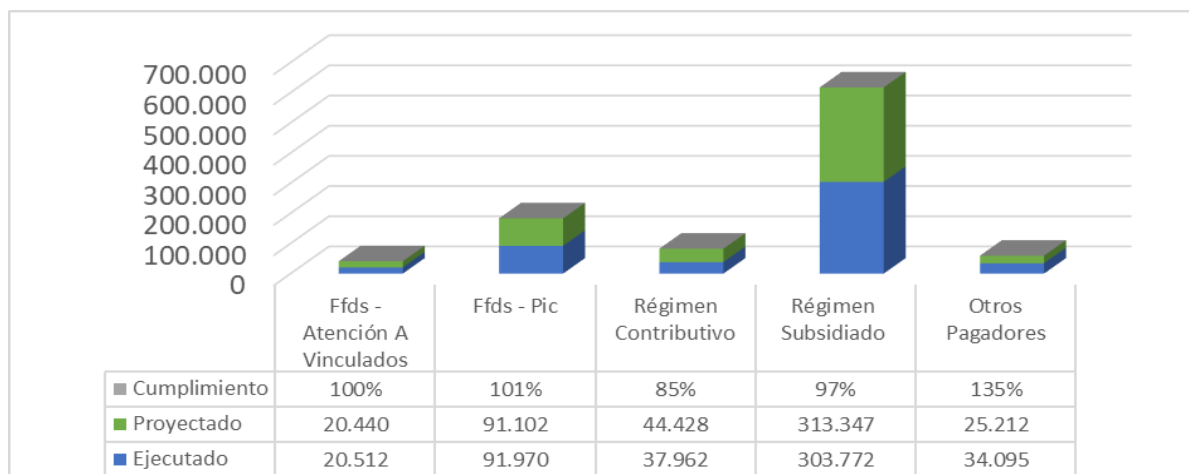
Fuente: Informe de facturación generada 2023-2024 a Julio

En la vigencia 2024, se observa una variación positiva equivalente al 15% con respecto al mismo periodo del año 2023. El pagador de mayor crecimiento frente a la vigencia anterior es Subsidiado Capitalización con un 100%; el segundo pagador es el Soat con el 58%; el contributivo tuvo crecimiento de 31%; los recursos por PIC en el 2024 frente al 2023, presenta una variación positiva del 23%, es de anotar que en enero de 2024 se facturó el valor correspondiente a diciembre del 2023; el subsidiado evento obtuvo un crecimiento del 16%; el subsidiado PGP tiene un crecimiento del 12% y los ingresos de FFDS presenta un crecimiento del 1%. El pagador con variación negativa del -12% es demás pagadores.

Plan de ventas vs facturación vigencia 2024

En el año 2024 se generó facturación por \$488.310 millones y el proyectado en el Plan de Ventas del mismo periodo de la vigencia corresponde a \$494.528 millones, por lo tanto, se logró facturar el 98,7% de la meta proyectada. Los pagadores que superaron la meta fueron Otros pagadores con el 135% y el PIC con el 101% de la meta; Vinculados cumplió la meta mientras que el Régimen Subsidiado alcanzó el 97% y el contributivo un 85%, como se observa en la siguiente gráfica:

Cifras en millones de \$



Los principales aspectos que se identifican y que impactan en el cumplimiento de lo proyectado en el plan de ventas, son los siguientes aspectos:

- Para el concepto de Otros pagadores es el primer pagador en cumplir y superar la meta proyectada para la vigencia a causa de la facturación de legalización de vacunas Covid; la facturación de los convenios de APH; salud mental y docencia asistencial.
- La facturación acumulada del PIC se encuentra con cumplimiento del 101% frente a lo proyectado, afectando su cumplimiento, debido a que el valor de la facturación del mes de diciembre de la vigencia 2023, acorde con la instrucción de la Supervisión de la SDS, se genera y se radica en el mes de enero de la vigencia actual, dado el periodo de cierre de vigencia.
- El régimen subsidiado con cumplimiento del 97%, dado el incremento para esta vigencia del contrato de Capital Salud modalidad PGP con la inclusión de la senda de Resonancia Magnética y la contratación con Sanitas y Coosalud para la población subsidiada por modalidad de capitación.
- El pagador con una disminución notoria corresponde al régimen Contributivo con un cumplimiento del 85% en relación a lo proyectado, teniendo en cuenta que la tarifa se encuentra pactada a UVT-% para las Entidades con acuerdo de voluntades, para las atenciones derivadas de urgencias de las Entidades sin contrato, se encuentra parametrizada desde el mes de mayo 2023 a Tarifa UVT acorde al Decreto 2644 de 2022.

Radicación

Al cierre de la vigencia 2024 se tiene una facturación total por valor de \$488.310 millones, de los cuales corresponde a venta de servicios \$481.336 millones y a convenio \$6.974 millones; se alcanzó hasta la fecha una radicación de \$485.396 millones de los cuales corresponde a venta de servicios \$478.422 millones y a convenio \$6.974 millones, montos que representan el 99.4% de la facturación total, como se detalla a continuación:

Cifras en millones de \$

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

RÉGIMEN	FACTURADO A 31 DE DICIEMBRE DE 2024	RADICADO ENTIDAD Y NC AL 24 DE ENERO DE 2025	RADICADO /FACTURADO
SUBSIDIADO -PGP	202.216	202.216	100%
SUBSIDIADO - EVENTO (incluye PYD)	91.589	89.162	97%
SUBSIDIADO -CAPITACION	9.966	9.966	100%
PIC	91.970	91.970	100%
FFDS	20.512	20.464	100%
SOAT	1.474	1.471	100%
CONTRIBUTIVO	37.962	37.650	99%
DEMÁS PAGADORES	24.359	24.234	99%
PART Y RECUPERACIÓN	1.287	1.287	100%
Total Venta de servicios	481.336	478.422	99,4%
Otros ingresos (Convenios)	6.974	6.974	100%
Total	488.310	485.396	99,4%

Fuente: Informe de facturación generada 2024 a 31 de diciembre, informe de facturación radicada a 24 enero 2025 y conciliaciones de facturación radicada 2024 entre facturación y cartera.

Del total de la facturación generada a 31 de diciembre por venta de servicios en la vigencia 2024, presenta un indicador de facturación radicada del 99.4%. Es importante resaltar que para esta vigencia se ha logrado que todos los pagadores se encuentren entre un 97 a 100% de cumplimiento en la radicación.

La facturación pendiente por radicar se concentra en la EPS Cajacopi, está por falta de autorizaciones y de la EPS Familiar de Colombia, se encuentra el impedimento de la inhabilitación de la plataforma por no tener contrato vigente; en ambos casos la Subred radicó en el mes de noviembre de 2024 un derecho de petición sin respuesta por parte de la EPS, otras Entidades por fechas de cierre en plataformas de radicación por cambio de vigencia.

13.4 SUBPROCESO DE CARTERA Y CUENTAS MEDICAS

La entidad con corte a 31 de diciembre 2024 cierra con unos saldos en cartera radicada por valor de \$211.177 millones, detallados por concepto de edades y régimen así:

EDADES DE CARTERA	VENTA DE SERVICIOS DE SALUD – REGIMEN								
	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	FFDS	FOSYGA Y SOAT	ENTES TERR	EPS-S CAPITACION	DEMÁS ERP	SUBTOTAL VSS	% PART
De 0 90 días	22.775	10.425	11.690	1.255	0	1.996	2.695	50.836	24%
De 90 a 180 días	7.599	3.950	1.886	618	0	0	2.591	16.644	8%

De 180 a 360 días	5.316	1.861	3.192	1.188	0	0	1.010	12.566	6%
Mayor a 361 días	7.062	4.369	20.061	5.654	2.030	0	9.908	49.083	23%
Pagos por aplicar	-14.672	-1.474	-169	-191	0	0	-187	-16.693	-8%
SUBTOTALES	28.079	19.131	36.659	8.523	2.030	1.996	16.018	112.436	53%
Sin soporte documental	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
Con proceso de depuración	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
Liquidadas	84.586	14.150	0	0	0	4	0	98.741	47%
CARTERA NO COBRABLE	84.586	14.150	0	0	0	4	0	98.741	47%
TOTAL CARTERA	112.665	33.281	36.659	8.523	2.030	2.000	16.019	211.177	100%
% Part	53%	16%	17%	4%	1%	1%	8%	100%	0%

Fuente información: Estado cartera por edades diciembre 2024

Del valor total de la cartera, se cuenta con el 53% de cartera total cuya edad más representativa se encuentra la de 0 a 90 días seguido de cartera mayor a 360 con una participación del 23%.

A su vez, se cuentan con saldos de entidades liquidadas cuyos procesos continúan hasta la perdida de existencia legal cerca del 60%, el \$0% restante se consideran con terminación de existencial legal por lo que estos saldos se llevan al plan de depuración para la vigencia 2025.

Además, se cuenta con entidades en vigilancia e intervenidas por la Supersalud por valor de \$30.487 millones, en espera que estas intervenciones por parte del ente regulador no solo fortalezcan estas entidades, sino se avance en la recuperación de los saldos adeudados para continuar brindando mejor atención a la población y mejorar el flujo de recursos de la Subred.

FFDS: Se cuenta con una cartera radicada por valor de \$36.659 detallada por régimen así:

TIPO DE CONTRATO	De 0 a 30 días	De 31 a 60 días	De 61 a 90 días	De 91 a 180 días	De 181 a 360 días	Mayor 361 días	Pagos Pendientes	Total general
FFDS-VINCULADOS	1.716	2.401	599	835	1.632	18.478	-169	25.492
Salud Pública	83	1.878	835	1.017	1.525	991		6.329
FFDS-APH	2.956							2.956
FFDS-EXTRAMURAL	967							967
FFDS-DESPLAZADOS						262		262
FFDS-ESCOLARIDAD						257		257
FFDS_SALUD MENTAL	242							242
FFDS-GRATUIDAD	5	4	5	34	34	72		154
Total	5.969	4.283	1.439	1.886	3.191	20.060	-169	36.659
%	16%	12%	4%	5%	9%	55%	0%	100%

El total de la Cartera del FFDS representa un 17%, en relación al gran total de la Cartera.

Se observa que el mayor porcentaje se encuentra en la cartera mayor a 360 días siendo el 55% del total, correspondiente a liquidación de contratos concentrados en saldos de glosa no aceptada, reservas de glosa y auditoria para cierre de periodos y definición de saldos a favor.

CAPITAL SALUD: Se cuenta con tres tipos de contratación, por evento, PYD y PGP, los cuales se detallan por edades a continuación:

TIPO DE CONTRATO	DE 0 a 30 días	De 31 a 60 días	De 61 a 90 días	De 91 a 180 días	De 181 a 360 días	Mayor 361 días	Pagos Pendientes	Total general
Contributivo						23	0	23
Subsidiado	1.843	1.566	1.233	1.146	257	121	-5.753	413
Subsidiado_PGP	4.458	786					0	5.245
Subsidiado_PYD			345					345
Total	6.301	2.352	1.578	1.146	257	144	-5.753	6.026
%	105%	39%	26%	19%	4%	2%	-95%	100%

Con el fin de dar continuidad a la gestión de cobro realizada en el periodo 2024, se definen acciones tendientes a la recuperación durante la vigencia 2025 así:

El total de la Cartera del Capital Salud representa un 3%, en relación al gran total de la Cartera.

Lograr el reconocimiento del 50% del valor sobre ejecutado del contrato 001 del 2023 contrato PGP lo cual impactará de manera positiva el recaudo de la Cuenta por Cobrar.

Revisión y trazabilidad de facturación devuelta modalidad evento contrato CS-AS-009-2023.

Y seguimiento a conciliación evento periodo julio a noviembre del 2024 para identificar valores libres para pago.
RECAUDO

Con corte a 31 de diciembre de la vigencia 2024, la Subred presenta un recaudo acumulado por valor de \$462.800 millones derivado de la venta de servicios de salud, detallados por régimen así:

REGIMEN	PROYECCION PRESUPUESTAL 2024	CIERRE EJECUCION RECAUDO A 31 DE DICIEMBRE DE 2024	%
SUB. – PGP	206.672	177.961	86%
SUB. – EVENTO	94.324	61.117	65%
SUB. – CAPITACION	10.371	5.378	52%
PIC	75.147	75.289	100%
FFDS	12.860	11.490	89%

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

CONTRIBUTIVO	34.402	21.896	64%
SOAT – ECAT	2.894	709	24%
DEMÁS PAGADORES	13.561	8.799	65%
SUBTOTAL VIGENCIA	450.231	362.639	81%
CUENTA POR COBRAR	65.285	64.668	99%
SUBTOTALES	515.516	427.308	83%
OTROS CONVENIOS	43.313	35.492	82%
TOTAL INGRESOS	558.830	462.800	83%

Fuente de información: Ejecución presupuestal de ingresos corte diciembre 2024

Se evidencia el 83% de ejecución frente al presupuesto definitivo de la entidad con mayor concentración en los regímenes de PIC; FFDS, Subsidiado PGP, Subsidiado Evento, Demas Pagadores y Contributivo y se presenta una ejecución del 99% de cumplimiento de las cuentas por cobrar.

Ahora, al realizar un comparativo de recaudo desde las vigencias 2020 a 2024, en donde se observa un aumento del recaudo promedio del cuatrienio en un 11% frente a un valor absoluto de \$38.507 millones promedio año a año, ahora en relación a la vigencia 2024 en comparación al año inmediatamente anterior, se incrementó en un 1,3% y en valor absoluto en \$5.896 millones, detallados por régimen así:

REGIMEN	RECAUDO POR VIGENCIAS					
	2020	2021	2022	2023	2024	Variación \$ 2023-2024
FFDS	69.017	82.756	92.067	85.367	86.779	1.413
SUBSIDIADO	163.570	145.525	177.964	223.382	244.456	21.073
CONTRIBUTIVO	9.158	23.618	19.557	17.336	21.896	4.561
SOAT ADRES	815	1.312	1.449	489	709	220
DEMÁS PAGADORES	2.210	6.113	11.646	16.685	8.799	-7.887
CXC	64.000	63.927	80.664	82.339	64.668	-17.670
SUB TOTAL	308.770	323.250	383.347	425.597	427.308	1.710
CONVENIOS	0	78.472	22.791	31.216	35.492	4.276
TOTAL RECAUDO	308.770	401.721	406.138	456.814	462.800	5.986

Fuente de información: Ejecución presupuestal de ingresos vigencias diciembre 2020 a 2024

Lo anterior derivado de la gestión de cobro de acuerdo con el Manual Gestión del Ingreso a través de las siguientes acciones:

- Respuesta a las objeciones reportadas por los diferentes pagadores.
- Mesas de trabajo a través del Ministerio de la Protección Social según lo estipulado en la Circular 030 de 2013.
- Actividades de gestión de cobro logrando conciliaciones contables y médicas para la recuperación de saldos pendiente por pagar.

13.5 SUBPROCESO DE TESORERIA

A 31 de diciembre de 2024, la institución maneja sus recursos en (50) cuentas de ahorro y 1 cuenta corriente. De estas, (48) se encuentran clasificadas como efectivo con uso restringido, ya que las mismas se utilizan para el manejo exclusivo de convenios interadministrativos suscritos con el Fondo Financiero Distrital de Salud y los FDL y (3) cuentas se utilizan para el manejo de recursos propios, así:

Cifras en millones de \$

CONCEPTO	CANTIDAD	SALDO DICIEMBRE 31 DE 2024	OBSERVACIONES
DOTACION- INFRAESTRUCTURA	12	32.276	Convenios celebrados con el FFDS
CONVENIOS EN TRAMITE DE LIQUIDACION	1	347	Convenios celebrados con el FFDS
FORTALECIMIENTO DE LA GESTION	30	6.735	Convenios celebrados con el FFDS y FDL
PIC	5	6.571	Convenios celebrados con el FFDS
TOTAL CONVENIOS	48	45.929	
CUENTA RECURSOS PROPIOS Y CAJA MENOR	3	10.185	
TOTAL RECURSOS DE LA SUBRED	51	56.114	

Fuente: Estado de Tesorería a diciembre 31 de 2024

Durante la vigencia 2024, dando cumplimiento a lo señalado en la Resolución 193 de 2016 de la CGN, en cuanto al registro adecuado de los recursos de la entidad, se aplicaron permanentemente las acciones establecidas en el mapa de riesgos con el fin de mitigar, cualquier situación negativa que afectara los recursos de la entidad. Igualmente, como proceso de control diariamente se generan reportes de recaudo por concepto cuota de recuperación, copagos y recuperación de cartera, así como los reportes de pagos realizados a proveedores, nómina, servicios públicos entre otros, los cuales permiten realizar un adecuado control de los ingresos y egresos de caja y bancos.

Al cierre de la vigencia 2024, los recursos en bancos cuentan con las respectivas conciliaciones bancarias y no se presentan ningún tipo de diferencia por identificar.

SUBPROCESO CUENTAS POR PAGAR

El objetivo del Subproceso de Cuentas por Pagar es garantizar que todas las obligaciones que contraiga la Subred por concepto de adquisición de bienes, servicios u otros, sean oportunamente causadas y debidamente registradas en el sistema de información contable, dentro del periodo correspondiente, teniendo en cuenta la aplicación de la normatividad contable, tributaria nacional y distrital, al igual, que las condiciones establecidas en los diferentes contratos de adquisición de bienes y servicios. A corte 31 de diciembre de 2024, el Estado de las cuentas por pagar asciende a \$94.515 millones como se detalla a continuación:

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

CORTE A DICIEMBRE DE 2024

CIFRAS EN MILLONES DE PESOS

NOMBRE DE CUENTA	0-30 DIAS	31-60 DIAS	61-90 DIAS	91-180 DIAS	181-360 DIAS	>360 DIAS	TOTAL	PART
Servicios	5.357	79	64	37	7.246	169	12.952	14%
Bienes y servicios	18.669	10.063	11.326	12.942	13.052	17	66.069	70%
Otros Acreedores (FFDS)	0	0	0	0	0	13.564	13.564	14%
Honorarios	8	8	60	8	822	401	1.306	1%
Otros proveedores	286	49	48	48	105	89	624	1%
TOTAL	24.320	10.199	11.498	13.034	21.225	14.239	94.515	100%
PARTICIPACION	26%	11%	12%	14%	22%	15%	100%	

Como se observa en la tabla anterior, la mayor participación en edades mayores a 360 días de saldos pendientes por pagar corresponden al FFDS por la suma de \$13.564 millones, por concepto de saldos obtenidos en los procesos de liquidación de contratos de vinculados suscritos con los antiguos hospitales que conforman la Subred, correspondientes a vigencias 2016 y anteriores, situación que igualmente afecta las cuentas por pagar mayores a 360 días y que no son objeto de depuración teniendo en cuenta que son cuentas por pagar debidamente constituidas mediante acta de cruce de información a diciembre 31 de 2018 y actas de liquidación de contratos interadministrativos, suscritos entre la Subred Suroccidente y el Fondo Financiero Distrital resolución y fueron firmadas el 20 de junio y el 12 de diciembre de la vigencia 2019, acta de cinco (5) convenios firmadas el 29 de junio de 2019 y acta de veintiún (21) convenios firmada el 31 de Diciembre de 2019.

Actualmente la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente E.S.E., se encuentra en proceso de llegar a un acuerdo con el Fondo Financiero Distrital de Salud, con el fin de proceder con el pago de estos saldos en el momento en que la Subred disponga de los recursos requeridos o se proceda de común acuerdo con un cruce de cuentas.

Igualmente, se observa que el 70% de las cuentas por pagar corresponden a adquisición de bienes y el 14% para adquisición de servicios.

A continuación, se presenta el informe de movimientos de cuentas por pagar de la vigencia 2024:

GESTION VIGENCIA 2024				
MES	SALDO MES ANTERIOR	CAUSACION	GIROS	SALDO FINAL
31/01/2024	63.115	31.591	6.757	87.949
29/02/2024	87.949	39.739	30.114	97.575
31/03/2024	97.575	35.368	30.660	102.282
30/04/2024	102.282	39.239	30.599	110.922
31/05/2024	110.922	32.899	31.674	112.146

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

GESTION VIGENCIA 2024				
MES	SALDO MES ANTERIOR	CAUSACION	GIROS	SALDO FINAL
30/06/2024	112.146	32.489	36.457	108.178
31/07/2025	108.178	32.765	28.839	112.104
31/08/2024	112.104	31.876	30.872	113.109
30/09/2024	113.109	30.189	33.266	110.032
31/10/2024	110.032	33.846	38.825	105.054
30/11/2024	105.054	29.627	30.835	103.845
31/12/2024	103.845	37.516	46.845	94.515

COMPRAS TOTALES	407.145
PROMEDIO DE CUENTAS POR PAGAR	104.809
DIAS	360
ROTACION	92,67

La rotación de cuentas por pagar en días indica el promedio de días que la Subred tarda en efectuar un pago a un proveedor. Su cálculo se realiza dividiendo la cantidad de días que tiene un año entre la rotación, obteniendo como resultado 92,67 días para la vigencia 2024.

La Subred realiza el pago de sus obligaciones a proveedores de acuerdo a lo establecido en la cláusula establecida en los contratos de adquisición de bienes y servicios denominada forma de pago, la cual generalmente señala que los pagos se realizan a 90 días de radicada la respectiva factura.

En cumplimiento a lo señalado en la Resolución 193 de 2016 de la CGN periódicamente se realizan circularizaciones a los diferentes proveedores, al igual, que se adelantan procesos de conciliación de forma presencial.

Si en la conciliación existen diferencias, se procedió a solicitar los soportes y/o a gestionar con el almacén la respectiva verificación y posteriores soluciones con el fin de poder firmar la conciliación con el proveedor.

Así mismo, se realizan procesos de conciliación entre los saldos de cuentas por pagar y contabilidad, los cuales no presentan diferencias.

Las certificaciones de las facturas de los contratos se encuentran al día a diciembre 31 de 2024 en un 95%, por lo cual no ha generado un trámite y proceso rápido en el momento que son autorizados para pago.

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

13.6 PRINCIPALES AVANCES Y/O LOGROS

AVANCES

TESORERÍA

- Actualización de políticas, procesos y procedimientos para el adecuado manejo, control y custodia de los recursos de la Subred.
- Registro y conciliación al 100% los saldos de cajas y bancos.

CUENTAS POR PAGAR

- Se realizó un control y gestión estricto a los supervisores de los contratos en las facturas y al cierre de diciembre 31 de 2024, encuentran al día en un 95%.
- Se estableció por iniciativa de cuentas por pagar, un control de las facturas de servicios, en los valores cobrados a que corresponde y que meses están cobrando, con el fin de informarlo previa revisión con el área de costos y que es tomado como ayuda para la provisión de costos y gastos que hace el área de costos para informarlo al área de contabilidad
- Se está entregando de forma oportuna y puntual a las áreas de costos para la revisión y luego a tesorería, hasta el quinto día del mes siguiente, el pago de OPS ya clasificado para su giro cuando sea autorizado.

LOGROS

FACTURACIÓN

- Se realizó el control y gestión mensual de la facturación generada frente a la radicada, logrando un cumplimiento en el indicador del 99%, permitiendo que a la fecha no se cuenten con saldos pendientes por radicar de vigencias anteriores.
- Se logró finalizar la vigencia con radicación magnética del 96%, contribuyendo a la política de cero papel, así como con el control de los soportes para mitigar los riesgos de objeción en la facturación.
- Se implementó los tableros de control para ingresos abiertos, facturación electrónica, egresos pendientes de facturación.
- Se fortaleció los puntos de control en las diferentes sedes, que permitieron el mejoramiento de la calidad de la facturación, soportes y oportunidad en la revisión y entrega para armado de cuentas.
- Se participa activamente en la mesa ambulatoria y hospitalaria para las acciones de acreditación fortaleciendo la articulación de las promesas de valor en la atención administrativa de los servicios ambulatorios y egreso de urgencias y hospitalario.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

- Se fortaleció competencias y estrategias para la asignación de citas y facturación de los servicios ambulatorios contribuyendo con estrategias para la mitigación de filas.
- Se fortaleció la articulación del subproceso de facturación con los procesos misionales que permite el mejoramiento e incremento en la producción y venta de servicios, así como la calidad del soporte clínico.
- Se realizaron ajustes a las variables de la herramienta en SharePoint de control de egresos, que permiten el control de la asignación de liquidación y auditoría de cuentas hasta el cierre del ingreso.
- Se realizó jornadas de capacitación, socialización de instructivos y la feria de facturación virtual, con el fin de mantener actualizado y con mejora de las competencias y habilidades del equipo de facturación.
- Seguimiento, gestión y control permanente a los ingresos abiertos, logrando tener control en los servicios prestados y facturados con oportunidad.
- Actualización del Sistema de Información en el mes de noviembre, migrando a Dinámica WEB, en preparación de la información para lograr la implementación de la Resolución 2275 de 2023, 1884 de 2024 FEV-RIPS.

CARTERA

- Ejecución del 83% de recaudo total frente al valor proyectado en ejecución presupuestal de ingresos.
- Ejecución del 99% de la meta establecida para recaudo de las cuentas por cobrar.
- Incremento del recaudo frente a la vigencia anterior en \$5.986 millones a pesar de la situación económica de las entidades y del sector en general.
- Disminución en los saldos pendientes de aplicar a través del trabajo de depuración propio del proceso al cierre.

COSTOS

- Mejora del proceso financiero en el control de los convenios (ruta financiera) 4 subredes.
- Cumplimiento de la resolución DDC 00001 de 18 de mayo del 2023, en relación los lineamientos de sus anexos técnicos. (postulación de nuevos criterios de distribución y de asignación)
- Mejora de la acumulación de costos, principalmente en los costos de personal por centro de costos (CECOS) tanto planta como contrato, así mismo la identificación de contratos directos y contratos tercerizados y costos generales, como los costos de mayor relevancia dentro la operación y por centro de costos.
- Mejora la asignación y criterios de distribución en las diferentes unidades de negocio teniendo en cuenta métodos o inductores compuestos o mixtos.
- Construcción metodológica con las 4 subredes para la propuesta en las negociaciones de Capital Salud, modalidad evento, para las operaciones de epilepsia y Unidad Renal, P y D y PGP correspondiente a las actividades y

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

procedimientos de laboratorio clínico e imagenología, consulta externa y odontología algunos procedimientos de cirugía de baja y mediana complejidad, costeo de actividades según tipologías (PGP) para los servicios de consulta externa, urgencias, atención domiciliaria; para el área de mercadeo, vacunación UCI estudios específicos y unidad renal.

- Diseño metodológico y costeo según productos para el seguimiento de los diferentes convenios como (Docencia e investigación, rutas como cardiovascular y HAERTS, Proyectos UEL Fondo Desarrollo Local de Fontibón, Puente Aranda y Kennedy, Salud Mental, Materno Perinatal, Mantenimiento y Prevención, EPOD, Atención Domiciliaria, etc.).
- Seguimiento a los contratos de PGP de capital año 2024, estableciendo estrategias de control del costo y mejoramiento de ingresos.
- Establecer valor de tarifas de las negociaciones de Capitación con las EAPB Famisanar y Coosalud.
- Seguimiento a los convenios y salud pública, como a las diferentes operaciones y sedes por mes informando el seguimiento a los diferentes referentes y directores, presentando las estrategias de control de los costos, mejoramiento en la producción.

CUENTAS POR PAGAR

- Se logro efectuar las revisiones respectivas de las facturas que son ingresadas al Almacén de la Subred Suroccidente, dentro de los primeros días del mes siguiente, antes de proceder al cierre del mes en que fueron ingresadas.
- Se estableció la no recepción de cuentas por cobrar OPS en físico, con excepción de los contratistas que son retirados o se retiran y no tiene acceso al SURESOCC para su radicación.

13.7 PRINCIPALES DIFICULTADES

CONTABILIDAD

- Fortalecer la gestión financiera manteniendo la calidad de la información de los Estados Financieros.
- Dar cumplimiento a los cronogramas de entrega de información a los entes de control internos y externos.

FACTURACIÓN

- Presuntas prácticas indebidas por parte de la EPS Cajacopi y Familiar de Colombia, frente al proceso de radicación limitando la radicación.

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

- Prácticas indebidas por parte de Cajacopi, por la no generación o anulación de autorizaciones posterior a la atención, generando barrera en el proceso de radicación.
- El sistema de información dinámica gerencial no tiene habilitada la opción de la anulación por factura, la anulación debe realizarse por ingreso, siendo necesario realizar la anulación de todas las facturas que están asociadas al mismo ingreso, ocasionando incremento en la anulación de facturas que se encuentran generadas de manera correcta.
- Afectación de la conectividad por presunto siniestro de cableado externo de operador internet, que genera caídas del sistema de información Dinámica Gerencial, en las diferentes sedes de la Subred, ocasionando errores en los procesos de facturación y dificultad en la retransmisión de la facturación electrónica ante la DIAN.
- Para el primer trimestre se afectó la continuidad del subproceso de facturación por implementación fallida del sistema de información en Dinámica WEB.

CARTERA

- Factores externos como la insolvencia económica de las entidades lo que afecta el flujo de efectivo de la entidad, a su vez ocasionando envejecimiento de la cartera, conciliaciones contables y médicas con menor frecuencia.
- Las prácticas indebidas de las entidades realizando devoluciones injustificadas, no envío de soportes para aplicación de pago lo que no permite contar con una cartera clara, expresa y exigible para instaurar otros procesos de cobro de orden jurídico.
- Dilatación de asignación de citas de las entidades para conciliación de cartera.
- Intervención de entidades, lo cual ha generado cambios al interior de las entidades interrumpiendo los procesos que se tienen avanzados.
- Cambios Normativos.

COSTOS

- Continuar el mejoramiento del control de los insumos ya que este es reclasificado por almacén.
- Entrega tardía de la información a pesar de que existe cronograma de entrega por parte de los referentes asistenciales.
- Solicitud de información por diferentes procesos, para el mismo día.
- Atraso en la actualización de la información de costos de la USS por la pandemia y falta de personal.
- Falencias en el recurso tecnológico.
- Presentación de informes mensualizados.

TESORERÍA

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

- Para la vigencia 2024 y por la falta de disponibilidad de recursos, el proceso de programación y pago a Proveedores de bienes y servicios se vio afectado.

CUENTAS POR PAGAR

- El cronograma establecido para la recepción y cierre de las cuentas OPS, no se da cumplimiento a su total cabalidad
- En la revisión de cuentas de cobro de OPS, se ha encontrado inconsistencia en los pagos de la seguridad social al detectar alteraciones en los soportes, los cuales se evidencia que no son revisados previamente por los supervisores.
- Las novedades de OPS, a pesar de que se estableció una fecha límite para el recibo de los mismos, no se cumple y esto genera solicitudes posteriores, de reprocesos y demoras para el pago.
- Las facturas que ingresan al Almacén de la Subred Suroccidente y que son entregadas por ellos mismos a cuentas por pagar, no anexan la certificación del supervisor.
- La programación de entregas establecido entre el Almacén y el subproceso de Cuentas por Pagar de la Subred Suroccidente, el cual quedó programado de forma semanal, no se está cumpliendo.
- Se está presentando, por parte de algunos supervisores de contratos, la no certificando de las facturas, y con ello, el no pago oportuno; esto debido a situaciones administrativas internas.
- Lo proveedores solicitan después de efectuarles el pago de sus facturas que se le envíe de forma desglosada los descuentos aplicados, los cuales causan demoras y reprocesos para darles respuesta oportuna a las solicitudes que llegan, ya que no se tiene un reporte que se genere y muestre de manera rápida la información que solicitan.

13.8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL PROCESO

CONTABILIDAD

- Presentación oportuna de los reportes por concepto de declaraciones tributarias, Estados Financieros a la CGN y a Bogotá Consolida, Sivicof, Decreto 780, Circular 16 Superintendencia Nacional de Salud, Secretaria de Salud, entre otros.
- Implementación de procedimientos de control para la sostenibilidad del sistema financiero y contable establecido en la Resolución 193 de 2016 de la CGN, con actividades como conciliaciones internas entre los subprocesos de tesorería, cartera, facturación, glosas, talento humano, cuentas por pagar, cobro coactivo, oficina jurídica, presupuesto, por conceptos como facturación generada, facturación radicada, recaudos, prestaciones sociales, pagos de nómina, cuentas por pagar, cuentas por cobrar, inventarios, activos fijos, Siproj, entre otros.
- Obtención de Estados Financieros razonables.

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

- Seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento internos y externos por parte del Comité de Sostenibilidad Contable.

FACTURACIÓN

- Implementar y estandarizar el procedimiento de autorizaciones, facturación de servicios y radicación en cumplimiento de las Resoluciones 2275, 2284 y 2334 de 2023, 1884, 1885 y 1886 de 2024, que permita la generación de CUV, radicación de facturas y mitigación de objeciones.
- Actualizar y reorganizar los procedimientos para fortalecer el procedimiento de cargues de servicios, que permita precisión y mejora en la liquidación y calidad del dato de los RIPS.
- Fortalecer la central de auditoría en línea con personal profesional auditor, que se complemente con la auditoría concurrente.
- Implementar y estandarizar estrategias y actualización de procedimientos del subproceso de facturación acorde con la normatividad para aplicación en la vigencia 2025.
- Continuar con la actualización del sistema y la estabilización de la interoperabilidad del módulo de facturación con los módulos asistenciales administrativos y financieros, para lograr la aplicación de la normatividad a partir del 1 de febrero de 2025.
- Continuar con el fortalecimiento de requisitos y controles del módulo de historia clínica que permita que la representación gráfica de los formatos de la historia se convierta en soporte acorde a la norma para la presentación y radicación de la factura, mitigando la glosa inicial por soportes.
- Dar continuidad con los procesos de capacitación permanente al equipo de facturación, logrando mejorar las competencias, disminución en glosas y devoluciones y mejoramiento en el flujo de recursos.
- Implementar módulo de capacitación virtual.
- Mejorar la conectividad y sistematizar herramientas ofimáticas para los procedimientos de auditoría en línea y radicación de facturas.
- Fortalecer auditoría concurrente en las unidades.
- Ubicar espacio para centralizar procedimiento auditoría en línea.

CARTERA

- Con el fin de dar continuidad a la recuperación de las cuentas por cobrar, se continua con la gestión de cobro persuasivo y a través de otras instancias como son procesos judiciales y extrajudiciales.
- Mantener una gestión constante a las entidades en intervención acelerando así los procesos para la recuperación.
- Aplicar a plenitud del manual de gestión de ingresos y los procedimientos propios de la entidad.
- Fortalecer el soporte de las cuentas e incremento en la frecuencia de cobro.

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

- Fortalecer la capacitación y actualización normativa al equipo.
- Generar transformación digital de la totalidad del proceso en sus diferentes etapas.

COSTOS

- En la asignación primaria correspondiente a los insumos hospitalarios y continuar mejorando la asignación en los costos de personal contratos directos y planta, seguido tenemos continuar con la mejora de las bases de asignación y criterios de distribución según pagador, y unidad de negocio (capitación, PGP, evento etc.); continuar con la mejora en dato de las frecuencias de uso por centro de costos relacionados los servicios intermedios (laboratorio clínico, imagenología, farmacia etc.). Presentación oportuna periódica del anexo técnico 4 de la resolución DDC 00001 del 18 de mayo de 2023.

CUENTAS POR PAGAR

- Se debe seguir fortaleciendo e implementando las fechas de apertura y cierre del aplicativo SURESOCC.
- Se debe gestionar y fortalecer entre el Almacén y el área de Cuentas por Pagar, la entrega oportuna de las facturas que ingresan por el Almacén de la Subred Suroccidente.
- Sugerir al Almacén de la Subred Suroccidente, la implementación de acciones que permitan la entrega oportuna y de manera correcta; las certificaciones de los supervisores de los contratos para las facturas que ingresan por el almacén.
- Retroalimentar y Capacitar a las personas del área de cuentas por pagar en temas tributarios.
- Capacitar a los supervisores en la ejecución de los contratos de OPS, compras y servicios.
- Gestionar ante sistemas que en cuentas por pagar se pueda genera un reporte que pueda visualizar el valor bruto de la factura y sus descuentos y con ello nos lleve al valor neto girado.

14 GESTION DEL TALENTO HUMANO- PROCESO DE APOYO

El Plan Estratégico de Talento Humano se encuentra articulado al Plan de desarrollo institucional en la PERSPECTIVA DE PROCESOS INTERNOS (meta 19) y la PERSPECTIVA APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL (meta 23 y 26) que responden a las metas distritales definidas en el objetivo “avanzar gradualmente en el cumplimiento de los objetivos Distritales de formalización y dignificación laboral contenidos de artículo 63 “Trabajo justo en la salud”, (meta 26). Fortalecer la cultura organizacional y dignificar el Talento Humano, implementando acciones que promuevan el bienestar, metas que se gestionan en el Plan Estratégico de Gestión Humana a través de los diferentes planes y programas formulados y medidos a través de los indicadores de Gestión dando cumplimiento al Decreto Nacional 612 de 2018 que establece la integración de los planes institucionales y estratégicos a saber: Plan Estratégico de Talento Humano, Plan

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Institucional de Capacitación, Plan de Bienestar Social e Incentivos, y el Plan de trabajo Anual de Seguridad y Salud en el Trabajo adoptados mediante la Resolución 0052 del 29 de enero de 2024.

Con el propósito de cumplir con la política y objetivo del proceso de Gestión del Talento Humano, los planes y programas se operativizan a través de cuatro subprocesos, relacionados a continuación, a partir de los cuales; se presentan los resultados de la gestión realizada en la vigencia 2024.

- ✓ Administración del Talento Humano, (procesos de selección y administración de la remuneración)
- ✓ Formación y Desarrollo del Talento Humano
- ✓ Calidad de Vida del Trabajador (procesos de Seguridad y Salud en el Trabajador y Bienestar)
- ✓ Evaluación del Desempeño

14.1 SUBPROCESO 1 ADMINISTRACIÓN DEL TALENTO HUMANO

• PROCESO DE ADMINISTRACIÓN DEL TALENTO HUMANO

a) Dignificación laboral

Durante la vigencia 2024, en el marco de la dignificación y formalización laboral y, de acuerdo a la disponibilidad presupuestal de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., se realizó la vinculación y posesión a la planta de empleos de siete (7) colaboradores de OPS para ocupar empleos de la planta de personal de carácter administrativo y misional de los empleos Auxiliar Administrativo 407-12 (2 empleos); Médico General 211-11 (1 empleo); Médico Especialista 213-15 (1 empleo); y Auxiliar área salud 412-17 respectivamente (4 empleos).

Por su parte, se realizó la profesionalización de doce (12) instrumentadoras quirúrgicas, quienes pasaron del nivel técnico al nivel profesional, posesionándose en el mes de marzo de 2024, en el empleo de Profesional Universitario, Código 237, Grado 11.

Asimismo, de acuerdo a lo acordado con las organizaciones sindicales en el marco del Acuerdo Laboral 2024-2025, para el caso de los empleados públicos y lo dispuesto en la Convención Colectiva 2022-2026, para los trabajadores oficiales, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., realizó para la vigencia 2024, adelantó la convocatoria interna para la provisión de 30 empleos de carrera administrativa en vacancia definitiva y (3) trabajadores oficiales, los cuales serán posesionados en el mes de enero de 2025.

En este mismo sentido y con el fin de establecer los lineamientos para la provisión de vacantes y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 24 de la Ley 909 de 2004, modificada por la Ley 1960 de 2019, expidió la guía para la provisión de vacantes temporales y/o definitivas generadas en empleos de carrera administrativa.

La información de los resultados de los procesos adelantados se encuentra publicado en la página web de la entidad y en el enlace: <https://subredsuroccidente.gov.co/entidad-2-2/provision-de-vacantes-temporales-definitivas/> para su consulta.

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

b) Política de Teletrabajo

Para la vigencia 2024 se postularon cinco (5) servidores públicos para acceder a la modalidad de teletrabajo, quienes, luego de superar satisfactoriamente el proceso de verificación de requisitos técnicos y comportamentales, les fue autorizado el teletrabajo en la modalidad suplementaria en el mes de julio de 2024.

Sumado a lo anterior y en cumplimiento a lo dispuesto por la Resolución 582 de 2022 se efectuó el pago semestral de gastos de compensación a los teletrabajadores que se encuentran desarrollando sus actividades, con corte a junio de 2024.

Con corte al 31 de diciembre de 2024, la Entidad cuenta con un total de 32 servidores públicos en la modalidad de teletrabajo, quienes cuentan con la respectiva formalización de ingreso a esta alternativa de trabajo. Siendo así que, previo al ejercicio de sus actividades desde el lugar de residencia donde teletrabajaran, adelantan las gestiones previas relacionadas a conectividad y plan de trabajo con sus jefes inmediatos para el seguimiento por parte de la Dirección de Gestión de Talento Humano.

c) Acuerdos sindicales

En el mes de julio de 2024, se llevó a cabo la firma del Acuerdo Colectivo Laboral 2024 – 2025, suscrito entre la Administración de la Subred Sur Occidente y las organizaciones sindicales: SINTRAHOSKEN, SINDISTRITALES, SINTRASALUD, SINDESS NACIONAL, SINCOEST, ADAE y ASSESALUD, en donde se negociaron un total de 121 solicitudes y se acordaron 80 puntos, donde se destacan puntos en materia de bienestar laboral, incentivos, formalización, medio ambiente, salud mental, fortalecimiento de los ambientes laborales diversos amorosos y seguros y saludables, entre otros, los cuales beneficiaran a los empleados públicos de la entidad.

Adicional a ello, se estableció la matriz de seguimiento y cumplimiento de acuerdos laborales de las vigencias anteriores, lo que sin duda permitirá realizar un adecuado seguimiento de los puntos pendientes de cumplimiento y el porcentaje revisado con las organizaciones sindicales.

d) Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales

Mediante el Acuerdo No. 015 del 11 de marzo de 2024, se modificó el Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales de la Subred dando cumplimiento Ley 784 del 23 de diciembre de 2002, *“Por medio de la cual se reforma la Ley 6ª del 14 de enero de 1982”*, consignó en su artículo 1º la reglamentación del ejercicio de la Instrumentación Quirúrgica Profesional, determinó su naturaleza, propósitos y campos de aplicación, así mismo indicó que para ejercer como instrumentador quirúrgico profesional se requiere título profesional y que las Entidades Públicas deben emplear profesionales en Instrumentación Quirúrgica que cumplan con los requisitos establecidos en dicha disposición y Circular Conjunta No. 0015 del 25 de marzo de 2022, expedida por el Ministerio de Salud y de Protección Social y el Departamento Administrativo de la Función Pública, donde se formularon recomendaciones para dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 784 de 2002 para lo cual se indicó que

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

conforme a las necesidades, complejidades del servicio, nivel de atención y sostenibilidad financiera, cada Empresa Social del Estado

Durante el segundo semestre de la vigencia 2024, la Dirección de Gestión del Talento Humano de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., para facilitar la consulta y conocimiento de los perfiles de empleo, realizó la compilación de los documentos relacionados con el Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales de los empleos públicos permitiendo su consulta mediante una tabla de contenido asociada e hipervinculada con cada perfil, el cual se encuentra en la ruta de consulta en el Sitio Web institucional en siguiente enlace: https://subredsuroccidente.gov.co/mision-vision/MANUAL_DE_FUNCIONES_Y_COMPETENCIAS_LABORALES_SISSO_2024.pdf lo que sin duda facilitará la consulta de los ciudadanos y colaboradores.

3.1.1 INDICADORES DEL PROCESO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

El Plan estratégico de GETH realiza el seguimiento y la evaluación del cumplimiento de los planes a partir a través de la herramienta (Matriz de seguimiento PAA), que permite el control y cumplimiento de los temas estratégicos y operativos en el marco de la planeación del Talento Humano para la vigencia y su articulación con las metas y objetivos institucionales de la vigencia (ver tabla 92).

Los indicadores de medición se relacionan a continuación los cuales se encuentran matriculados en el aplicativo Almera con los avances de medición y soportes indicando que para la vigencia 2024, se dio cumplimiento al 100% de las metas y planes de trabajo formulados para la Dirección de Gestión de Talento Humano.

Dentro de las estrategias de autocontrol definidas y gestionadas desde la Dirección de Talento Humano para dar cumplimiento a las metas de los indicadores del PAA 2024: (Reuniones de seguimiento con los líderes de los subprocesos de la Dirección, seguimiento en las mesas de autoevaluación de los estándares de Gerencia del talento Humano).

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

INDICADORES DEL PROCESO

CLASE	INDICADOR	META	INDICADOR	FRECUENCIA DE MEDICION Y REPORTE	RESULTADOS reporte final en Almera 2024	PLAN ARTICULADO PEGTH	OBJETIVOS ARTICULADOS DEL PLAN ESTRATEGICO DE TH	POLITICA DE TALENTO HUMANO Y EJES
EFICACIA	1. Porcentaje de Cumplimiento del Plan Institucional de Capacitación- PIC	95%	Porcentaje de Cumplimiento del Plan Institucional de Capacitación- PIC Sub-Red Sur occidente ESE	TRIMESTRAL	100%	PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACION	Fortalecer y medir las competencias de los colaboradores de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE a través del Plan Institucional de Capacitación, orientado al mejoramiento institucional	Indicador de Política de Talento Humano POL 01-01-OD-0015 año 2024 :100%
	2. Cumplimiento del Plan de Bienestar Social e Incentivos Institucional	100%	Cumplimiento del Plan de Bienestar Social e Incentivos Institucional Sur red Sur Occidente ESE Porcentaje de gestión de necesidades identificadas (talento humano cliente interno) Subred Sur Occidente ESE	TRIMESTRAL	100%	PLAN DE BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS	Mantener y fortalecer las condiciones para el mejoramiento de la calidad de vida laboral y desempeño de los colaboradores, docentes y estudiantes, generando espacios de reconocimiento (incentivos) y esparcimiento que fortalezcan el desarrollo integral del talento humano de la entidad.	Indicador de Política de Talento Humano POL 01-01-OD-0015 año 2024: 100% INDICADOR DE POLITICA DE TH: Porcentaje de gestión de necesidades identificadas (talento humano cliente interno) Subred Sur Occidente ESE: POL 01-01-OD-0015 año: 2024: 96.5% de la meta del 80%

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024		Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
			Fecha de aprobación:	12/08/2024	
			Código:	01-01-FO-0006	

CLASE	INDICADOR	META	INDICADOR	FRECUENCIA DE MEDICION Y REPORTE	RESULTADOS reporte final en Almera 2024	PLAN ARTICULADO PEGTH	OBJETIVOS ARTICULADOS DEL PLAN ESTRATEGICO DE TH	POLITICA DE TALENTO HUMANO Y EJES
	3. Cumplimiento de ejecución de los Planes de Trabajo que componen el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo.	90%	Cumplimiento de ejecución de los Planes de Trabajo que componen el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo	TRIMESTRAL	97.2 %	PLAN DE TRABAJO ANUAL DEL SISTEMA DE GESTION Y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.	Promover el cuidado de la salud y la seguridad de los colaboradores, docentes y estudiantes a través de las estrategias y medidas que permitan identificar, evaluar y controlar los peligros y factores riesgo presentes en el Trabajo.	
	4. Porcentaje de ejecución del plan de acción de clima organizacional Subred.	100%	Porcentaje de ejecución del plan de acción de clima organizacional Subred Sur occidente E.S.E	SEMESTRAL	100%	PLAN DE BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS	Mantener y fortalecer las condiciones para el mejoramiento de la calidad de vida laboral y desempeño de los colaboradores, docentes y estudiantes, generando espacios de reconocimiento (incentivos) y esparcimiento que fortalezcan el desarrollo integral del talento humano de la entidad	
	5. Cumplimiento capacitación en lineamientos de SARLAFT.	95%	Cumplimiento capacitación en lineamientos de SARLAFT Subred Sur Occidente ESE	MENSUAL	99%	PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACION - PROCESO DE SELECCIÓN	Fortalecer y medir las competencias de los colaboradores de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE a través del Plan Institucional de Capacitación, orientado	

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024		Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
			Fecha de aprobación:	12/08/2024	
			Código:	01-01-FO-0006	

CLASE	INDICADOR	META	INDICADOR	FRECUENCIA DE MEDICION Y REPORTE	RESULTADOS reporte final en Almera 2024	PLAN ARTICULADO PEGTH	OBJETIVOS ARTICULADOS DEL PLAN ESTRATEGICO DE TH	POLITICA DE TALENTO HUMANO Y EJES
							al mejoramiento institucional	
	6.Cumplimiento del plan de acción formulado para mejorar la cultura organizacional Subred	100%	Cumplimiento del plan de acción formulado para mejorar la cultura organizacional de acuerdo a la priorización de la medición obtenida en la Sur red Occidente ESE	SEMESTRAL	100%	PLAN DE BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS	Fortalecer la cultura organizacional y dignificar el talento humano (objetivo estratégico (APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL)	EJE DE TRANSFORMACION CULTURAL
	7.Cumplimiento de acciones para cierre de Oportunidades de Mejora asignadas al proceso	100%	Cumplimiento de acciones para cierre de Oportunidades de Mejora asignadas al proceso	TRIMESTRAL	100%	PLAN DE TRABAJO DEL EQUIPO DE AUTOEVALUACION DE LOS ESTANDARES DE GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	Establecer acciones que fortalezcan las diferentes actividades relacionadas con los subprocesos de la Gestión Estratégica del Talento Humano, incorporando los lineamientos del Sistema Único de Acreditación en Salud	
	8.Seguimiento de autocontrol a la matriz de riesgo del proceso	100%	Seguimiento de autocontrol a la matriz de riesgo del proceso	TRIMESTRAL	100%	PLAN ESTRATEGICO DE GESTION DEL TALENTO HUMANO	Establecer acciones que fortalezcan las diferentes actividades relacionadas con los subprocesos de la Gestión Estratégica del	

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024		Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
			Fecha de aprobación:	12/08/2024	
			Código:	01-01-FO-0006	

CLASE	INDICADOR	META	INDICADOR	FRECUENCIA DE MEDICION Y REPORTE	RESULTADOS reporte final en Almera 2024	PLAN ARTICULADO PEGTH	OBJETIVOS ARTICULADOS DEL PLAN ESTRATEGICO DE TH	POLITICA DE TALENTO HUMANO Y EJES
							Talento Humano, incorporando los lineamientos del Sistema Único de Acreditación en Salud	
	9. Cumplimiento del plan de acción definido para llevar a cabo la estrategia de formalización y dignificación laboral Subred	90%	Cumplimiento del Plan de Acción definido para llevar a cabo la estrategia de formalización y dignificación laboral Subred Sur Occidente ESE	SEMESTRAL	100%	PLAN ANUAL DE VACANTES Y PREVISION DE RECURSOS	Fortalecer la cultura organizacional y dignificar el talento humano (objetivo estratégico (APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL)	META 26 DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2020-2024
	10. Vacantes definitivas provistas a través de la estrategia de formalización y dignificación laboral. Subred Sur Occidente ESE	100%	Vacantes definitivas provistas a través de la estrategia de formalización y dignificación laboral. Subred Sur Occidente ESE	ANUAL	100%	PLAN ANUAL DE VACANTES Y PREVISION DE RECURSOS	Fortalecer la cultura organizacional y dignificar el talento humano (objetivo estratégico (APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL)	META 26 DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2020-2024
EFICIENCIA	11.Oportunidad del proceso selección Subred Sur Occidente ESE	25 días	Oportunidad del proceso selección Subred Sur Occidente ESE	MENSUAL	14.5 (Días)	PLAN ESTRATEGICO DE GESTION DEL TALENTO HUMANO - PROCESO DE SELECCIÓN	Realizar la vinculación oportuna de personal idóneo y competente para la adecuada Prestación de los servicios de la Subred Integrada de Servicios	

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

	INFORME DE GESTIÓN VIG 2024	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

CLASE	INDICADOR	META	INDICADOR	FRECUENCIA DE MEDICION Y REPORTE	RESULTADOS reporte final en Almera 2024	PLAN ARTICULADO PEGTH	OBJETIVOS ARTICULADOS DEL PLAN ESTRATEGICO DE TH	POLITICA DE TALENTO HUMANO Y EJES
							de Salud Sur Occidente ESE implementando estrategias para la retención del talento humano de la entidad.	
EFFECTIVIDAD	12. Rotación de Personal evaluado de acuerdo a los ingresos y retiros de los colaboradores durante la vigencia. Sub-Red Sur occidente ESE	7%	Rotación de Personal evaluado de acuerdo con los ingresos y retiros de los colaboradores durante la vigencia. Subred Sur occidente ESE	TRIMESTRAL	-3.6%	PLAN ESTRATEGICO DE GESTION DEL TALENTO HUMANO - PROCESO DE SELECCIÓN	Realizar la vinculación oportuna de personal idóneo y competente para la adecuada Prestación de los servicios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE implementando estrategias para la retención del talento humano de la entidad.	

Tabla No. 92. Indicadores PAA 2024 Dirección de Gestión del Talento Humano. Fuente aplicativo Almera y Dirección de Talento Humano

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

PROCESO DE SELECCIÓN

Dentro de la Dirección de Talento Humano se encuentra el proceso de selección para contratistas nuevos en la entidad, tanto para las áreas asistenciales, administrativas o los diferentes convenios de salud pública o de programas de operación asistencial extramural.

Se realiza la planeación y ejecución referente a la identificación y evaluación de perfiles necesarios para la correcta operación de las diferentes unidades, basados en el procedimiento (04-02-PR-0005 V4) y guía de selección (04-02-GI-0003 V8), teniendo en cuenta los lineamientos institucionales y de marco legal en general, con esto se busca garantizar que los contratistas que ingresan a desarrollar las labores propuestas cumplan a cabalidad con el perfil necesario. Estos documentos describen las diferentes fases y puntos de control con el que cuenta el proceso para la selección de cada perfil a contratar, buscando garantizar la idoneidad de cada perfil a vincular en la institución bajo orden de prestación de servicios.

De igual forma para el proceso de selección se realiza el seguimiento frente a los riesgos operacionales en los cuales se puede incurrir debido a la selección de nuevas personas que se vincularan a la institución, el primero de estos riesgos a evaluar es la idoneidad de las credenciales académicas suministradas por cada aspirante, para la cual se ha tomado como medida la validación de dichas credenciales o soportes académicos directamente con las instituciones educativas pertinentes, llevando un control riguroso de validación individual con cortes mensuales y documentados en el aplicativo ALMERA. El segundo de los riesgos a evaluar es la mitigación de vinculaciones que pudieran estar inmersas con actos de corrupción como el tráfico de influencias o beneficios particulares a terceros, para lo cual se ha implementado un formato de declaración juramentada validado por cada profesional a cargo del proceso de selección buscando identificar posibles conflictos de intereses y origen de cada hoja de vida para la participación de los procesos de selección, de igual forma esta información reposa en cada carpeta individual de los nuevos contratistas y es reportada en el aplicativo ALMERA de forma mensual.

INDICADORES DEL PROCESO

Buscando dar respuesta a las diferentes necesidades de talento humano que requiere la entidad para su correcto funcionamiento se ha establecido un indicador de oportunidad de respuesta para los procesos de selección, en cual busca medir los días de respuesta promedio frente a la cobertura de las diferentes necesidades radicadas a la Dirección de Talento Humano, estos tiempos son medidos desde el momento de la radicación de la necesidad a la Dirección de Talento Humano hasta la radicación del proceso de selección cerrado satisfactoriamente con los diferentes soportes que avalen la idoneidad del perfil a la Dirección de Contratación, estos son cuantificados de forma individual para posteriormente obtener los tiempos totales de respuesta, con respecto al comportamiento de la vigencia 2024 se cerraron un total de 3083 procesos de selección con un promedio mensual 256 procesos efectivos, estos procesos fueron tramitados en un total de 49900 días transcurridos desde el radicado de la solicitud a talento humano hasta la entrega de procesos a la dirección de contratación con un tiempo de oportunidad promedio de 16,2 días, dando cumplimiento del 100% a la meta definida para el año 2024 que fue definida en 25 días promedio de respuesta.

Los procesos de selección realizados para las diferentes direcciones durante la vigencia 2024 presentaron el siguiente comportamiento frente a la gestión mensual.

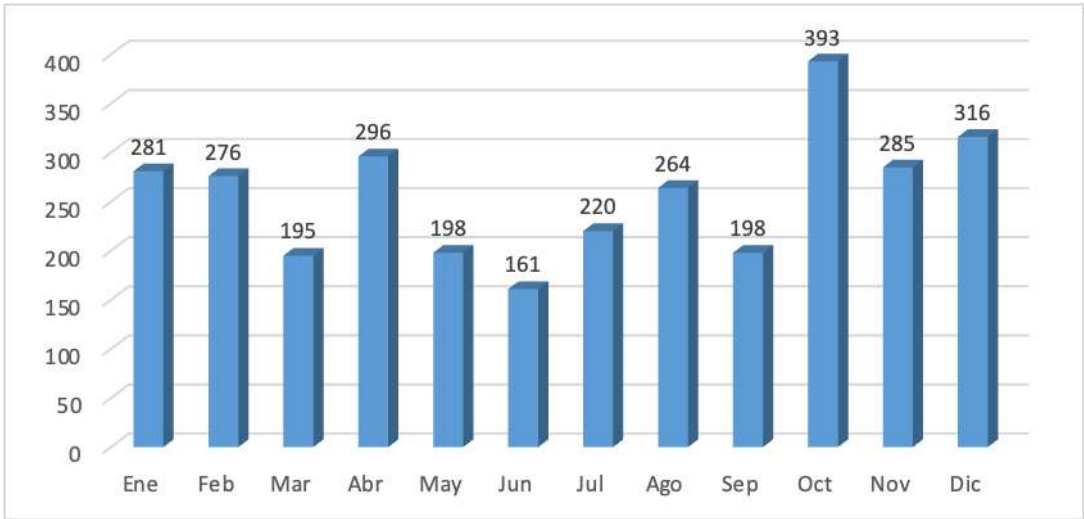


Gráfico 1 Indicador de oportunidad procesos de selección

Inducción de Talento Humano:

Una vez cada proceso de selección cerrado satisfactoriamente es remitido por la Dirección de Contratación para la respectiva formalización del contrato, el proceso de selección valida de forma individual el diligenciamiento oportuno de la inducción institucional, proceso fundamental para que cada colaborador nuevo en la institución pueda tener un contexto general por cada proceso de la institución, facilitando su aprendizaje y adaptación a las nuevas actividades que desarrollara, para la vigencia 2024 el proceso de inducción logra una cobertura del 98,1% lo cual hace referencia a la totalidad de ingresos sobre las personas que realizaron dicho proceso de inducción, con una participación de 2107 personas en la inducción institucional, de igual forma es medida la apropiación de los conocimientos de cada módulo propuesto en la inducción donde se obtiene un 98,6% de personas que realizaron la inducción y lograron aprobar dicho proceso de aprendizaje.

PROCESO ADMINISTRACIÓN DE LA REMUNERACIÓN

El proceso de administración de la remuneración está compuesto por las siguientes actividades, entre otras:

- 1. Liquidación de nómina: se encarga de calcular y pagar la nómina de los empleados de la entidad.
- 2. Cesantías: se encarga de administrar las cesantías de los empleados de la entidad.
- 3. Conciliación de Sistema General de Participaciones: se encarga de conciliar las cuentas del Sistema General de Participaciones.

- 4. Certificaciones de Información para Bono Pensional: se encarga de emitir certificaciones de información para el bono pensional de los empleados de la entidad.
- 5. Cobro de Incapacidades: se encarga de cobrar las incapacidades de los empleados de la entidad.
- 6. Apoyo en Liquidación de Sentencias Judiciales de Contrato Realidad: se encarga de apoyar la liquidación de sentencias judiciales de contrato realidad.

a) Situación de la planta de personal

La planta de personal de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., se compone de 1.665 empleos, de los cuales, a 31 de diciembre de 2024, se encuentran provistos 1.037 empleos, y 628 vacantes, lo cual se relaciona a continuación:

No CARGOS	CARGOS OCUPADOS	VACANTES TEMPORALES Y DEFINITIVAS	DENOMINACIÓN DEL EMPLEO	CÓDIGO	GRADO	No Horas	ASIGNACIÓN BÁSICA 2024
NIVEL DIRECTIVO							
1	1	0	GERENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	085	09	8	\$12.274.085
2	2	0	SUBGERENTE	090	07	8	\$9.770.996
1	1	0	DIRECTOR ADMINISTRATIVO	009	05	8	\$7.996.220
1	1	0	DIRECTOR FINANCIERO	009	05	8	\$7.996.220
2	2	0	DIRECTOR OPERATIVO	009	05	8	\$7.996.220
5	5	0	DIRECTOR TÉCNICO	009	05	8	\$7.996.220
6	6	0	JEFE DE OFICINA	006	05	8	\$7.996.220
1	1	0	JEFE DE OFICINA	006	06	8	\$8.916.472
NIVEL ASESOR							
3	3	0	ASESOR	105	04	8	\$7.245.334
1	1	0	JEFE DE OFICINA ASESORA DE DESARROLLO	115	06	8	\$8.916.472
1	1	0	JEFE DE OFICINA ASESORA DE COMUNICACIONES	115	01	8	\$5.941.847
NIVEL PROFESIONAL							
4	3	1	LIDER DE PROYECTO	208	27	8	\$6.427.327
1	1	0	LIDER DE PROYECTO	208	25	8	\$6.098.372
1	1	0	LIDER DE PROYECTO	208	24	8	\$5.948.029
14	3	11	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	222	30	8	\$7.373.729
4	4	0	PROFESIONAL	222	29	8	\$6.806.083

INFORME DE GESTIÓN

Versión:	2
Fecha de aprobación:	12/08/2024
Código:	01-01-FO-0006

No CARGOS	CARGOS OCUPADOS	VACANTES TEMPORALES Y DEFINITIVAS	DENOMINACIÓN DEL EMPLEO	CÓDIGO	GRADO	No Horas	ASIGNACIÓN BÁSICA 2024
			ESPECIALIZADO				
3	1	2	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	222	28	8	\$6.546.876
1	1	0	ALMACENISTA GENERAL	215	28	8	\$6.546.876
2	2	0	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	222	27	8	\$6.427.327
4	1	3	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	222	26	8	\$6.373.321
3	0	3	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	222	25	8	\$6.098.372
2	1	1	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	222	24	8	\$5.948.029
2	2	0	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	242	29	8	\$6.806.083
7	2	5	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	242	28	8	\$6.546.876
2	1	1	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	242	19	8	\$5.466.775
85	43	42	MEDICO ESPECIALISTA	213	32	8	\$9.074.481
55	31	24	MEDICO ESPECIALISTA	213	15	4	\$5.041.039
4	3	1	ODONTOLOGO ESPECIALISTA	216	13	4	\$4.778.668
9	2	7	ENFERMERO ESPECIALISTA	244	24	8	\$5.948.029
44	28	16	MEDICO GENERAL	211	31	8	\$7.430.603
66	59	7	MEDICO GENERAL	211	11	4	\$4.528.363
19	12	7	ODONTOLOGO	214	27	8	\$6.427.327
37	21	16	ODONTOLOGO	214	11	4	\$4.528.363
1	1	0	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	219	27	8	\$6.427.327
13	7	6	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	219	19	8	\$5.466.775
21	13	8	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	219	15	8	\$5.041.039
10	9	1	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	219	14	8	\$5.040.810
6	4	2	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	219	13	8	\$4.778.668
3	0	3	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	219	11	8	\$4.528.363
47	28	19	PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA SALUD	237	16	8	\$5.095.306
6	6	0	PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA SALUD	237	15	8	\$5.041.039
23	21	2	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	237	14	8	\$5.040.810

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

INFORME DE GESTIÓN

Versión: 2
Fecha de aprobación: 12/08/2024
Código: 01-01-FO-0006

No CARGOS	CARGOS OCUPADOS	VACANTES TEMPORALES Y DEFINITIVAS	DENOMINACIÓN DEL EMPLEO	CÓDIGO	GRADO	No Horas	ASIGNACIÓN BÁSICA 2024
			AREA SALUD				
12	12	0	PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA SALUD	237	11	8	\$4.528.363
5	2	3	PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA SALUD	237	07	5	\$4.075.519
95	87	8	ENFERMERO	243	20	8	\$5.595.190
1	1	0	TESORERO GENERAL	201	15	8	\$5.041.039
1	0	1	TESORERO GENERAL	201	11	8	\$4.528.363
42	18	24	PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO	217	11	8	\$4.528.363
18	5	13	PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO	217	03	8	\$3.707.282
NIVEL TÉCNICO							
3	0	3	TECNICO OPERATIVO	314	22	8	\$4.183.237
2	1	1	TECNICO OPERATIVO	314	21	8	\$4.183.337
3	2	1	TECNICO OPERATIVO	314	16	8	\$3.770.119
17	6	11	TECNICO OPERATIVO	314	15	8	\$3.691.719
9	4	5	TECNICO OPERATIVO	314	14	8	\$3.672.509
3	1	2	TECNICO OPERATIVO	314	12	8	\$3.461.208
1	1	0	TECNICO OPERATIVO	314	10	8	\$3.318.663
3	1	2	TECNICO OPERATIVO	314	08	8	\$3.099.033
2	1	1	TECNICO AREA SALUD	323	16	8	\$3.770.119
3	3	0	TECNICO AREA SALUD	323	14	8	\$3.672.509
51	23	28	TECNICO AREA SALUD	323	13	8	\$3.562.697
3	2	1	TECNICO AREA SALUD	323	10	8	\$3.318.663
8	2	6	TECNICO AREA SALUD	323	09	8	\$3.221.054
4	3	1	TECNICO ADMINISTRATIVO	367	10	8	\$3.318.663
2	0	2	TECNICO ADMINISTRATIVO	367	09	8	\$3.221.054
NIVEL ASISTENCIAL							
2	1	1	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	407	25	8	\$3.672.509
7	3	4	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	407	17	8	\$3.001.419

INFORME DE GESTIÓN

Versión: 2
Fecha de aprobación: 12/08/2024
Código: 01-01-FO-0006

No CARGOS	CARGOS OCUPADOS	VACANTES TEMPORALES Y DEFINITIVAS	DENOMINACIÓN DEL EMPLEO	CÓDIGO	GRADO	No Horas	ASIGNACIÓN BÁSICA 2024
18	10	8	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	407	15	8	\$2.806.193
13	6	7	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	407	14	8	\$2.720.774
7	4	3	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	407	12	8	\$2.498.365
20	3	17	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	407	11	8	\$2.449.688
2	2	0	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	407	10	8	\$2.413.431
4	3	1	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	407	09	8	\$2.336.936
1	0	1	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	407	08	8	\$2.336.142
1	1	0	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	407	05	8	\$2.132.490
3	0	3	AUXILIAR AREA SALUD	412	18	8	\$3.099.033
404	365	39	AUXILIAR AREA SALUD	412	17	8	\$3.001.419
13	5	8	AUXILIAR AREA SALUD	412	16	8	\$2.915.997
34	12	22	AUXILIAR AREA SALUD	412	13	8	\$2.635.361
48	21	27	AUXILIAR AREA SALUD	412	12	8	\$2.498.365
45	20	25	AUXILIAR AREA SALUD	412	08	8	\$2.336.142
27	12	15	AUXILIAR AREA SALUD	412	06	8	\$2.207.327
9	3	6	SECRETARIO EJECUTIVO	425	23	8	\$3.562.697
12	4	8	SECRETARIO	440	17	8	\$3.001.419
24	3	21	SECRETARIO	440	14	8	\$2.720.774
24	3	21	SECRETARIO	440	11	8	\$2.449.688
2	1	1	CONDUCTOR	480	11	8	\$2.449.688
(NÚMERO DE CARGOS EMPLEADOS PÚBLICOS) TOTAL 1531							
TRABAJADORES OFICIALES							
15	4	11	AUXILIAR DE MANTENIMIENTO	5110	IVA	8	\$2.646.261
2	1	1	AUXILIAR DE MANTENIMIENTO	5110	IVB	8	\$2.667.333
9	2	7	CELADOR	5160	IIIA	8	\$2.250.866
33	20	13	CONDUCTOR	5155	IVC	8	\$2.841.748
43	5	38	OPERARIO DE SERVICIOS GENERALES	5150	IIIA	8	\$2.250.866
31	13	18	OPERARIO DE SERVICIOS GENERALES	5150	IVA	8	\$2.646.261
1	0	1	TECNICO	4100	01	8	\$3.335.451

No CARGOS	CARGOS OCUPADOS	VACANTES TEMPORALES Y DEFINITIVAS	DENOMINACIÓN DEL EMPLEO	CÓDIGO	GRADO	No Horas	ASIGNACIÓN BÁSICA 2024
(NÚMERO DE CARGOS TRABAJADORES OFICIALES) TOTAL: 134							
(TOTAL PLANTA): 1665							
1531	992	539	SUBTOTAL PUBLICOS				
134	45	89	SUBTOTAL OFICIALES				
1665	1037	628	GRAN TOTAL				

Tabla No. 93 Planta de Personal corte 31 de diciembre 2024. Fuente proceso de administración de la remuneración

b) Avance depuración Sistema General de Participaciones

Respecto a las conciliaciones del Sistema General de Participaciones, se culminó el proceso de depuración con las distintas administradoras de pensiones, cesantías, EPS y ARL, siendo la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., la primera en lograr dicha gestión, recaudando saldos a favor con destino a la cuenta de cesantías retroactivas que posee la Subred en el fondo PROTECCIÓN S.A., de las siguientes sumas:

Se relacionan los dineros ingresados a la cuenta de cesantías retroactivas de las recuperaciones de la **EPS LIQUIDADAS** así:

UNIDAD	EPS	VIGENCIA	FECHA GIRO	VALOR DEVUELTO
Fontibón E.S.E	Humana Vivir	1996-2010	28/10/2021	\$ 31.629.307
Occidente de Kennedy E.S.E.	Humana Vivir	2003 Y 2004	28/10/2021	\$ 12.800.824
Sur E.S.E	Humana Vivir	1996-2010	28/10/2021	\$ 11.012.985
Bosa E.S.E.	Humana Vivir	2008-2009	28/10/2021	\$ 23.506.569
Pablo VI Bosa E.S.E.	Humana Vivir	2005-2012	29/12/2021	\$ 28.941.684
Fontibón E.S.E.	Colpatria	2012	28/10/2021	\$ 2.641.630
Sur E.S.E.	Colpatria	2012	29/12/2021	\$ 277.006
Bosa E.S.E.	Caprecom	1996-2004	31/03/2022	\$ 3.237.736
Fontibón E.S.E.	Caprecom	1997-2005	31/03/2022	\$ 3.826.937
Pablo VI E.S.E.	Caprecom	1999-2003	31/03/2022	\$ 127.800
Sur E.S.E.	Caprecom	1996-2003	31/03/2022	\$ 1.859.563
Pablo VI Bosa E.S.E.	Cooameva	2001-2011	4/10/2022	\$ 8.533.714
Occidente de Kennedy E.S.E.	Cooameva	1997-2001	26/01/2023	\$ 7.889.320
Fontibón E.S.E.	Cooameva	2011	26/01/2023	\$ 5.998.108
Bosa E.S.E.	Cooameva	1998-2012	26/01/2023	\$ 28.520.748

INFORME DE GESTIÓN

Versión:	2
Fecha de aprobación:	12/08/2024
Código:	01-01-FO-0006

UNIDAD	EPS	VIGENCIA	FECHA GIRO	VALOR DEVUELTO
Bosa E.S.E.	Ferrocarriles Nacionales	2012	6/12/2023	\$ 1.819.460
Bosa E.S.E.	Coomeva	2013-2016	13/03/2024	\$ 26.946.632
Fontibón E.S.E.	Coomeva	2013-2016	13/03/2024	\$ 27.073.720
Occidente de Kennedy E.S.E.	Coomeva	2012-2016	13/03/2024	\$ 119.193.725
Pablo VI Bosa E.S.E.	Coomeva	2012-2016	13/03/2024	\$ 8.863.300
Sur E.S.E.	Coomeva	2012-2016	13/03/2024	\$ 17.858.751
Subred Sur Occidente E S E	Coomeva	2016-2016	13/03/2024	\$ 5.865.470
TOTALES				\$ 378.424.989

De la EPS COMPENSAR ingresaron:

SUBRED -5 HOSPITALES	EPS COMPENSAR	2013-2016	1/04/2023	\$ 220.916.565

Queda pendiente la devolución de saldos de la EPS SALUD VIDA por valor de \$5.959.423.

En todo el proceso de conciliación, se trabajó la depuración de las entidades liquidadas, obteniéndose la aprobación en el comité de sostenibilidad contable de los conceptos jurídicos, con los cuales se procedió a la eliminación de los saldos contables que registraba la Subred, lo cual se relaciona a continuación:

UNIDAD	EPS	VALOR
Bosa ESE	Ferrocarriles Pasivo Ferrocarriles Nacionales	\$ 10.731.675
Occidente de Kennedy ESE	EPS Redsalud	\$ 4.004.466
Pablo VI Bosa ESE	EPS Unimec	\$ 519.302
Occidente de Kennedy ESE	EPS Solsalud	\$ 6.693.431
Fontibón y Occ. Kennedy	EPS Humana Vivir	\$ 44.845.187
Sur ESE	EPS Cajanal	\$ 1.782.748
Sur ESE	EPS Colpatria	\$ 1.273.212
TOTALES		\$ 69.850.021

PENSION: Se logró terminar todas las conciliaciones de pensión de la vigencia 1996 a 2016, y se obtuvieron las siguientes devoluciones:

UNIDAD	FONDO PENSION	VIGENCIA	FECHA GIRO	VALOR DEVUELTO
Bosa ESE-	Porvenir	1996-2016	31/01/2023	\$ 677.106.738,35
Fontibón ESE-	Porvenir	1996-2016	31/01/2023	\$ 489.775.599,92
Rendimientos Fontibón	Porvenir	1996-2016	31/01/2023	\$ 8.569.383,03

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

UNIDAD	FONDO PENSION	VIGENCIA	FECHA GIRO	VALOR DEVUELTO
ESE y Bosa	(Rendim.)			
Sur ESE	Colpensiones	2012-2016	24/08/2023	\$ 145.919.419,00
Fontibón ESE	Colpensiones	2012-2016	24/08/2023	\$ 201.397.225,00
Occidente de Kennedy ESE	Colpensiones	2012-2016	24/08/2023	\$ 1.565.825.494,00
Subred ESE	Colpensiones	2016	24/08/2023	\$ 141.089.017,00
Rendimientos	Colpensiones	2016	24/08/2023	\$ 641.601.996,00
TOTAL				\$ 3.862.715.489,27

c) Cesantías

Convenios vigentes con las administradoras de cesantías retroactivas con corte a diciembre de 2024.

- **Convenio de administración de recursos de cesantías retroactivas – fondo de cesantías Protección S.A.**

El convenio se suscribió con el Fondo de Cesantías Protección el 29 de enero de 2010 y se ha venido prorrogando por dos (2) años hasta la fecha.

El saldo registrado en el Fondo de cesantías retroactivas con corte al 31 de diciembre de 2024 es:

PROTECCIÓN REGIMEN RETROACTIVO 2024						
PERIODO		SALDO INICIAL	CRÉDITOS	DÉBITOS	VALORIZACIÓN	SALDO FINAL
INICIAL	FINAL					
1/01/2024	31/01/2024	\$ 13.731.174.802,77	\$ 1.722.375,86	\$ 1.088.623.146,00	\$ 330.082.113,73	\$ 12.974.356.146,36
1/02/2024	28/02/2024	\$ 12.974.356.146,36	\$ 7.311.836.022,15	\$ 4.282.888.041,67	\$ 115.989.423,11	\$ 16.119.293.549,95
1/03/2024	31/03/2024	\$ 16.119.293.549,95	\$ -	\$ 116.401.885,00	\$ 128.398.613,14	\$ 16.131.290.278,09
1/04/2024	30/04/2024	\$ 16.131.290.278,09	\$ 531.105.848,00	\$ 1.105.472.428,00	-\$ 229.991.913,67	\$ 15.326.931.784,42
1/05/2024	31/05/2024	\$ 15.326.931.784,42	\$ -	\$ 834.854.833,00	\$ 170.778.586,01	\$ 14.662.855.537,43
1/06/2024	30/06/2024	\$ 14.662.855.537,43	\$ 363.066.517,07	\$ 1.103.181.526,07	\$ 485.297.048,30	\$ 14.408.037.576,73
1/07/2024	31/07/2024	\$ 14.408.037.576,73	\$ -	\$ 624.129.956,00	-\$ 5.829.761,24	\$ 13.778.077.859,49
1/08/2024	31/08/2024	\$ 13.778.077.859,49	\$ -	\$ 930.969.627,00	\$ 358.042.315,40	\$ 13.205.150.547,89
1/09/2024	30/09/2024	\$ 13.205.150.547,89	\$ -	\$ 582.335.018,00	\$ 130.884.970,53	\$ 12.753.700.500,42
1/10/2024	31/10/2024	\$ 12.753.700.500,42	\$ 68.531,78	\$ 130.880.363,00	-\$ 16.389.648,88	\$ 12.606.499.020,32
1/11/2024	30/11/2024	\$ 12.606.499.020,32	\$ -	\$ 623.407.684,00	\$ 248.890.888,03	\$ 12.231.982.224,35
1/12/2024	31/12/2024	\$ 12.231.982.224,35	\$ -	\$ 301.256.547,00	-\$ 261.787.298,42	\$ 11.668.938.378,93
TOTAL AÑO 2024			\$ 8.207.799.294,86	\$ 11.724.401.054,74	\$ 1.454.365.336,04	\$ 11.668.938.378,93

- **Convenio suscrito con el fondo de cesantías Colfondos S.A.**

La Subred suscribió el doce (12) de septiembre de 2018 convenio con el Fondo de Cesantías Colfondos, para la administración de los recursos para el pago de las cesantías

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

retroactivas de los empleados públicos y trabajadores oficiales de la Subred que se encuentran bajo el sistema de retroactividad, dicho convenio tendrá una duración de dos (2) años contados a partir de la fecha de firma, el cual se prorrogó hasta el 11 de septiembre de 2026.

El saldo registrado en el Fondo de cesantías retroactivas con corte al 31 de diciembre de 2024 es:

COLFONDOS REGIMEN RETROACTIVO 2024						
PERIODO		SALDO INICIAL	CRÉDITOS	DÉBITOS	VALORIZACIÓN	SALDO FINAL
INICIAL	FINAL					
1/01/2024	31/01/2024	\$ 30.785.949,64	\$ -	\$ -	\$ 758.405,66	\$ 31.544.355,30
1/02/2024	29/02/2024	\$ 31.544.355,30	\$ -	\$ -	\$ 244.764,28	\$ 31.789.119,58
1/03/2024	31/03/2024	\$ 31.789.119,58	\$ -	\$ -	\$ 218.810,28	\$ 32.007.929,86
1/04/2024	30/04/2024	\$ 32.007.929,86	\$ -	\$ 2.416.044,00	-\$ 451.063,05	\$ 29.140.822,81
1/05/2024	31/05/2024	\$ 29.140.822,81	\$ 9.880,85	\$ -	\$ 320.177,66	\$ 29.470.881,32
1/06/2024	30/06/2024	\$ 29.470.881,32	\$ 11.131.859,00	\$ -	\$ 4.199.944,81	\$ 44.802.685,13
1/07/2024	31/07/2024	\$ 44.802.685,13	\$ -	\$ -	-\$ 70.724,18	\$ 44.731.960,95
1/08/2024	31/08/2024	\$ 44.731.960,95	\$ -	\$ -	\$ 1.324.263,04	\$ 46.056.223,99
1/09/2024	30/09/2024	\$ 46.056.223,99	\$ -	\$ -	\$ 1.303.056,90	\$ 47.359.280,89
1/10/2024	31/10/2024	\$ 47.359.280,89	\$ -	\$ -	\$ 75.354,19	\$ 47.434.635,08
1/11/2024	30/11/2024	\$ 47.434.635,08	\$ -	\$ -	\$ 952.917,38	\$ 48.387.552,46
1/12/2024	31/12/2024	\$ 48.387.552,46	\$ -	\$ -	-\$ 1.096.509,10	\$ 47.291.043,36
TOTAL AÑO 2024			\$ 11.141.739,85	\$ 2.416.044,00	\$ 7.779.397,87	\$ 47.291.043,36

• Cesantías retroactivas autorizadas

A continuación, se relaciona el consolidado anual de las cesantías retroactivas autorizadas y solicitadas entre el 01 de enero al 31 de diciembre de 2024, (Educación, arreglos locativos, compra de vivienda, abono deuda hipotecaria, definitivas, reliquidaciones):

Fondo de cesantías Protección:

CESANTIAS RETROACTIVAS POR CONCEPTO AÑO 2024		
AÑO	CONCEPTO	VALOR
2024	Arreglos locativos	\$870.572.348
	Educación	\$412.718.182
	Abono hipotecario	\$141.404.500
	Compra de vivienda	\$1.142.704.169
	Reliquidación	\$14.413.091
	Definitiva	\$4.892.125.276
TOTAL 01 de Enero – 31 de Diciembre 2024		\$7.473.937.566

Fondo de cesantías Colfondos:

CESANTIAS RETROACTIVAS POR CONCEPTO AÑO 2024

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

AÑO	CONCEPTO	VALOR
2024	Arreglos locativos	\$0
	Educación	\$0
	Abono hipotecario	\$0
	Compra de vivienda	\$0
	Reliquidación	\$2.416.044
	Definitiva	\$0
TOTAL 01 de Enero – 31 de Diciembre 2024		\$2.416.044

- **Cesantías Ley 50 autorizadas**

A continuación, se relaciona el consolidado mensual de las cesantías autorizadas y solicitadas del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024:

Reporte por concepto:

CESANTIAS LEY 50 POR CONCEPTO AÑO 2024		
AÑO	CONCEPTO	VALOR
2024	Abono hipotecario	\$254.091.392
	Arreglos locativos	\$1.226.462.564
	Compra de vivienda	\$1.243.536.505
	Educación	\$320.699.556
Total 01 de enero – 31 de Diciembre 2024		\$3.044.790.017

d) Incapacidades

Durante la vigencia 2024 se radicaron 1.070 incapacidades, emitidas por concepto de enfermedad general, licencias de maternidad, licencias de paternidad, enfermedad laboral y accidentes de trabajo.

Del total de las incapacidades se constató que:

- 520 incapacidades fueron menores de 3 días, las cuales de acuerdo con el Parágrafo 1° del Artículo 40 del Decreto 1406 de 1999, el cual fue modificado mediante Decreto 2943 del 17 de diciembre de 2013, estarán a cargo de la Entidad.
- 550 incapacidades mayores de 2 días o emitidas por concepto de accidentes de trabajo o enfermedad laboral

RAD. MENOR 3 DIAS ENE - DIC 2024	RAD. MAYOR 3 DIAS ENE - DIC 2024	TOTAL RADICADAS ENE - DIC 2024
520	550	1070

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

De acuerdo con el siguiente cuadro, se puede evidenciar que al 31 de diciembre de 2024 el recaudo total de la vigencia era de \$719.038.974, de los cuales \$140.073.043 corresponde al saldo por recaudar de la vigencia 2023 y \$578.965.931 corresponden a las incapacidades radicadas durante la vigencia 2024. En el transcurso del año 2024, las EPS y/o ARL han pagado \$505.030.702, es decir el 70.24% de la deuda, quedando un saldo pendiente por recaudar \$214.008.272, correspondiente al 29.76%.

TOTAL INCAPACIDADES RADICADAS > 3 EN VIGENCIA 2024	SALDO POR RECAUDAR A DICIEMBRE 2023	VALOR POR RECAUDAR DE LA VIGENCIA 2024	TOTAL POR RECAUDAR A 31 DE DICIEMBRE 2024	VALOR PAGADO A DICIEMBRE 2024	SALDO PENDIENTE POR COBRAR A 31 DE DICIEMBRE DE 2024	% PAGADAS	% PENDIENTES POR PAGAR
1070	140,073,043	578,965,931	719,038,974	\$505,030,702	\$214,008,272	50.20%	49.80%

COMPARATIVO PORCENTAJE RECAUDADO Vs PORCENTAJE PENDIENTE POR RECAUDAR A DICIEMBRE DE 2024		
Porcentaje de Recaudado	70.24%	\$505,030,702
Porcentaje Pendiente por Recaudar	29.76%	\$214,008,272
TOTAL	100%	\$719,038,974

El saldo por recaudar corresponde a las incapacidades que fueron entregadas por los funcionarios en el transcurso de diciembre de 2024 y que aún no se han radicado en las EPS o ARL o que se acaban de radicar, razón por la cual se encuentran en proceso de pago.

Durante la vigencia 2024 se han realizado conciliaciones con las áreas de Contabilidad y Cartera de la Subred, para que haya un mejor control con el registro y recaudo de las solicitudes de reconocimiento económico que se presentan ante las EPS y ARL.

14.2 SUBPROCESO 2. FORMACIÓN Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, cuenta con un Plan Institucional de Capacitación el cual cumple los requisitos del Plan Nacional de Capacitación 2020-2030, este “presenta los lineamientos que orientan la formación y capacitación del sector público, de la siguiente manera: primero se plantea el lineamiento estratégico de la capacitación en el sector público partiendo del análisis y alcance normativo de la capacitación, luego, se define el rol de la capacitación en la gestión estratégica del talento humano, se exponen los ejes temáticos actualizados que permean toda la oferta de

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

capacitación y formación, además, se dan orientaciones sobre la implementación de temáticas de capacitación por competencias laborales para el fomento de los valores institucionales. Finalmente, encontrarán orientaciones generales para fortalecer las capacidades directivas de las personas que ocupan cargos de este nivel o que tienen a su cargo equipos de trabajo”.

De acuerdo con lo anterior, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., cumple con la realización, publicación y ejecución del Plan Institucional de Capacitación, el cual que se encuentra normalizado en el aplicativo Almera con el código 04-01-PL-0001 y un Plan de trabajo que está anclado al mismo con el código 04-01-OD-0001. Este plan cuenta con 38 temáticas distribuidas y armonizadas en los 6 ejes que expone el Plan Nacional de Formación y Capacitación 2020 -2030.

El principal objetivo de la formulación del plan de capacitación para la vigencia 2024 fue reforzar y medir las competencias de los colaboradores de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE a través del Plan Institucional de Capacitación, orientado al mejoramiento institucional y a la cultura del aprendizaje continuo. Dando cuenta que el PIC para la vigencia 2024 tuvo un cumplimiento del 100% con la ejecución de las 38 actividades propuestas.

PRIMER TRIMESTRE – 10 actividades

- *Eje 1 Paz Total, memoria y derechos humanos*
 - * Derechos Humanos
 - * Participación ciudadana
 - * Gobernanza para la Paz
- *Eje 4 Transformación digital y cibercultura*
 - * Manejo de herramientas y/o plataformas
- *Eje 5 Probidad, ética e identidad de lo público*
 - * Programas de Transparencia y Ética Pública (PTET) y Sistemas de Gestión Antisoborno en entidades públicas
 - * Curso Ingreso al Servicio Público 2020-2024
- *Eje 6 Habilidades y competencias*
 - * Salud Mental
 - * Planeación Estratégica
 - * Soporte Vital Avanzado – ACLS
 - * Atención a Víctimas de Ataques con Agentes Químicos

SEGUNDO TRIMESTRE – 11 actividades

- *Eje 1 Paz Total, memoria y derechos humanos*
 - * Formación a organizaciones sindicales
- *Eje 2 Territorio, vida y ambiente*
 - * Medición de la Huella de Carbono Institucional
 - * Agricultura Urbana y Jardines verticales.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

- *Eje 3 Mujeres, inclusión y diversidad*
 - * Enfoque de Género y Diferencial
- *Eje 4 Transformación digital y cibercultura*
 - * Fortalecimiento de competencias para el uso de las herramientas con enfoque - industria 4,0
 - * Creatividad, Innovación e investigación
- *Eje 5 Probidad, ética e identidad de lo público*
 - * Transparencia y Ética pública (Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo - SARLAFT)
 - * Responsabilidad Social
- *Eje 6 Habilidades y competencias*
 - * Servicio al cliente
 - * Manejo de pruebas en la cabecera del paciente POCT
 - * Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual

TERCER TRIMESTRE – 10 actividades

- *Eje 4 Transformación digital y cibercultura*
 - * Seguridad Informática y Transformación Digital
- *Eje 5 Probidad, ética e identidad de lo público*
 - * Política de Integridad
- *Eje 6 Habilidades y competencias*
 - * Habilidades Blandas
 - * Rutas integrales de atención en salud – RIAS
 - * Seguridad del Paciente
 - * Buenas Prácticas
 - * Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo
 - * Gestión de Recursos
 - * Ataque Cerebro Vascular - ACV
 - * Administración de Medicamentos

CUARTO TRIMESTRE – 7 actividades

- *Eje 3 Mujeres, Inclusión y diversidad*
 - * Formación en Lenguaje de Señas
- *Eje 5 Probidad, ética e identidad de lo público*
 - * Formación a Junta Directiva
- *Eje 6 Habilidades y competencias*
 - * Bilingüismo
 - * Inducción - Entrenamiento en actividades específicas
 - * Humanización del Servicio

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

- * Acreditación y Habilitación
- * Toma de Muestras de Laboratorio Clínico

De acuerdo con el cumplimiento de las actividades propuestas cabe destacar las siguientes:

- Con el fin de fortalecer la atención de los usuarios se buscó capacitar a un grupo de 10 funcionarios con perfil de auxiliares de laboratorio y administrativos con cara al usuario con el fin de formar en habilidades relacionadas al curso de “**Lengua de señas**”, el cual se realizó en 13 sesiones teórico-prácticas a partir del 30 de octubre hasta el 19 de diciembre de 2024.
- Durante el año 2024 se realizaron **149** encuentros virtuales llamados “Encuentros de aprendizaje continuos – EAC”, donde hubo participación de **9687**, estos espacios generan impacto en la población de la Subred, ya que optimiza la retroalimentación, la socialización de nuevos conocimientos, además optimiza el tiempo de los participantes, por su metodología, algunos de ellos van dirigidos a poblaciones específicas (enfermeros, auxiliares de enfermería, médicos, entre otros) y hay otros que van dirigidos a la población en general de la entidad. Se abordan temáticas como: Entrenamiento en Actividades Específicas, Buenas Prácticas de Enfermería, Perfil de Medicina Dirección de Urgencias, Prevención Universal - Prevención del consumo de SPA, Fundamentos Básicos en Gestión Documental, Gobernanza para la Paz, Unidades Modelo COLED, Igualdad y no Discriminación en el sector salud - Derechos Humanos, Agricultura Urbana y Buenas Prácticas Ambientales, Generalidades Furag y MIPG, Socialización Procedimiento Conflicto de Interés, Supervisión Contractual, Ataque Cerebro Vascular (ACV): ¡El mejor ACV es el que no ocurre!, Generalidades Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS, ¿Qué es y qué no es epilepsia?, Reforma Pensional y Plan Preventivo Disciplinario, entre otros.
- Desde el año 2022, se ha venido adelantando la estrategia denominada “Escuela de líderes”, donde se capacita a los directivos, jefes de oficina, líderes y referentes de la Subred, con el fin de fortalecer las habilidades blandas como: *Coaching Directivo, Comunicación Asertiva, Taller Sentido de la Vida y Liderazgo con identidad, integridad, pasión y fe*. Esta estrategia para la vigencia **2024** tuvo 4 encuentros presenciales a los cuales asistieron un promedio de 66 directivos, líderes y referentes de las diferentes áreas de la entidad.
- En el marco del convenio realizado con compensar por medio del propulsor Medised, se capacitó a funcionarios en cursos aportando al fortalecimiento de habilidades y competencias en la atención de la población usuaria que en algún momento logre encontrarse en este tipo de situaciones.
 - Curso Soporte Vital Avanzado – ACLS el cual fue realizado por 36 funcionarios y recibieron su respectiva certificación.
 - Curso Soporte Vital Básico – BLS el cual fue realizado por 86 funcionarios y recibieron su respectiva certificación.
 - Curso Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual el cual fue realizado por 115 funcionarios y recibieron su respectiva certificación.
 - Curso Basic English el cual fue realizado por 23 funcionarios y recibieron su respectiva certificación.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

El cumplimiento anual del Plan Institucional de Capacitación - PIC para la vigencia 2024 es de 100%, en donde de 38 temáticas que se proyectaron, se ejecutaron 38 con diferentes actividades que aportaron al Plan con profesionales de entidad, entidades externas que apoyan en formación a la Subred y el Aula Virtual de la institución. En relación con la vigencia 2023 se mantiene el cumplimiento del 100% del PIC.

14.3 SUBPROCESO 3. CALIDAD DE VIDA DEL TRABAJADOR

• SISTEMA DE GESTIÓN Y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), fortalece y promueve espacios y ambientes laborales sanos y seguros propendiendo por el mejoramiento de la calidad de vida de los colaboradores, personal en práctica formativa y tercerizados la Subred, para la vigencia 2024 el Plan de Trabajo del Sistema tuvo una ejecución del 100% de las actividades.

El SG – SST cuenta con mecanismos de integración quienes verifican y apoyan la gestión de actividades propias, a través de los siguientes Comités, los cuales obtuvieron los siguientes porcentajes de cumplimiento de los planes de acción con corte al 31 de diciembre de 2024:

- **COPASST:** 97%.
- **COMITÉ DE SEGURIDAD VIAL:** 100%
- **COMITÉ HOSPITALARIO DE GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES (CHGRD)** 100%

Para la vigencia 2024, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, se trasladó a partir del 1 de Julio a la ARL SURA, logrando la cobertura en la asistencia a los casos de los funcionarios calificados con enfermedad laboral.

Políticas del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo

- **Política de prevención consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas (SPA) Cumplimiento 2024: 100% de la meta planteada.**

Se realizó la socialización de la Política de prevención de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas a nuevos colaboradores, a través del proceso de inducción virtual, en esta se logró llegar a 2396 nuevos colaboradores de los 2430 que ingresaron a la Subred, es decir un **98.6%**.

Durante la vigencia 2024 en recorrido por todas las sedes de la Subred Sur Occidente, se realizó socialización de la política de Prevención de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas institucional y se les dio a conocer a los colaboradores temas como estadísticas de muertes por consumo de cigarrillo, consecuencia de enfermedades por consumo de cigarrillo y se aclararon conceptos de la política. Con esta estrategia se llegó a 1402 colaboradores de la Subred. Cobertura del **91.5%**

- **Política Seguridad Vial. Cumplimiento 2024: 100% de la meta planteada.**

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Se realizó la socialización de la Política de Seguridad Vial a nuevos colaboradores, a través del proceso de inducción virtual, en esta se logró llegar a 2396 nuevos colaboradores de los 2430 que ingresaron a la Subred, es decir un **98.6%**.

Para la vigencia 2024 la meta era llegar a Salud pública y conductores ya que en la ejecución de sus actividades contractuales son colaboradores ocupacionalmente expuestos. En cuanto al fortalecimiento del conocimiento de los conductores de la Subred, el día sin carro se realiza capacitación a los conductores administrativos en el tema de manejo defensivo y se realizó prueba practica de conducción en donde 13 conductores obtuvieron su certificado de participación, correspondiente al **95.7%**.

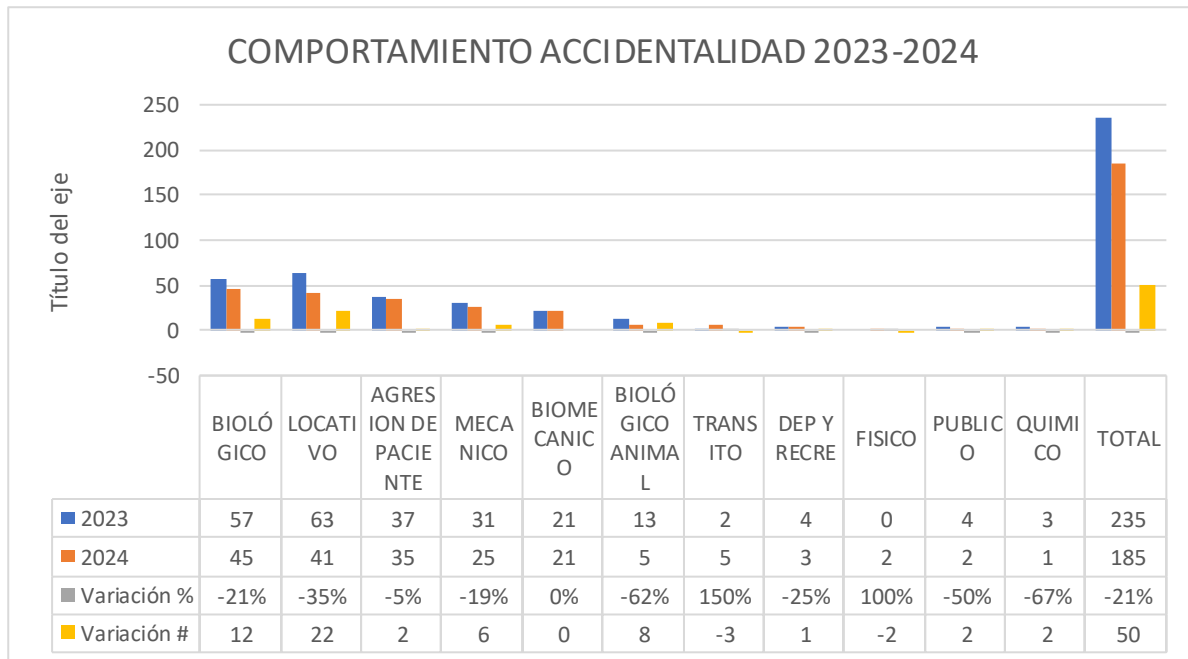
Sumado a lo anterior se brindaron las siguientes capacitaciones:

- ✓ Movilidad Segura
 - ✓ Gestión de la velocidad y riesgo público
 - ✓ Investigación de accidentes de tránsito
- **Política Seguridad y Salud en el Trabajo. Cumplimiento 2024 = 100% de la meta planteada.**

Resultados Indicadores:

- Frecuencia de accidentalidad: $(185/5503) = 3.36$. Esto significa que durante la vigencia 2024, por cada cien colaboradores se presentaron 3.36 accidentes laborales.
 - Severidad de Accidentalidad: $(730/5503) = 13.26$ Esto significa que durante la vigencia 2024, por cada cien trabajadores se dejaron de laborar 13.26 días por accidente laboral.
 - Proporción de accidentes de trabajo mortales: $0/5503$. En el año 2024, el 0% de accidentes de trabajo fueron mortales. No se presentaron accidentes mortales.
 - Prevalencia de la enfermedad laboral: $34/5503 \times 1000$. Para la vigencia 2024, por cada 1000 trabajadores existen 6.17 casos de enfermedad laboral no Covid. Para la vigencia 2024 se calificó 1 caso nuevo de enfermedad laboral. Lo que suma un total de 34 funcionarios activos calificados con enfermedad laboral.
 - Incidencia de la Enfermedad Laboral no COVID: $1/5503 \times 1000$. Por cada 1.000 colaboradores existen 0.18 nuevos casos de enfermedad laboral no COVID en el periodo 2024
- **Accidentalidad 2024**

Durante la vigencia 2024 ocurrieron 185 accidentes de trabajo, de los cuales 165 ocurrieron con ARL SURA, 2 con ARL Colmena, 1 con ARL Colpatría y 17 con ARL Positiva.



Haciendo una comparación con el año inmediatamente anterior, se evidencia una disminución en el número total de accidentes de trabajo del 21%, es decir, 50 accidentes de trabajo menos que en el año 2023. Es de resaltar la disminución de accidentes de trabajo de los tres principales tipos de peligro:

TIPO DE PELIGRO	2023	2024	Variación %	No.
BIOLÓGICO	57	45	-21%	12
LOCATIVO	63	41	-35%	22
AGRESION DE PACIENTE	37	35	-5%	2
MECANICO	31	25	-19%	6
BIOMECANICO	21	21	0%	0
BIOLÓGICO ANIMAL	13	5	-62%	8
TRANSITO	2	5	150%	-3
DEP Y RECRE	4	3	-25%	1
FISICO	0	2	100%	-2
PUBLICO	4	2	-50%	2
QUIMICO	3	1	-67%	2
TOTAL	235	185	-21%	50

Los accidentes por peligro biológico disminuyeron un 21% (12 AT), lo anterior gracias al acompañamiento presencial y sensibilización a los grupos priorizados teniendo en cuenta el año anterior. Por peligro locativo (en su mayoría, caídas a nivel) se observa una disminución del 35% (12 AT), para esto se resalta la socialización de la estrategia “Trabajemos Consentidos”, en cual se les socializa a los colaboradores la importancia de usar todos los

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

sentidos que tiene el cuerpo humano, al momento de realizar las actividades, para evitar la ocurrencia de accidentes.

En cuanto a la agresión de paciente hubo una reducción del 5% (2 AT), se resalta el fortalecimiento de la socialización del protocolo de manejo y abordaje al usuario y/o paciente agresivo, con apoyo de los líderes de las unidades ambulatorias y referentes de los diferentes servicios que componen la Subred, así como también al personal de vigilancia y el personal en formación y docencia, contando también con la difusión de infografía y videos a los equipos de trabajo.

- **Semana de Seguridad y Salud en el Trabajo 2024:**

Dicha semana se desarrolló del 15 al 31 de Julio de 2024 con el Lema: “Yo soy un influencer Seguro y Saludable”. Tuvo un alcance a todos los colaboradores de la Subred, independientemente de su tipo de vinculación (Contratistas, proveedores y estudiantes), que prestan servicios en las diferentes sedes asistenciales y administrativas.

Para esta actividad los profesionales del equipo de Seguridad y Salud en el trabajo desarrollaron capacitaciones virtuales, en total asistieron a las Capacitaciones Virtuales 240 colaboradores. Socialización de Roles y Responsabilidades: Actividad ejecutada para la socialización de roles y responsabilidades en seguridad y salud en el trabajo a los colaboradores de los turnos nocturnos de las áreas asistenciales de la Subred Sur Occidente E.S.E, por medio de la entrega de agenda a 363 colaboradores de los turnos nocturnos principalmente. Intervenciones Presenciales Diurnas y Nocturnas en Sedes asistenciales y administrativas.

- **Programa de Vigilancia Radiológica**

Para la vigencia 2024 se formuló y ejecutó el plan de trabajo el cual tiene por objetivo Implementar el Programa de Vigilancia Epidemiológica (PVE) de Radiaciones Ionizantes en las Unidades de la Subred, con el fin de minimizar la probabilidad de ocurrencia de eventos con impactos significativos en el medio ambiente, la salud y/o la propiedad, derivados de la exposición a Radiaciones Ionizantes.

Asimismo, se logró realizar el Estudio de los trabajadores ocupacionalmente expuestos – TOES.

Se realizó entrega de 104 equipos de dosimetría distribuidos en las 15 USS en las que se cuenta con personal expuesto a este riesgo y entrega de contenedores para centralizar los dosímetros en cada servicio. Conforme a los reportes entregados por esta empresa Radproct (empresa contratada para el suministro de equipos de medición para el personal expuesto a radiaciones ionizantes), los valores límites permisibles establecidos por la norma y el Programa de Vigilancia Radiológica de la institución se ha demostrado que no hay exposiciones que afecten la salud de los colaboradores debido que no hay dosis por encima de 20 mSv al mes y la máxima exposición ha sido de 0.8 mSv en un mes.

- **Gestión Emergencias y Desastres**

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Se cuenta con una estrategia de capacitación en emergencias (emergencias con sentido) la cual fue aprobada por el CHGRD durante la sesión del mes de febrero de 2024, dichas capacitaciones y sensibilizaciones se han desarrollado de manera presencial en las USS y mediante la virtualidad en entrenamiento a puesto de trabajo logrando abordar a 6307 6648 colaboradores durante el 2024 (corte diciembre) logrando aumentar un 5% vs el año 2023 (341 colaboradores más), Con temas como: recomendaciones generales del Plan Hospitalario de Gestión del Riesgo de Desastres, sistema de alarma, identificación de brigadistas, rutas de evacuación, entre otros.

La Subred postulo 35 sedes ante el cuerpo oficial de bomberos para lograr la certificación de seguridad Humana las cuales fueron visitadas logrando obtener la certificación.

- **Programa de Medicina Preventiva y del Trabajo**

En lo corrido del año se programaron a exámenes médicos ocupacionales, discriminados de la siguiente manera. Se agendaron un total de 678 Consultas, discriminadas de la siguiente manera exámenes periódicos 530, Egreso 84, ingreso 48, y de Post-incapacidad 21. Se realizaron los exámenes médicos ocupacionales, discriminados de la siguiente manera, en lo corrido del año de enero a diciembre de 2024. 530 colaboradores, consultas realizadas así: exámenes periódicos 402, egreso 72, ingreso 39 y Post-incapacidad 17. Se comparó entre exámenes agendados, y exámenes atendidos.

Se realizaron 12 mesas laborales en lo corrido del año del 2024, con análisis de 93 casos en total.

- **Programa de Entornos laborales Seguros y Saludables**

En el marco del programa de Entornos Laborales Seguros y Saludables, la Subred Sur Occidente E.S.E. diseñó y ejecutó una estrategia de tamizaje cardiovascular con el objetivo de identificar y gestionar factores de riesgo a través de evaluaciones clínicas, encuestas y herramientas especializadas. En lo corrido del año 2024, se realizaron 234 tamizajes de riesgo cardiovascular distribuidos en distintas sedes, destacándose 22 en USS Zona Franca, 140 en centros de salud como Carvajal, Villa Javier y Puente Aranda, y 72 en sedes administrativas durante el último trimestre. Las evaluaciones incluyeron toma de presión arterial, pulsioximetría, peso y perímetro abdominal, complementadas con análisis de riesgo mediante la calculadora “Conoce y Gestiona tu Riesgo” del Ministerio de Salud. La estrategia de tamizaje permitió identificar factores de riesgo cardiovascular en un número significativo de colaboradores y proporcionó recomendaciones personalizadas para su intervención. Las actividades de sensibilización fortalecieron la promoción de hábitos saludables entre los participantes.

- **Programa de Orden y Aseo**

Se identificaron 65 nuevos hallazgos derivados de inspecciones de orden y aseo realizadas en las diferentes sedes, se realizó gestión de los hallazgos así: 57 hallazgos cerrados y 8 hallazgos pendientes; se realizó capacitación a los colaboradores de las áreas activos fijos y servicios generales, frente a las pautas o estándares a intervenir en el desarrollo de la estrategia de orden y aseo COLED, con la participación de 200 colaboradores. Se realizaron

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

durante toda la vigencia 4 encuentros de aprendizaje uno por cada trimestre, incentivando la implementación de la estrategia COLED, con la participación de 155 colaboradores.

- Programa Sistema de Vigilancia Epidemiológica Riesgo Psicosocial**

A lo largo del año, se implementaron estrategias de sensibilización y talleres enfocados en fechas clave como el Día Mundial del Sueño, el Día Internacional de la Felicidad, el Día Mundial de la Prevención del Suicidio y el Día Mundial de la Salud Mental. Estas iniciativas alcanzaron un impacto significativo, beneficiando a un total de 4,231 colaboradores en diferentes unidades de la organización. Entre las actividades destacadas, la iniciativa "Pausa Activa: Dale Like a tu Salud Mental" logró involucrar a 1,025 colaboradores a través de sesiones de Yoga de la Risa en 46 unidades, mientras que el programa "Cuidarte es Amarte", centrado en fortalecer la autoestima y la autopercepción, alcanzó a 1,268 personas. Además, la capacitación en "Primeros Auxilios Psicológicos", diseñada para abordar necesidades emocionales y prevenir riesgos psicosociales, impactó a 1,234 colaboradores durante su desarrollo en los últimos meses del año. En cuanto a talleres especializados, se llevaron a cabo sesiones sobre "Gestión del Cambio y Salud Mental", que abordaron temas como la adaptación al cambio, manejo del estrés y afrontamiento de situaciones complejas, beneficiando a 80 colaboradores del Hospital de Bosa y a 7 integrantes del equipo de comunicaciones. Asimismo, se abordó el manejo de pérdidas familiares con el envío de 9 piezas comunicativas de condolencias, promoviendo un entorno de apoyo y cuidado emocional.

- Ejecución contractual para el desarrollo de los diferentes programas y políticas del SGSST**

Para la vigencia 2024, se realizó la ejecución del contrato: 6909-2023, con el objeto de adquirir elevadores de pantalla y apoyapiés para el mejoramiento de las condiciones ergonómicas de los puestos de trabajo de los colaboradores de la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente E.S.E.

Por su parte se inició la ejecución del contrato 6908-2024, para el suministro de sillas ergonómicas acorde a las necesidades del servicio para el mejoramiento de las condiciones físicas de los puestos de trabajo de los colaboradores de la Subred.

Se realizó ejecución del contrato 2593-2024 el cual tenía como objeto la compra de elementos y/o insumos para la prevención y detección de incendios, identificación de las rutas de evacuación y atención de primeros auxilios en las sedes de la Subred.

Se ejecuto el contrato 6591-2024, el cual tenía como objeto contratar el suministro, recarga y mantenimiento preventivo y correctivo con repuestos de los extintores para la prevención y control de incendios en las unidades de prestación de servicios de salud de la Entidad.

Se inicia la ejecución del contrato 6941-2024, para la compra de Elementos de Protección Personal.

• **PLAN DE BIENESTAR SOCIAL E INVENTIVOS**

El Plan de Bienestar Social e Incentivos está enmarcado en la armonización de las estrategias asociadas a empresa familiarmente responsable, los ejes de medición de clima laboral por parte del DASCD (Departamento Administrativo del Servicio Civil Distrital, lineamientos del nuevo plan de bienestar nacional 2023 – 2026 del DAFP (Departamento Administrativo de la Función Pública), las sugerencias dadas por parte de la Oficina de Control Interno y acuerdos laborales y colectivos vigentes 2023 – 2024. Teniendo en cuenta lo anterior para la vigencia 2024 se definen 5 ejes que enmarcan la innovación de estrategias que permitan mejorar el bienestar laboral de los colaboradores de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Adicional a ello es importante aclarar que se tomaron en cuenta los ejes del Plan Nacional de Bienestar 2023 – 2030 y se homologaron con los articulados para la vigencia 2024 del plan de bienestar de la Subred Sur Occidente E.S.E., manteniendo el objetivo de cada eje.

EJES PROPUESTOS POR EL DAFP	PLAN BIENESTAR 2023	PLAN BIENESTAR 2024
Eje Equilibrio Psicosocial	- Eje Calidad de Vida - Eje Recreativo Deportivo - Eje Social y Cultural - Desvinculación asistida	Eje Salud, Vida y Familia
Eje Diversidad e Inclusión	Eje Calidad de Vida	Eje Tejiendo Redes Solidarias y Saludables
Eje Transformación Digital	NA	Eje Experiencias Digitales para tu Bienestar
Eje Identidad y Vocación por el Servicio Público	Eje Calidad de Vida	Eje Transformación Cultural e Integridad
Eje salud Mental	Eje Clima laboral	Eje Clima laboral Eje Salud, Vida y Familia

Durante la vigencia 2024, se ejecutó con éxito el plan de trabajo, cumpliendo el 100% de las actividades programadas para la vigencia desarrollando en total veinte (20) actividades. Las cuales reflejan las acciones de bienestar que aportan a la mejora de la calidad de vida de los colaboradores de la Subred Sur Occidente

En concordancia con lo anterior, se describe a continuación el avance por cada uno de los ejes:

- **Eje Salud, Vida y Familia**, se realizó 9 actividades destinadas a fortalecer el bienestar integral de nuestros colaboradores estas evidencian 18.229 participaciones y una cobertura del 90% en diversas actividades como: Conmemoración e fechas especiales, fomento de actividades recreo deportivas y culturales con la implementación de juegos deportivos internos y caminatas, además de fortalecer las habilidades de los colaboradores con emprendimientos se desarrollan ferias de servicios en temáticas diversas algunas de ellas salud, vacacionales, pensionales entre otras, por otro lado se consolidan las acciones desarrolladas para da alcance a los funcionarios que se encuentran en procesos de pensión y propensión, fortalecimiento estrategia dale like a tu salud mental a partir de yoga de la risa, reconocimiento de sí mismo, respeto por el otro y primeros auxilios psicológico, adecuación y fortalecimiento de espacios de bienestar (alimentación, descanso y

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

salas amigas de la familia lactante) para los colaboradores, conmemoración profesiones y oficios y cierre de gestión.

- **Eje Tejiendo Redes Solidarias y Saludables**, se desarrollaron 3 actividades con 1.395 participaciones, comuna cobertura del 90%, lo que permite la implementación de acciones de promoción de la inclusión y diversidad mediante la conmemoración de fechas especiales como el Día de la Mujer, Día del Hombre, Día del Soltero, entre otros. Esto se articula con acciones de sensibilización y capacitación sobre acoso laboral, violencia de género y discriminación, con el objetivo de fomentar la inclusión laboral, diversidad y equidad. Lo que aporta significativamente al fortalecimiento de estrategias que aporten al programa Caldas liderado por el DASCDC que para la subred tiene el nombre de tejiendo redes solidarias y saludables que aporta significativamente en la creación de ambientes laborales respetuosos y seguros para todos, libre de discriminación y violencia.
- **Eje Experiencia Digitales para Tú Bienestar**, para este se desarrollaron 2 actividades evidenciando 1.215 participaciones en actividades virtuales (Concursos y retos de juegos de mesa en línea) para fortalecer lazos familiares, sociales y culturales, en articulación con el subproceso de formación y desarrollo se trabaja en la sensibilización y capacitación en uso adecuado de herramientas ofimáticas.
- **Eje de transformación cultural** se desarrollaron 3 actividades entre ellas la semana de transformación cultural (alfombra roja de la subred) con un cine foro liderado por las diferentes unidades logrando la participación de 1.200 colaboradores, retomando la estrategia martes de medición de ADN Subred y se trabajó en la construcción y socialización los líderes de la estrategia “Equipos Golden Plus” la cual busca reconocer y motivar el desempeño excepcional de equipos y áreas, la cual fue socializada a los líderes en nuestra última escuela de líderes con la participación de 74 personas, finalmente se realiza el reto gestión de integridad para el cual participan en la evaluación 292, con una asimilación del conocimiento del 86% teniendo en cuenta lo anterior se evidencian 1.566 personas.
- **Eje de Clima Laboral**, se realizaron 3 actividades en las cuales se evidencian 3.609 participaciones con una cobertura del 74% buscan el fortalecimiento de las competencias de los líderes para esto se implementará un modelo de liderazgo que en primera instancia se está desarrollando con la aplicación de un diagnóstico de liderazgo, por otro lado, se realiza el seguimiento a las acciones propuesta en basadas en resultados de la batería de riesgo psicosocial y finalmente se da respuesta a las necesidades asociadas a una sana convivencia y mejora del ambiente laboral de los colaboradores.

14.4 SUBPROCESO 4. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

La Evaluación del Desempeño Laboral es una herramienta de gestión, mediante la cual se puede verificar el cumplimiento de los compromisos laborales y comportamentales de los empleados, y si han contribuido con el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales, aportando a la adecuada y eficaz prestación de los servicios.

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

En la Dirección de Talento Humano contamos con un subproceso denominado Evaluación de Desempeño Laboral para el personal de planta vinculado en carrera administrativa y provisionalidad. Se realiza toda la planeación, ejecución y seguimiento y capacitaciones para los evaluados y evaluadores.

- **Carrera Administrativa**

Referente a la evaluación de desempeño de los funcionarios vinculados a través de carrera administrativa, mediante Resolución No. 056 del 30 de enero de 2019, se adoptó el Acuerdo 617 del 10 de octubre de 2018 expedido por la Comisión Nacional del Servicio Civil por el cual se establece el Sistema Tipo de Evaluación del Desempeño Laboral de los empleados públicos de Carrera Administrativa y en período de prueba.

La evaluación del período comprendido entre el 1 de febrero de 2023 al 31 de enero de 2024, de los funcionarios de carrera administrativa (449) fue realizada al 100%. La evaluación de la vigencia anual 2024 se realizará por parte de los evaluadores en el mes de febrero 2025 la cual se consolidará y se realizará informe de esta vigencia por nivel jerárquico, nivel de calificación sobresaliente el cual es insumo para encargos, plan de incentivos a los mejores funcionarios por nivel jerárquico.

Dentro del proceso se presenta la siguiente escala de calificación:

SOBRESALIENTE	Mayor o igual al 90%
SATISFACTORIO	Mayor al 65% y menor al 90%
NO SATISFACTORIO	Menor o igual al 65%

RESULTADOS EVALUACION DE DESEMPEÑO FUNCIONARIO DE CARRERA ADMINISTRATIVA (01 DE FEBRERO 2023 AL 31 DE ENERO DE 2024)

De acuerdo con la escala de calificación, los funcionarios fueron evaluados de la siguiente manera:

NIVEL	TOTAL DE FUNCIONARIOS	SOBRESALIENTE	SATISFACTORIO	SOBRESALIENTE 100%
PROFESIONAL	230**	229	0	25
TÉCNICO	47	45	2	3
ASISTENCIAL	172	167	5	3
Total	449	442	7	31

Fuente: Evaluación del Desempeño Aplicativo EDL APP

**Del nivel profesional un funcionario se encuentra en Comisión y uno con máxima incapacidad para el período de evaluación en mención.

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

En la vigencia del período 1 de febrero de 2023 al 31 de enero de 2024 no se reflejó ni se reportó ningún plan de mejora en el aplicativo por parte de los evaluadores.

En cuanto a los compromisos comportamentales los evaluadores en un 95% otorgan dentro de la escala en las conductas asociadas el comportamiento de Siempre. No generan planes de mejoramiento porque las competencias con las conductas asociadas se mantienen con la frecuencia de Siempre.

En lo concerniente al Sistema de Evaluación para empleados de Carrera Administrativa, Nivel Asesor y Provisionales desde este subproceso se capacitó, socializó, acompañó y divulgó a los evaluadores y evaluados respecto a las orientaciones para la evaluación del desempeño de evaluación definitiva vigencia 2023 y concertación de compromisos laborales y comportamentales vigencia 2024.

De igual manera se adoptó el sistema de evaluación de gerentes públicos cuya estructura fue definida por el Departamento Administrativo Servicio Civil Distrital en el modelo para la gestión de empleos de naturaleza gerencial en el distrito capital, la cual se adoptó por Resolución No. 225 del 15 de marzo de 2023 al interior de la subred integrada de servicios de salud sur occidente. A la vez recibieron capacitación virtual y presencial los gerentes públicos del sistema de evaluación.

Los Gerentes públicos fueron evaluados en la vigencia 2023 y suscribieron Acuerdos de Gestión para la vigencia 2024, y en el mes de enero de la vigencia 2025 realizan la evaluación definitiva de la vigencia 2024.

Teniendo en cuenta la Circular No. 005 de 2017 expedida por el Departamento Administrativo del Servicio Civil Distrital, se adoptó la Evaluación de la Gestión para los empleados provisionales de la Subred, mediante Resolución No. 804 del 12 de octubre de 2016. Para la vigencia 01 de febrero 2024 al 31 de enero de 2025 se encuentra para el mes de febrero 2025 la evaluación del período anual. La cual una vez evaluados se consolidará y remitirá informe. El personal vinculado a provisionalidad a la fecha para efectos de evaluación son 524.

Para esta vigencia con el informe consolidado de evaluación de desempeño de los funcionarios de carrera administrativa vigencia 2023 se seleccionaron los mejores funcionarios por cada nivel Profesional, Técnico y Asistencial y mejor funcionario de la Entidad de acuerdo con la normatividad vigente a través de reunión con la Comisión de Personal para el reconocimiento del Plan de Incentivos vigencia 2024 mediante Resolución No. 465 del 05 de julio de 2024.

14.5 PRINCIPALES LOGROS

- Elaboración y socialización de la guía para la provisión de vacantes temporales y/o definitivas generadas en empleos de carrera administrativa.
- La Dirección de Gestión del Humano alcanzó uno de los valores más altos, en el resultado del índice de desempeño institucional evaluado por el DASC pasando de 72.9 en el año 2022 a 96.3 en el 2024, consolidándose como un área destacada. De esta manera, todas las áreas muestran un progreso positivo, con mejoras

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

significativas en la mayoría de los casos, destacándose particularmente las áreas relacionadas con el empleo, rendimiento y recursos humanos por sus avances notables hacia valores sobresalientes en el rango alto.

- A partir del segundo semestre de 2024, se implementó la encuesta de retiro a los funcionarios de planta de la entidad dispuesto en el aplicativo Almera de la entidad para su realización durante el trámite de retiro de la entidad con el objetivo de avanzar en los análisis de los resultados de la misma.
- Profesionalización de 12 instrumentadoras quirúrgicas en el mes de marzo de 2024, lo cual conllevó a una modificación de la planta de personal de la Subred, quedando con un total de 1.665 empleos.
- Se garantizó el cumplimiento al 100% de las obligaciones laborales de los Servidores Públicos de la Subred, en las fechas establecidas, quedando a paz y salvo a 31 de diciembre de 2024.
- Se cumplió con la liquidación y pago del 100% de las solicitudes de cesantías parciales y definitivas de los Servidores Públicos de la Subred, dentro de los términos establecidos en la Ley.
- A corte diciembre de 2024 se logró recuperar un 74.4% del pago de las incapacidades causadas por las EPS y ARL, quedando únicamente por recaudar lo causado durante el mes de diciembre, gestión que se ha revisado y validado con las áreas de Cartera y Contabilidad.
- Se logró culminar el proceso de saneamiento de SGP de las vigencias 2012 a 2016, y de vigencias anteriores, siendo la primera Subred en lograr la terminación del proceso que estuvo vigente por más de 20 años.
- Se ha garantizado en un 100% el cumplimiento de actualización de la información de pasivos pensionales ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el FONCEP, en el aplicativo PASIVOCOL, con corte a diciembre de 2024.
- Cumplir con las temáticas propuestas y programadas para la vigencia 2024 del Plan Institucional de Capacitación - PIC.
- Sistematizar en Almera los Formatos de Entrenamiento en Actividades Específicas en Puesto de Trabajo.
- Articulación con las Direcciones, Procesos y Subprocesos para la realización de procesos de formación (Encuentros de aprendizaje, realización de cursos para montar en el Aula Virtual, entre otros) dentro de cada uno de ellos.
- La realización del Curso de Inglés Básico por parte de 23 funcionarios de la Subred, el cual fue certificado por la Universidad de Compensar.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

- Fortalecimiento de la estrategia dale like a tu salud mental en la que se evidencian para esta vigencia 7199 participaciones y avance de la medición de liderazgo para la elaboración del modelo de liderazgo de la subred.
- Entrega de un obsequio de cumpleaños para los colaboradores de planta directa, así como el desarrollo de la primera fase para la conservación de un espacio para gestión de emociones en la sede de Cundinamarca.
- Instalación de 10 dispositivos de telemetría, gestionados a través d la ARL SURA y que permite hacer seguimiento de los vehículos en tiempo real.
- Validación documental realizada para cada proceso de selección, cada proceso cerrado satisfactoriamente cuenta con la totalidad de los soportes documentales que avalan la idoneidad del perfil seleccionado, esta documentación es remitida en su totalidad a la Dirección de Contratación y reposara en el archivo individual de cada colaborador.
- Apropiación del Sistema de Evaluación del Desempeño laboral en la Entidad para el personal vinculado (carrera y provisionales).
- Adopción del nuevo modelo de gestión para los empleos de nivel directivo.
- Sistema de valoración de competencias comportamentales a través del aplicativo ALMERA y que los supervisores estén apropiados para realizar valoración y seguimiento a estas competencias.
- Aplicación de encuesta de satisfacción del proceso de provisionalidad a los colaboradores nombrados en la vigencia 2023.

14.6 PRINCIPALES DIFICULTADES

- Se observan dificultades en la apropiación del entrenamiento en las actividades específicas del personal de planta y OPS.
- Los evaluadores no realizan en los tiempos establecidos normativamente las evaluaciones parciales eventuales o ajuste a los compromisos funcionales por cambio de evaluador o reubicación.
- Por parte de los evaluados no realizan de manera continua el seguimiento a evidencias.
- El aplicativo EDL APP, herramienta utilizada para la evaluación del desempeño laboral en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., presenta limitaciones para la realización de informes de seguimiento a concertación de compromisos, evaluaciones parciales y semestrales.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

- Lograr que el talento humano de la Subred Sur Occidente realice las encuestas que son impulsadas desde los diferentes procesos.
- Aún persiste la demora en la entrega de novedades como las incapacidades, y planillas de recargos por parte de algunos servicios, lo cual genera que no se puedan incluir en el periodo de causación.
- Los tiempos de las solicitudes de revisión de hojas de vida del personal de planta para las Auditorias es demasiado corto, a pesar de que la Dirección de Talento Humano solicito un Cronograma para poder dar respuesta a tiempo con los requerimientos, no ha sido posible que se cumplan los tiempos, adicional a esto solo se cuenta con una sola persona para el desarrollo de esta labor
- El manejo de listados de asistencia físicos los cuales dificultan la lectura de la información de los participantes de las capacitaciones para registrarlos en Almera, se realizan links de asistencia en el Forms del correo de capacitación para poder tener control de la información.
- A pesar de ser reiterativos en la solicitud de la información para crear test, los encargados allegan la información sobre el tiempo, situación que afecta en algunos momentos la logística de los encuentros de aprendizaje virtuales. Por lo tanto, se solicitan con tiempo prudente para apoyar el proceso.
- El desarrollo del plan de bienestar social e incentivos enfrenta dificultades en la participación de los colaboradores debido a la desinformación y la falta de tiempo. Para abordar esto, se han implementado estrategias como la comunicación personalizada, actividades virtuales y fines de semana, y envío de correos electrónicos.

Sin embargo, también se han identificado otros desafíos, como: cambios en el equipo de líderes que impiden realizar mediciones de liderazgo y dificultades en la articulación con el equipo de logística, mantenimiento y activos fijos para el manejo de áreas de bienestar y traslado para la ejecución de actividades.

- La principal dificultad presentada en el subproceso de selección de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. es la consecución de talento humano de médicos especialistas. Esto se debe a que la oferta de profesionales que cumplan con los perfiles requeridos frente a formación y experiencia no es amplia dentro del mercado laboral.
- Otra dificultad evidencia para el proceso de selección es referente al inicio de nuevos convenios de salud pública, esto debido al volumen de procesos a radicar y los tiempos de respuesta frente al inicio de actividades marcadas en los convenios.

14.7 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL PROCESO

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

- Elaborar y socializar el ABC del Talento humano para el personal de planta de la entidad en la vigencia 2025.
- Continuar con la parametrización en el aplicativo Agilsalud de los procesos de selección, que permita determinar en tiempo real los requerimientos radicados en la Dirección de Talento Humano, asimismo que las direcciones requirentes puedan hacer un seguimiento del estado de su petición.
- Culminar el registro público de carrera administrativa que solicita la CNSC, asimismo solicitar la apropiación de recursos para realizar el concurso de méritos de acuerdo al reporte de vacantes en la OPEC.
- Para poder dar cumplimiento al Indicador de mantenimiento de -Entrenamiento a Puesto de Trabajo-, se sugiere que la entrega del documento diligenciado sea entregado articulado con la cuenta cobro, esto con el fin que se cumpla con esta condición normativa de la entidad. Por tal motivo se sistematizan en Almera los Formatos de Entrenamiento en Actividades Específicas en Puesto de Trabajo, con el fin de que la información llegue en tiempo más real al Subproceso.
- Se recomienda continuar con el sistema de evaluación de manera objetiva para mantener el alto nivel de rendimiento en la entidad.
- Continuar con los programas de formación continua para actualizar conocimientos y habilidades de los funcionarios (competencias comportamentales).
- Continuar con el reconocimiento del desempeño sobresaliente de los funcionarios.
- Avanzar en la participación institucional en los programas de formación de Bilingüismo; apropiar el tema de innovación y transferencia del conocimiento en la Subred y fortalecer el tema de acreditación en todos los colaboradores de la Entidad.
- Gestionar la actualización de la plataforma del aula virtual que permita ser sencillo el reporte y registro de los diferentes cursos e incluir Cursos que permitan dar cumplimiento a la Resolución 3100 de 2019, además de requisitos de formación continua de diferentes temas de profundización de interés para la entidad.
- Tener presentes los lineamientos de la nueva administración para la actualización del Proceso del Curso de Inducción- Reinducción virtual, teniendo 2 cursos, uno para Planta y otro para Contratistas.
- Se debe contar más con el apoyo de la Oficina de Gestión del Conocimiento en los procesos de formación de los funcionarios, por medio de los convenios de contraprestación de servicios.
- Para la vigencia 2025, los retos se enfocan en consolidar y fortalecer las estrategias ya implementadas, como la "Chequera de salario emocional" y los "Equipos Golden Plus". También se buscará continuar con la medición y creación de un modelo de liderazgo que impulse las habilidades del equipo de líderes. A su vez, se proyecta el desarrollo de nuevas estrategias para mejorar el plan de incentivos y fomentar una

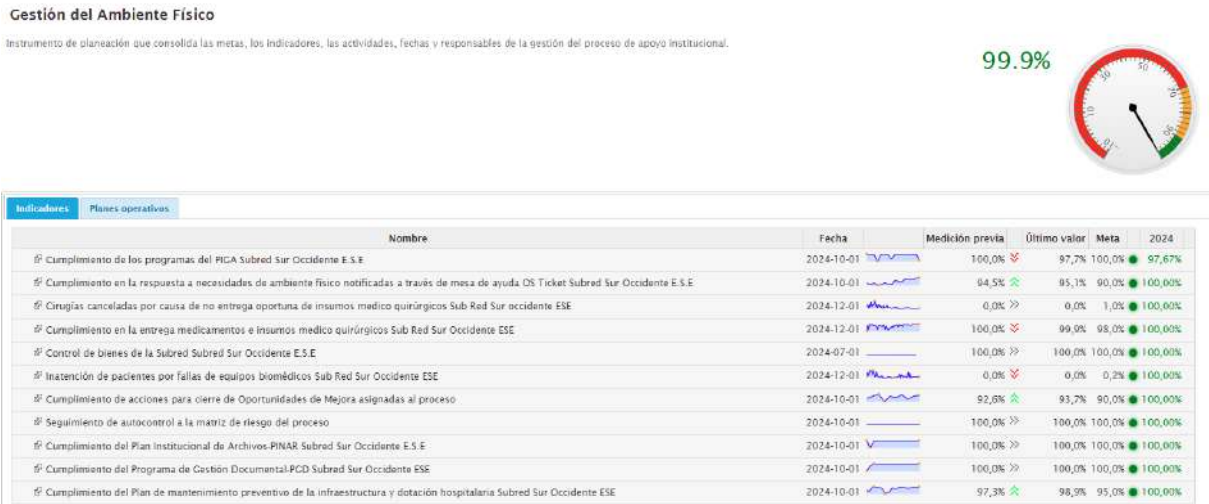
cultura de voluntariado, lo cual contribuirá al posicionamiento de la Subred como una empresa familiarmente responsable.

- Gestionar oportunamente los espacios para hacer la intervención a los equipos de trabajo en las diferentes actividades propuestas.
- Fortalecer el acompañamiento a los colaboradores de PIC, para tener una mayor cobertura e impacto de las actividades realizadas.
- A pesar de contar con Política de no fumador, los colaboradores desacatan completamente sus lineamientos.
- Ajustar la guía de selección de contratistas que permita agilizar los tiempos de la selección del personal de OPS.

15 GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO.

El proceso de ambiente físico durante la vigencia 2024 ha identificado y gestionado las necesidades relacionadas con el ambiente físico (infraestructura y equipos industriales), gestión de la tecnología, activos fijos, adquisición, almacenamiento y entrega de insumos, gestión ambiental, gestión documental y apoyo logístico (servicios tercerizados de aseo, vigilancia y lavandería) de los grupos de interés, para implementar acciones de respuesta adecuada en conformidad con los lineamientos internos y externos, que contribuyen al fortalecimiento del desempeño institucional y mejoramiento continuo.

Desde el proceso se realiza la medición periódica de 11 indicadores contemplados en el Plan de Acción Anual-PAA, para lo cual se logró un cumplimiento general durante la vigencia 2024 del 99.9%, tal como se evidencia en la siguiente imagen:



Fuente: Plan de acción anual por procesos 2024- Almera

Dicho resultado permite evidenciar que el desempeño de los indicadores con respecto a la vigencia 2023 se mantiene, lo cual se atribuye a las acciones de mejoramiento implementadas desde el proceso. Del total de indicadores del proceso, se logró el

“ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN.”

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

cumplimiento de la meta establecida en los 11 indicadores, los cuales se encuentran relacionados con: cumplimiento de los programas del PIGA, cirugías canceladas por causa de no entrega oportuna de insumos medico quirúrgicos, control de bienes de la Subred Sur Occidente, inatención de pacientes por fallas de equipos biomédicos, cumplimiento del Plan Institucional de Archivos- PINAR, cumplimiento en la entrega de medicamentos e insumos medico quirúrgicos, cumplimiento del programa de gestión documental-PGD, cumplimiento del plan de mantenimiento preventivo de la infraestructura y dotación hospitalaria, cumplimiento de acciones para cierre de oportunidades de mejora asignadas al proceso, seguimiento de autocontrol a la matriz de riesgos y cumplimiento en la respuesta a las necesidades de ambiente físico notificadas a través de mesa de ayuda OS Ticket.

15.1 SUBPROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL ARCHIVO Y CORRESPONDENCIA.

La Subred Sur Occidente por medio del subproceso de Gestión Documental, se compromete a seguir criterios legales y técnicos en la gestión de documentos y manejo de información, para ello, implementa estrategias y buenas prácticas desde su creación hasta su disposición final, este compromiso se llevará a cabo mediante el uso responsable de medios tecnológicos y físicos, el fortalecimiento de las competencias del talento humano y la colaboración con otras dependencias, procesos y subprocesos. Por tal razón, se busca garantizar la preservación de la memoria institucional, en consonancia con el mejoramiento continuo, y cumplir con los principios de transparencia y acceso a la información.

OBJETIVO GENERAL DE LA POLÍTICA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

La política tiene como principal objetivo instaurar los estándares y mejores prácticas para el desarrollo óptimo de los procesos de gestión documental, a través de la implementación de los instrumentos archivísticos definidos por la normatividad vigente, con el fin de preservar la memoria institucional de la entidad.

EVALUACIÓN Y CUMPLIMIENTO DEL PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVOS (PINAR) DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E

PROYECTO 1: ELABORACIÓN DE TABLAS DE VALORACIÓN DOCUMENTAL.

Elaboración de inventarios documentales en estado natural de los Hospitales de: Fontibón, Bosa, Pablo VI, Kennedy y Sur.

El archivo central, de la Subred Integrada de los Servicios de Salud Sur Occidente, se encuentra ubicada en la calle 20 No. 69B 58 sector Montevideo de la ciudad de Bogotá, cuenta con un área de almacenamiento de 3000 metros cuadrados, de cuatro pisos de altura con áreas destinadas para actividades técnicas, custodia y conservación de la documentación correspondiente al Fondo Documental Acumulado, con un total de 52.136 unidades de conservación (cajas), las cuales hacen parte de los archivos generados por los antiguos hospitales de Fontibón, Pablo VI, Hospital de Bosa, Hospital del Sur, Hospital de Kennedy. Adicionalmente, es importante mencionar que se encuentra 58.812 unidades de conservación (cajas) en otras sedes, de las cuales, la Dirección Administrativa se encuentra realizando validación de qué documentación pertenece al Fondo Documental Acumulado de la subred.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Por esta razón la Secretaría Distrital de Salud definió un proyecto para la elaboración de las Tabla de Valoración Documental priorizadas, las cuales ayudarían a cumplir con el ciclo vital de los documentos que pertenecen al fondo documental acumulado de la entidad, dicho lo anterior, se crea el convenio interadministrativo **015-2021** con el objeto de *“Aunar esfuerzos administrativos, técnicos y financieros para la implementación del sistema de gestión documental en las entidades adscritas y vinculadas de la Secretaría Distrital de salud”*.

Es por ello, que se diseñó un plan de trabajo para llevar a cabo la elaboración de los inventarios documentales en estado natural de los fondos documentales acumulados de los antiguos hospitales de la Subred, y dentro de este se crea un cronograma, el cual se presenta a continuación:

- **Hospital de Fontibón** inicia su intervención el 1 de diciembre del 2021 y finalizo el 28 de febrero 2022
- **Hospital de Bosa** inicia su intervención el del 1 de febrero y finalizo el 30 de junio 2022
- **Hospital de Pablo VI** inicia su intervención el del 1 de junio y finalizo el 30 de septiembre 2022
- **Hospital del Sur** inicia su intervención el 9 de septiembre del 2022 y finalizo el 30 abril del 2023
- **Hospital de Kennedy** inicia su intervención el 1 de mayo del 2023 y finalizo el 07 mayo del 2024

AVANCE INVENTARIOS DE LOS FONDOS ACUMULADOS DE LA SUBRED

Fondo Documental Hospital de Kennedy.

En cuanto al Hospital de Kennedy se inició con la elaboración de los inventarios en su estado natural el 01 de mayo de 2023 y de acuerdo con el cronograma propuesto, este finalizó el 07 de mayo de 2024, como resultado del ejercicio se llevó a cabo el levantamiento del inventario en estado natural en el archivo central Montevideo de 4.185 metros lineales equivalentes a 16.743 unidades de conservación con un total de registros de 710.460.

Es de aclarar que el proceso de avance del levantamiento de inventario del hospital de Kennedy se vio afectado, debido a que desde el 01 de septiembre hasta el 17 de octubre del 2023 no se contaba con personal contratado, lo anterior debido a que con los recursos económicos disponibles del convenio el personal fue contratado hasta el 31 de agosto del 2023, a partir del 17 de octubre del 2023 se realizará la contratación del personal con recursos propios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

ELABORACIÓN DE LAS TABLAS DE VALORACIÓN DOCUMENTAL

El contratista COLVATEL el cual firmó el contrato con la Subred Integral de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. el 01 de marzo de 2022, con acta de inicio del 08 de marzo del 2022 y su fecha de terminación inicial era para el 07 de septiembre del 2023, posteriormente para el proceso de convalidación entidad ha realizado tres prórrogas al contrato, la primera prórroga extendió la fecha de terminación hasta el 07 de julio del 2024, segunda

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

prórroga extendió la fecha de terminación hasta el 07 de julio del 2024, y la tercera prórroga fijó como nueva fecha de finalización el 07 de julio de 2025.

El contratista está a cargo de la elaboración de las Tablas de Valoración Documental (TVD) de los siguientes fondos documentales acumulados de la entidad.

Tabla No. 94 - Fechas Extremas Fondos Documentales Acumulados

Hospitales para Elaboración de TVD	Fechas Extremas	Normatividad
<i>Hospital Fontibón</i>	2000-2016	Acuerdo 11 de 2000
<i>Hospital Bosa</i>	1998-2016	Acuerdo 17 de 1997
<i>Hospital Pablo VI</i>	1998-2016	Acuerdo 17 de 1997
<i>Hospital del SUR</i>	2000-2016	Acuerdo 11 de 2000

Fuente: Subproceso Gestión Documental – Ventanilla única de correspondencia

- **Elaboración de las Tablas de Valoración Documental – Hospital de Bosa II Nivel E.S.E.**

Como avance de la ejecución del contrato suscrito con COLVATEL, se realizó la entrega de Tablas de Valoración Documental con sus anexos del Hospital de Bosa, el cual fue presentado el día 11 de mayo del 2023, ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño para su aprobación, posteriormente, el 19 de mayo del 2023 se realizó la radicación de las Tablas de Valoración Documental y anexos del Hospital de Bosa II Nivel E.S.E. para convalidación ante el Consejo Distrital de Archivo, lo anterior bajo el radicado 1-2023-12929.

Dando continuidad al proceso de convalidación de la TVD, el 18 de septiembre del 2023 se sostuvo la mesa técnica de sustentación con el equipo evaluador del Consejo Distrital de Archivos, en esta se realizó la devolución de las TVD del Hospital de Bosa II Nivel E.S.E., ya que estas no cumplían con los parámetros establecido en la normatividad vigente. Es por ello por lo que el contratista COLVATEL elabora plan de trabajo para la subsanación de las observaciones remitida.

Teniendo en cuenta lo anterior, el contratista COLVATEL realizó los ajustes correspondientes y hace la entrega a la Subred Sur Occidente para revisión en el mes de noviembre del 2023, se realiza la verificación de los documentos entregados y se realiza el decimonoveno comité técnico, en este se socializaron las observaciones correspondientes a los anexos de las Tablas de Valoración Documental del Hospital de Bosa II Nivel. Por consiguiente, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, realizó la devolución de las Tablas de Valoración Documental del Hospital de Bosa II Nivel E.S.E., dejando como compromiso la entrega de los ajustes para el 04 de diciembre del 2023.

El contratista COLVATEL realizó la entrega de Tablas de Valoración Documental con sus anexos del Hospital de Bosa II Nivel E.S.E, el día 15 de diciembre del 2023, estas fueron presentadas el día 20 de diciembre del 2023 ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño para su aprobación, como resultado, el 29 de diciembre del 2023 se realizó la

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

radicación de este instrumento para convalidación ante el Consejo Distrital de Archivo, lo anterior bajo el radicado 1-2023-36845.

Dando continuidad al proceso de convalidación de la TVD, el 05 de marzo del 2024 se sostuvo la mesa técnica de sustentación con el equipo evaluador del Consejo Distrital de Archivos, como resultado de la mesa el equipo evaluador toma la decisión de pasar el instrumento a la segunda fase de revisión para continuar con el proceso de convalidación.

Teniendo en cuenta el proceso de revisión efectuado por el equipo evaluador del Consejo Distrital de Archivo, se remite concepto técnico de evaluación ampliado bajo radicado 2-2024-14624 - SSO-2024-422-008218-2 el día 15 de mayo del 2024, para la respectiva revisión y análisis por parte de la entidad, por tal razón, se le solicita a COLVATEL que elaboren un plan de trabajo para subsanar las observaciones descritas en dicho concepto, este debía ser remitido a más tardar el 16 de mayo del 2024, para lo cual se recibió el día 29 de mayo del 2024.

Una vez realizados los ajustes socializados, el contratista COLVATEL realizó la entrega de Tablas de Valoración Documental con sus anexos del Hospital de Bosa II Nivel E.S.E, estas fueron presentadas el día 25 de junio del 2024 ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño para su aprobación, como resultado, el 26 de junio del 2024 se realizó la radicación de este instrumento para convalidación ante el Consejo Distrital de Archivo, lo anterior bajo el radicado 1-2024-23983.

Dando continuidad al proceso de convalidación de las TVD del Hospital de Bosa II Nivel E.S.E, el 23 de octubre del 2024, se sostuvo la mesa técnica de presentación con el equipo evaluador del Consejo Distrital de Archivos, como resultado de la mesa el equipo evaluador toma la decisión de pasar el instrumento a la segunda fase de revisión para continuar con el proceso de convalidación.

Teniendo en cuenta el proceso de revisión efectuado por el equipo evaluador del Consejo Distrital de Archivo, se remitió el informe técnico de revisión y evaluación de la TVD del Hospital de Bosa II Nivel E.S.E bajo radicado 2-2024-32172 - SSO-2024-422-025818-2 el día 07 de noviembre del 2024, para la respectiva revisión y análisis por parte de la entidad, por tal razón, el 18 de noviembre del 2024 se realizó una mesa de trabajo con el propósito de socializar las observaciones del informe y realizar el respectivo seguimiento de los ajustes solicitados, es por ello que se le solicita a COLVATEL que elaboren un plan de trabajo para subsanar las observaciones descritas en el informe, el cual, se encuentra en ejecución por parte del contratista para su presentación ante el equipo evaluador del Consejo Distrital de Archivos en el mes de diciembre de 2024.

Una vez realizados los ajustes socializados, el contratista COLVATEL realizó la entrega de Tablas de Valoración Documental con sus anexos del Hospital de Bosa II Nivel E.S.E, estas fueron presentadas el día 17 de diciembre del 2024 ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño para su aprobación, como resultado, el 23 de diciembre del 2024 se realizó la radicación de este instrumento para convalidación ante el Consejo Distrital de Archivo, lo anterior bajo el radicado 1-2024-50672.

- **Elaboración de las Tablas de Valoración Documental – Hospital de Fontibón E.S.E.**

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

En el mes de diciembre de la vigencia 2022 el contratista COLVATEL realizo la entrega de Tablas de Valoración Documental y sus anexos del Hospital de Fontibón E.S.E., el cual fue revisado y posteriormente presentado el día 02 de diciembre del 2022 ante el comité institucional de gestión y desempeño, una vez aprobado este instrumento se procedido a realizar la radicación ante el Concejo Distrital de Archivos el día 06 de diciembre del 2022 para su convalidación.

En respuesta al radicado 2-2023-16005 en el cual se hace la devolución de las TVD y anexos del Hospital de Fontibón E.S.E., el contratista COLVATEL realizó los ajustes correspondientes y hace la entrega a la Subred Sur Occidente para revisión y radicación ante al Consejo Distrital de Archivo, dicha entrega se realizó el 25 de julio del 2023.

Como resultado de la verificación realizada por el Consejo Distrital de Archivo, se hace la devolución de las TVD del Hospital de Fontibón E.S.E. bajo el radicado 2-2023-30889 del 09 de noviembre del 2023.

Por lo anterior, y de acuerdo con la comunicación remitida por el contratista COLVATEL, el 24 de noviembre del 2023 bajo el radicado SSO-2023-422-003245-4, en la cual indican que entrega el instrumento el 15 de diciembre de 2023, el cual, no entrego en la vigencia del presente informe.

Teniendo en cuenta el incumplimiento en la entrega de instrumento mencionada anteriormente, se convocó el vigésimo primero comité técnico el 25 de enero del 2024, lo anterior de acuerdo con la comunicación remitida por el contratista COLVATEL, el 22 de enero del 2024 bajo el radicado SSO-2024-422-001394-4, en la cual manifiestan el porqué del incumplimiento en la entrega del producto e indican que entregaran el instrumento el 24 de enero de 2024 para revisión por parte de la subred.

En la reunión la Subred manifestó la preocupación por la no entrega de los productos en los tiempos establecidos, dado que el tiempo para la convalidación por parte del Consejo Distrital de Archivos quedarían muy ajustado, y en caso de ser necesarias correcciones, el contrato ya se abría finalizado y no habría posibilidad de prorrogar el Convenio 015 del 2021, por tal motivo el equipo de COLVATEL se comprometió a realizar la entrega del instrumento en la fecha anteriormente mencionada y así mismo ponerse al día con la entrega de los informes pendientes con la entidad.

Teniendo en cuenta los compromisos adquiridos en el comité del mes de enero del 2024, el contratista COLVATEL realizo la entrega del instrumento en la fecha establecida bajo el radicado SSO-2024-422-001591-4, por lo tanto, la Subred procedió a realizar la verificación pertinente, como resultado de esta, mediante el radicado SSO-2024-422-003478-1 se remiten las observaciones generales sobre los anexos de las Tablas de Valoración Documental entregada en el marco de la ejecución del contrato No. 4761 de 2022.

Una vez realizados los ajustes correspondientes, el contratista COLVATEL realizó la entrega de Tablas de Valoración Documental y los anexos del Hospital de Fontibón E.S.E., estas fueron presentadas el día 18 de marzo del 2024 ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño para su aprobación, como resultado, el 29 de abril del 2024 se realizó la radicación de este instrumento para convalidación ante el Consejo Distrital de Archivo, lo anterior bajo el radicado 1-2024-16602.

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Dando continuidad al proceso de convalidación, el 21 de mayo del 2024 se sostuvo la mesa técnica de sustentación con el equipo evaluador del Consejo Distrital de Archivos, en esta se realizó la devolución de las TVD del Hospital de Fontibón E.S.E., ya que estas no cumplían con los parámetros establecido en la normatividad vigente. Es por ello por lo que se le solicito al contratista COLVATEL la elaboración de un plan de trabajo para la subsanación de las observaciones remitida.

Una vez realizados los ajustes requeridos a los anexos que conforman el instrumento, el contratista COLVATEL realizo la entrega de las TVD bajo el radicado SSO-2024-422-014582-2, por lo tanto, la Subred procedió a realizar la verificación pertinente, como resultado de esta, mediante el radicado SSO-2024-422-020922-1 se remite la devolución y observaciones generales sobre los anexos de las Tablas de Valoración Documental entregada en el marco de la ejecución del contrato No. 4761 de 2022.

Teniendo en cuenta las observaciones socializadas, el contratista COLVATEL realizó la entrega de las Tablas de Valoración Documental con sus anexos del Hospital de Fontibón E.S.E, estas fueron presentadas el día 08 de agosto del 2024 ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño para su aprobación, como resultado, el 12 de agosto del 2024 se realizó la radicación de este instrumento para su convalidación ante el Consejo Distrital de Archivo, lo anterior bajo el radicado 1-2024-30254.

Dando continuidad al proceso de convalidación de la TVD, el 23 de septiembre del 2024 se sostuvo la mesa técnica de presentación ante el equipo evaluador del Consejo Distrital de Archivos, como resultado de la mesa el equipo evaluador toma la decisión de pasar el instrumento a la segunda fase de revisión para continuar con el proceso de convalidación.

Teniendo en cuenta el proceso de revisión efectuado por el equipo evaluador del Consejo Distrital de Archivo, se remitió el informe técnico de revisión y evaluación de la TVD del Hospital de Fontibón E.S.E bajo radicado 2-2024-36530 - SSO-2024-422-030440-2 el día 19 de diciembre del 2024, para la respectiva revisión y análisis por parte de la entidad, es por ello que se le solicita a COLVATEL que elaboren un plan de trabajo para subsanar las observaciones descritas en el informe, el cual, se encuentra en ejecución por parte del contratista para su presentación ante el equipo evaluador del Consejo Distrital de Archivos en el mes de enero del 2025.

- **Elaboración de las Tablas de Valoración Documental – Hospital de Pablo VI Bosa E.S.E.**

El contratista COLVATEL realizó la entrega de Tablas de Valoración Documental con sus anexos del Hospital Pablo VI Bosa E.S.E, el cual fue presentado el día 15 de agosto del 2023 ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño para su aprobación, como resultado, el 29 de agosto del 20243 se realizó la radicación de las Tablas de Valoración Documental y anexos del Hospital de Pablo VI Bosa E.S.E. para convalidación ante el Consejo Distrital de Archivo, lo anterior bajo el radicado 1-2023-23091.

Como resultado de la verificación realizada por el Consejo Distrital de Archivo, se hace la devolución de las TVD del Hospital de Pablo VI Bosa E.S.E. bajo el radicado 2-2023-30889 del 09 de noviembre del 2023.

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Por lo anterior, y de acuerdo con la comunicación remitida por el contratista COLVATEL, el 24 de noviembre del 2023 bajo el radicado SSO-2023-422-003245-4, en la cual indican que entrega el instrumento el 29 de diciembre de 2023, el cual, no se entregó.

Teniendo en cuenta el incumplimiento en la entrega de instrumento mencionada anteriormente, se convocó el vigésimo primero comité técnico el 25 de enero del 2024, lo anterior de acuerdo con la comunicación remitida por el contratista COLVATEL, el 22 de enero del 2024 bajo el radicado SSO-2024-422-001394-4, en la cual manifiestan el porqué del incumplimiento en la entrega del producto e indican que entregaran el instrumento el 05 de febrero de 2024 para revisión por parte de la subred.

En la reunión la Subred manifestó la preocupación por la no entrega de los productos en los tiempos establecidos, dado que el tiempo para la convalidación por parte del Consejo Distrital de Archivos quedarían muy ajustado, y en caso de ser necesarias correcciones, el contrato ya se abría finalizado y no habría posibilidad de prorrogar el Convenio 015 del 2021, por tal motivo el equipo de COLVATEL se comprometió a realizar la entrega del instrumento en la fecha anteriormente mencionada y así mismo ponerse al día con la entrega de los informes pendientes con la entidad.

Teniendo en cuenta los compromisos adquiridos en el comité del mes de enero del 2024, el contratista COLVATEL realizó la entrega del instrumento en la fecha establecida bajo el radicado SSO-2024-422-002616-2, por lo tanto, la Subred procedió a realizar la verificación pertinente, como resultado de esta, mediante el radicado SSO-2024-422-003478-1 se remiten las observaciones generales sobre los anexos de las Tablas de Valoración Documental entregada en el marco de la ejecución del contrato No. 4761 de 2022.

Una vez realizados los ajustes correspondientes, el contratista COLVATEL realizó la entrega de Tablas de Valoración Documental y los anexos del Hospital de Pablo VI Bosa E.S.E., estas fueron presentadas el día 18 de marzo del 2024 ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño para su aprobación, como resultado, el 25 de abril del 2024 se realizó la radicación de este instrumento para convalidación ante el Consejo Distrital de Archivo, lo anterior bajo el radicado 1-2024-16263.

Dando continuidad al proceso de convalidación, el 21 de mayo del 2024 se sostuvo la mesa técnica de sustentación con el equipo evaluador del Consejo Distrital de Archivos, en esta se realizó la devolución de las TVD del Hospital de Pablo VI Bosa E.S.E., ya que estas no cumplían con los parámetros establecido en la normatividad vigente. Es por ello por lo que se le solicito al contratista COLVATEL la elaboración de un plan de trabajo para la subsanación de las observaciones remitida.

Una vez realizados los ajustes requeridos a los anexos que conforman el instrumento, el contratista COLVATEL realizó la entrega de las TVD bajo el radicado SSO-2024-422-014943-2, por lo tanto, la Subred procedió a realizar la verificación pertinente, como resultado de esta, mediante correo electrónico el día 29 de julio del 2024, se remite la devolución y observaciones generales sobre los anexos de las Tablas de Valoración Documental entregada en el marco de la ejecución del contrato No. 4761 de 2022.

Teniendo en cuenta las observaciones socializadas, el contratista COLVATEL realizó la entrega de las Tablas de Valoración Documental con sus anexos del Hospital de Pablo VI Bosa E.S.E, estas fueron presentadas el día 08 de agosto del 2024 ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño para su aprobación, como resultado, el 12 de agosto

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

del 2024 se realizó la radicación de este instrumento para su convalidación ante el Consejo Distrital de Archivo, lo anterior bajo el radicado 1-2024-30253.

Dando continuidad al proceso de convalidación de la TVD, el 23 de septiembre del 2024 se sostuvo la mesa técnica de presentación con el equipo evaluador del Consejo Distrital de Archivos, como resultado de la mesa el equipo evaluador toma la decisión de pasar el instrumento a la segunda fase de revisión para continuar con el proceso de convalidación.

Teniendo en cuenta el proceso de revisión efectuado por el equipo evaluador del Consejo Distrital de Archivo, se remitió el informe técnico de revisión y evaluación de la TVD del Hospital de Pablo VI Bosa E.S.E bajo radicado 2-2024-36459 - SSO-2024-422-030381-2 el día 19 de diciembre del 2024, para la respectiva revisión y análisis por parte de la entidad, es por ello que se le solicita a COLVATEL que elaboren un plan de trabajo para subsanar las observaciones descritas en el informe, el cual, se encuentra en ejecución por parte del contratista para su presentación ante el equipo evaluador del Consejo Distrital de Archivos en el mes de enero del 2025.

- **Elaboración de las Tablas de Valoración Documental – Hospital del Sur E.S.E**

El contratista COLVATEL realizó la entrega de Tablas de Valoración Documental y los anexos del Hospital del Sur E.S.E., el día 05 de diciembre del 2023, estas fueron presentadas el día 20 de diciembre del 2023 ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño para su aprobación, como resultado, el 29 de diciembre del 2023 se realizó la radicación de este instrumento para convalidación ante el Consejo Distrital de Archivo, lo anterior bajo el radicado 1-2023-36844.

Dando continuidad al proceso de convalidación de la TVD, el 05 de marzo del 2024 se sostuvo la mesa técnica de sustentación con el equipo evaluador del Consejo Distrital de Archivos, como resultado de la mesa el equipo evaluador toma la decisión de pasar el instrumento a la segunda fase de revisión para continuar con el proceso de convalidación.

Teniendo en cuenta el proceso de revisión efectuado por el equipo evaluador del Consejo Distrital de Archivo, se remite concepto técnico de evaluación ampliado bajo radicado 2-2024-14466 - SSO-2024-422-008084-2 el día 14 de mayo del 2024, para la respectiva revisión y análisis por parte de la entidad, por tal razón, se le solicita a COLVATEL que elaboren un plan de trabajo para subsanar las observaciones descritas en dicho concepto, este debía ser remitido a más tardar el 16 de mayo del 2024, para lo cual se recibió el día 29 de mayo del 2024.

Una vez realizados los ajustes socializados, el contratista COLVATEL realizó la entrega de Tablas de Valoración Documental con sus anexos del Hospital del Sur E.S.E, estas fueron presentadas el día 25 de junio del 2024 ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño para su aprobación, como resultado, el 26 de junio del 2024 se realizó la radicación de este instrumento para convalidación ante el Consejo Distrital de Archivo, lo anterior bajo el radicado 1-2024-23984.

Dando continuidad al proceso de convalidación de las TVD del Hospital del Sur E.S.E, el 23 de octubre del 2024, se sostuvo la mesa técnica de presentación con el equipo evaluador del Consejo Distrital de Archivos, como resultado de la mesa el equipo evaluador toma la decisión de pasar el instrumento a la segunda fase de revisión para continuar con el proceso de convalidación.

Teniendo en cuenta el proceso de revisión efectuado por el equipo evaluador del Consejo Distrital de Archivo, se remitió el informe técnico de revisión y evaluación de la TVD del Hospital del Sur E.S.E bajo radicado 2-2024-32171 - SSO-2024-422-025819-2 el día 07 de noviembre del 2024, para la respectiva revisión y análisis por parte de la entidad, por tal razón, el 18 de noviembre del 2024 se realizó una mesa de trabajo con el propósito de socializar las observaciones del informe y realizar el respectivo seguimiento de los ajustes solicitados, es por ello que se le solicita a COLVATEL que elaboren un plan de trabajo para subsanar las observaciones descritas en el informe, el cual, se encuentra en ejecución por parte del contratista para su presentación ante el equipo evaluador del Consejo Distrital de Archivos en el mes de diciembre del 2024.

Una vez realizados los ajustes socializados, el contratista COLVATEL realizó la entrega de Tablas de Valoración Documental con sus anexos del Hospital del Sur E.S.E, estas fueron presentadas el día 17 de diciembre del 2024 ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño para su aprobación, como resultado, el 23 de diciembre del 2024 se realizó la radicación de este instrumento para convalidación ante el Consejo Distrital de Archivo, lo anterior bajo el radicado 1-2024-50670.

PROYECTO 2: ELABORACIÓN DEL SISTEMA INTEGRADO DE CONSERVACIÓN - SIC.

La elaboración del Sistema Integrado de Conservación se presenta como una necesidad en virtud de la Ley 594 de 2000 y el Acuerdo 006 de 2014, el cual fue derogado por el Acuerdo 001 del 2024, que exige su implementación, esta norma establece la obligatoriedad de desarrollar un marco estructurado que garantice la preservación eficiente de recursos, procesos y elementos esenciales para la entidad.

Para dar inicio a este proceso, resulta esencial realizar un diagnóstico del estado de la conservación y preservación al interior de la entidad, por tal razón, en la vigencia 2023 se diligencio la matriz de madurez del Sistema Integrado de Conservación, esta herramienta de evaluación permitió identificar con precisión el estado actual de las prácticas de conservación, proporcionando así una base sólida para la planificación y ejecución de medidas correctivas y mejoras necesarias al interior de la Subred.

Teniendo en cuenta lo anterior, la Dirección Administrativa elaboro el Sistema Integrado de Conservación con sus respectivos anexos, los cuales, fueron aprobado y adoptados por la entidad en cumplimiento a lo establecido en la norma anteriormente mencionada, es por ello, que a continuación se presenta la implementación de los planes en la vigencia 2024;

Implementación del Plan de Conservación Documental del Sistema Integrado de conservación (SIC)

ESTRATEGIA	PROGRAMA	PROYECTO	ACTIVIDADES Y LOGROS
1: Fomentar la transmisión de conocimientos y competencias que	Programa de Capacitación y Sensibilización	Sensibilización sobre la conservación preventiva en	Se elaboró una presentación en Power Point para difundir a todo el personal los conceptos básicos de la conservación preventiva en archivos

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

permitan a los colaboradores de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. aplicar las nociones de la conservación preventiva y evitar el deterioro en los documentos de archivo.		archivos	Se formuló un taller sobre la limpieza locativa, de mobiliarios y unidades de almacenamiento de los archivos, dirigido al personal que presta el servicio de aseo y limpieza
			Se dictó un taller sobre limpieza locativa, de mobiliarios y unidades de almacenamiento de los archivos, dirigido
			Se capacito en limpieza de espacios de archivo para el personal de la empresa de aseo que trabaja en el archivo central Montevideo.
			Se capacito en primeros auxilios documentales al personal que trabaja en el archivo central (Montevideo).
2: Optimizar los espacios y sistemas de almacenamiento de los depósitos de archivo de la Subred Suroccidente, de acuerdo con las características normativas y de buenas prácticas que permitan minimizar los deterioros en los documentos de archivo.	Programa de Inspección y mantenimiento de sistemas de almacenamiento o e instalaciones físicas	Inspección de instalaciones físicas y mobiliarios de archivo	Se está elaborando un formato para registrar las condiciones existentes de la infraestructura y los mobiliarios de los espacios destinados al almacenamiento de archivos.
			Se están realizando visitas en las sedes donde se encuentran los espacios de almacenamiento de archivos.
			Se está realizando la revisión de sistemas de extinción de incendios (automáticos y/o extintores) en la bodega de archivo central.
3: Adoptar normas y recomendaciones técnicas para la adquisición de insumos a usar para la producción de documentos de archivo en soportes físicos y las unidades de conservación, que permitan reforzar la permanencia y durabilidad de los archivos de la Subred Suroccidente	Programa de Almacenamiento o y Realmacenamiento	Diseño y adquisición de unidades de almacenamiento	Se elaboraron las fichas técnicas para la adquisición de unidades de almacenamiento (cajas y carpetas) que cumplan con los estándares para la conservación de los documentos de archivo.
		Identificación de necesidades para almacenamiento de documentos especiales	Se está diseñando un formato para caracterizar los documentos en soportes especiales y registrar su estado de conservación.
			Se adelantó acompañamiento a la entrega de insumos de almacenamiento documental cajas y carpetas de expediente y de Historia Clínica, en la bodega de Archivo Central en Montevideo.
4: Promover las actividades de limpieza y control biológico en los	Programa de Saneamiento ambiental	Limpieza de espacios, mobiliarios y documentos	Se revisaron los procesos de limpieza de espacios de almacenamiento de archivo y unidades de almacenamiento y conservación

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

espacios destinados al almacenamiento de archivo, manteniéndolos en condiciones aptas para la conservación de los documentos y el bienestar de los colaboradores de la Subred Suroccidente.		de archivo	(cajas) ubicados en el archivo central de Montevideo.
			Se han venido programando con el contratista que presta los servicios de aseo y cafetería las actividades y jornadas especiales de limpieza en la bodega de archivo central en Montevideo.
			Se elaboro el protocolo de limpieza para espacios de archivo
			Se elaboró el formato-planilla de verificación de control biológico.
5: Instaurar las actividades de monitoreo y control de las condiciones ambientales como la humedad, la temperatura, iluminación y radiación ultravioleta, entre otras, en los espacios destinados al almacenamiento de archivo para mantener los documentos de archivo en condiciones que eviten su deterioro	Programa de Monitoreo y control de condiciones ambientales	Adquisición de equipos y servicios para el monitoreo ambiental en depósitos de archivo	
			
			Se formularon las fichas técnicas para la adquisición de equipos de monitoreo ambiental como termohigrómetros datalogger, luxómetro, monitor de material particulado, Ajuste el formato de solicitud de bienes y servicios para la adquisición de equipos termohigrómetro datalogger.
6. Disminuir los efectos negativos que se puedan generar durante una situación de emergencia sobre	Programa de Prevención de emergencias y atención de desastres	Formulación de procedimientos Operativos	Ya se solicitó incluir la necesidad de la adquisición de estos equipos en el plan anual de adquisiciones Se actualizó el mapa de riesgo del Plan Conservación Documental del Sistema Integrado de Conservación de la entidad y se realizó seguimiento mensual de los controles establecidos.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

los documentos de archivo en soportes físicos de la Subred Suroccidente		Normalizados para la evaluación de los documentos afectados en situaciones de emergencia	Se continuo con la elaboración de los protocolos para atención de emergencias de acuerdo con lo establecido por el Archivo General de la Nación.
			Se realizo la actualización del programa de documentos vitales y esenciales
			Se actualizó el mapa de riesgo del Plan Conservación Documental del Sistema Integrado de Conservación de la entidad y se realizó seguimiento mensual de los controles establecidos.
			Se elaboró el protocolo para atención de emergencias de acuerdo con lo establecido por el Archivo General de la Nación.
			Se elaboró el documento correspondiente al programa de documentos vitales y esenciales de la Subred.

Fuente: Subproceso Gestión Documental – Ventanilla única de correspondencia

**Tabla No. 95 - Implementación del Plan de Conservación Documental
Plan de Preservación Digital a largo plazo**

Para el entorno electrónico, más importante que el soporte en sí es la información contenida en él y por lo tanto el interés del Plan, tendrá como objeto garantizar el acceso y la preservación a largo plazo del acervo documental electrónico, que está definido en las Tablas de Retención Documental - TRD, con las características de unidad, integridad autenticidad, inalterabilidad, originalidad, fiabilidad, accesibilidad, desde la producción hasta la disposición final.

Por lo anterior, con el recurso humano que apoya el subproceso de gestión documental y conforme con las actividades planeadas para la vigencia 2024, en el plan de preservación se avanzó en las siguientes estrategias:

ESTRATEGIA	PROYECTO	ACTIVIDADES LOGROS
2. Identificar Documentos Digitales, Medios de Producción y Almacenamiento que puedan ser objeto de preservación digital a largo plazo	1. Generar un catálogo de documentos digitales a partir de las Tablas de Retención Documental - (TRD)	a) Se elaboró el formato para elaborar el catálogo de documentos electrónicos de archivo - Marzo 2024. b) El día 20 de marzo se envió el formato al líder de gestión documental Mauricio Rincón en los documentos de evidencia de implementación del Plan de Preservación Digital a Largo Plazo.
	2. Identificar los documentos digitales	a) Se elaboró el formato para elaborar el catálogo de sistemas de información - Marzo

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

	susceptibles de preservación digital a largo plazo producidos por sistemas de información.	2024. b) El 18 de marzo se envió proyección de correo a Mauricio Rincón, para solicitar a TICS el catálogo o diligenciar el formato de catálogo adjunto en el correo.
3. Normalizar acciones para preservar documentos digitales a largo plazo	1. Establecer los metadatos de preservación para los documentos digitales susceptibles de preservación a largo plazo.	a) Se inició la formulación del catálogo de metadatos en concordancia con los metadatos que actualmente operan en Agilsalud. - Marzo 2024. b) Se elaboró el manual de correspondencia c) El día 20 de marzo se envió el formato al líder de gestión documental Mauricio Rincón en los documentos de evidencia de implementación del Plan de Preservación Digital a Largo Plazo. d) Se elaboró el Programa Documentos Electrónicos e) Se elaboró el procedimiento para la identificación de colecciones digitales
	2. Establecer los requisitos técnicos y funcionales de un SGDEA.	a) En la vigencia 2023 se elaboró el modelo de requisitos como instrumento archivístico de planeación que formula los requisitos funcionales, técnicos y no funcionales de la gestión de documentos electrónicos y fue aprobado por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño el día 13 de diciembre del 2023. b) Por solicitud del líder de gestión documental Mauricio Rincón en el mes de marzo se inició la validación de los requisitos del sistema frente al Modelo SGDEA RTF DC del Archivo de Bogotá
	3. Elaborar y/o articular procedimientos para asegurar la preservación digital	a) Se inició la actualización del 14-06-MA-0002 Manual de correspondencia V3. b) El día 20 de marzo se envió el formato al líder de gestión documental Mauricio Rincón a través de correo electrónico.

Fuente: Subproceso Gestión Documental – Ventanilla única de correspondencia

Tabla No. 96 - Implementación del Plan de Preservación Digital a largo plazo

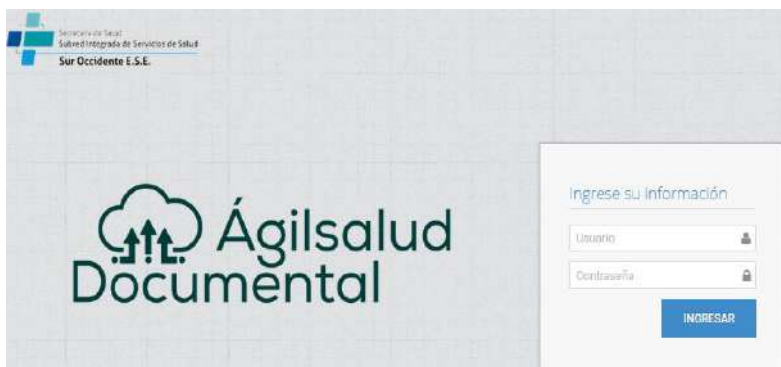
Por último, se debe tener en cuenta que este documento será dinámico, para lo cual, se evaluará y actualizar de manera regular teniendo en cuenta los cambios tecnológicos, los recursos disponibles y las necesidades de la entidad, realizando comparaciones entre versiones previas con las vigentes o nuevas a realizar.

PROYECTO 3 FORMULACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS DE ARCHIVO – SGDEA

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

De conformidad con las estrategias lideradas por la Secretaría Distrital de Salud, en donde se realizó la adquisición, implementación y puesta en producción del Sistema de Gestión Documental Electrónico de Archivo (SGDEA) para las entidades adscritas y mediante el contrato cuyo objeto es *“Prestar el servicio de uso, aseguramiento, soporte, mantenimiento y custodia de una solución integral en modo SaaS (Software as a Service) que incluya la gestión de flujos de aprobación, envío y firma de documentos electrónicos basados en múltiples niveles de confianza, que permita mitigar los riesgos relacionados con el valor probatorio de los documentos....”*

Teniendo en cuenta lo anterior, a través del subproceso de gestión documental y mediante el apoyo de recurso humano designado por la Oficina de Tecnologías de la Información, se realizó el levantamiento de los datos requeridos en la matriz de parametrización y requerimientos del SGDEA. De acuerdo con la información suministrada por la entidad, el Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de denominado Ágil Salud Documental salió a producción el día 19 de octubre del 2023.



Fuente: Subproceso Gestión Documental – Ventanilla única de correspondencia

Ilustración 1 - Ágil Salud Documental

Como resultado de la implementación de este sistema de información, actualmente la entidad se encuentra utilizando los siguientes módulos: Administrador, correspondencia, tutelas y PQRS, los cuales han sido adoptados por cada una de las dependencias y procesos y subprocesos de la entidad.

La implementación de estos módulos conlleva a que la entidad implementa acciones para garantizar la administración, organización, preservación y acceso de los documentos físicos y electrónicos generados por la entidad en cumplimiento de sus funciones, de igual forma, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente da cumplimiento a la normatividad vigente en materia archivística, la cual es emitida por el Archivo General de la Nación.

Dado lo anterior, el subproceso de gestión documental ha prestado el debido acampamiento y seguimiento en este proceso de implementación en cada una de las sedes de la subred, como resultado se gestionaron 89.939 comunicaciones en la vigencia 2024 (Entradas, Internas y Salidas).

INDICADOR No. 2

CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL - PGD SUBRED SUR OCCIDENTE ESE

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Capacitación y seguimiento a la implementación de los procedimientos e instructivos del subproceso de gestión documental.

En cumplimiento de la normatividad archivística emitida por el Archivo General de la Nación, y mediante el recurso humano que apoya la implementación del subproceso de gestión documental, en la vigencia 2024 se realizaron 20 sesiones a los diferentes procesos y subprocesos de la entidad obteniendo un total de 634 funcionarios y contratistas sensibilizados, en las cuales se comparte conocimiento en temas como:

- Ley 594 De 2000 Ley General de Archivos.
- Plan Institucional de Archivos PINAR.
- Programa de Gestión Documental PGD
- Cuadro de Clasificación Documental.
- Tablas de Control de Acceso.
- Banco Terminológico.
- Organización de Archivos (Identificación, Clasificación, Ordenación, Depuración, Foliación).
- Implementación de la Tabla de Retención Documental TRD.
- Rotulación de Unidades Documentales (Caja – Carpeta).
- Diligenciamiento del Formato Único de Inventario Documental – FUID.
- Diligenciamiento de la Hoja de Control.
- Transferencia Documental Primarias
- Guía Pérdida Documental.
- Guía de Identificación de Mobiliario.

Adicionalmente, se realizaron 11 sesiones a los diferentes procesos y subprocesos de la entidad obteniendo un total de 123 funcionarios y contratistas capacitados sobre el manejo del sistema de información denominado Ágil Salud Documental.

Implementación de los instrumentos archivísticos (Cuadro de Clasificación Documental, Tablas de Retención Documental e Inventarios documentales.

Cuadro de Clasificación Documental.

El Cuadro de Clasificación Documental es un instrumento que refleja la jerarquización dada a la documentación producida por cada una de las dependencias de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente y gracias a ello se reconocen las series y subseries documentales.

Teniendo en cuenta lo anterior, se brindó asistencias técnicas y orienta a los enlaces de las 21 dependencias de la entidad, lo anterior, en temas como la adecuada administración, organización, conservación y actualización de los expedientes que reposan en los archivos de gestión, esto con base en los lineamientos definidos en las guías, procedimientos e instructivos del subproceso de gestión documental, las cuales fueron actualizadas y se encuentran en revisión por parte de calidad, para su cargue en el aplicativo ALMERA.

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Como resultado de esta actividad, para la vigencia 2024 se realizó un total de 404 acompañamientos técnicos a las dependencias, procesos y subprocesos de la Subred Sur Occidente.

Transferencias Documentales Primarias.

La Tabla de Retención Documental - TRD es el listado de todas las series y subseries documentales de cada dependencia de la subred, a estas se les asigna un tiempo de retención en cada fase de archivo de acuerdo con el ciclo vital del documento y la disposición final del mismo.

Por lo anterior y teniendo en cuenta que la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, cuenta con su Tabla de Retención Documental debidamente aprobada y convalidada bajo la resolución 0031 del 21 de enero del 2020, para la vigencia 2024, se elaboró y aprobó el plan y cronograma de transferencia documental primarias, así mismo se realizó la socialización bajo nota interna con cada una de las 21 dependencias de la subred, para así garantizar la ejecución del ciclo de vida de documento y la adherencia a la implementación de las TRD.

Como resultado de esta actividad, se ejecutó el plan de transferencias documentales primarias para la vigencia 2024 y se realizaron un total de 24 transferencias al archivo central, las cuales equivalen a 176 metros lineales y un total de 704 cajas referencia X-200.

Inventarios Documentales.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente dispone de inventarios para los expedientes almacenados en el Archivo Central, así como los inventarios de los Archivos de Gestión, los cuales fueron remitidos por cada dependencia de la entidad, estos fueron elaborados por cada responsable de la información utilizando el Formato Único de Inventario Documental (14-06-FO-0001), el cual sigue la estructura con los campos mínimos establecidos en el formato único de inventario documental del Archivo General de la Nación (AGN).

Se debe tener en cuenta que, para la vigencia 2024 en los 404 acompañamientos que se realizaron a los procesos y subprocesos de la entidad, se realizó el debido seguimiento a los inventarios documentales de los archivos de gestión, es importante recordar que los inventarios documentales son un instrumento de administración que permite tener un control y acceso a la información, además este instrumento es fundamental para realizar las transferencias documentales primarias.

Teniendo en cuenta lo anterior, en 23 de octubre del 2024, por medio de nota intenta se le solicito a todas las dependencias de la subred realizar la actualización de los inventarios documentales, y remitirlos para revisión al subproceso de gestión documental, para cual lo remitieron 7 oficinas, como se evidencia en el siguiente cuadro.

ITEM	CODIGO DEPENDENCIA	DEPENDENCIA	FUID ENVIADO		OBSERVACIONES
			SI	NO	
1	200	Despacho de Gerencia		X	
2	210	Oficina Asesora Jurídica		X	

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

ITEM	CODIGO DEPENDENCIA	DEPENDENCIA	FUID ENVIADO		OBSERVACIONES
			SI	NO	
3	220	Oficina Asesora de Desarrollo Institucional	X		En revisión
4	230	Oficina Asesora de Comunicaciones		X	
5	240	Oficina Control Interno		X	
6	250	Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano		X	
7	260	Oficina Gestión del Conocimiento		X	
8	270	Oficina de Control Interno Disciplinario	X		En revisión
9	280	Oficina de Calidad		X	
10	290	Oficina de Sistemas de Información - TIC		X	
11	300	Subgerencia de Prestación de Servicios de Salud		X	
12	310	Dirección de Servicios Ambulatorios		X	
13	320	Dirección de Servicios Hospitalarios		X	
14	330	Dirección de Servicios de Urgencias	X		En revisión (se remitió comunicación)
15	340	Dirección de Servicios Complementarios		X	
16	350	Dirección de Gestión del Riesgo en Salud	X		En revisión
17	400	Subgerencia Corporativa		X	
18	410	Dirección Financiera	X		En revisión
19	420	Dirección Administrativa	X		En revisión
20	430	Dirección de Gestión del Talento Humano	X		En revisión
21	440	Dirección de Contratación		X	

GESTIÓN Y TRAMITE

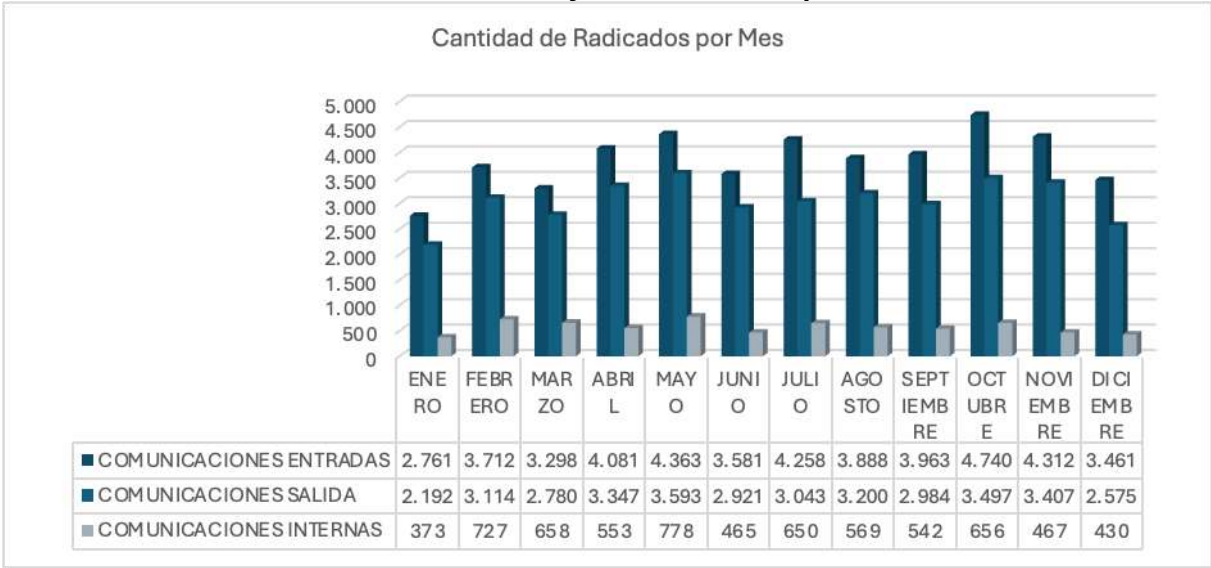
Correspondencia

De acuerdo con lo establecido en la normatividad archivística vigente, la entidad mediante la ventanilla única de correspondencia ha gestionado en la vigencia 2024 la recepción y distribución aproximadamente 89.939 radicados (entradas, salidas y notas internas) a través del sistema de información Agilsalud Documental, lo anterior se puede evidenciar a continuación:

RADICADOS	COMUNICACIONES ENTRADAS	COMUNICACIONES SALIDA	COMUNICACIONES INTERNAS	TOTAL
ENERO	2.761	2.192	373	5.326
FEBRERO	3.712	3.114	727	7.553
MARZO	3.298	2.780	658	6.736
ABRIL	4.081	3.347	553	7.981
MAYO	4.363	3.593	778	8.734
JUNIO	3.581	2.921	465	6.967
JULIO	4.258	3.043	650	7.951
AGOSTO	3.888	3.200	569	7.657
SEPTIEMBRE	3.963	2.984	542	7.489
OCTUBRE	4.740	3.497	656	8.893
NOVIEMBRE	4.312	3.407	467	8.186
DICIEMBRE	3.461	2.575	430	6.466
TOTAL	46.418	36.653	6.868	89.939

Fuente: Subproceso Gestión Documental – Ventanilla única de correspondencia

Tabla No. 97 - Control y Tramité Correspondencia



Fuente: Subproceso Gestión Documental – Ventanilla única de correspondencia

Ilustración 2 - Control y Tramité Correspondencia

Entrega De Documentos Mensajería

Considerando las rutas de mensajería que se manejan en la subred, durante la vigencia 2024 se registró un total de 7.188 documentos distribuidos por los mensajeros, los cuales fueron entregados en las diferentes unidades de la entidad o radicados en otras instituciones.

A continuación, se registra la cantidad de documentos entregados por mes:

Tabla No. 98 - Entrega Documentación por mensajería

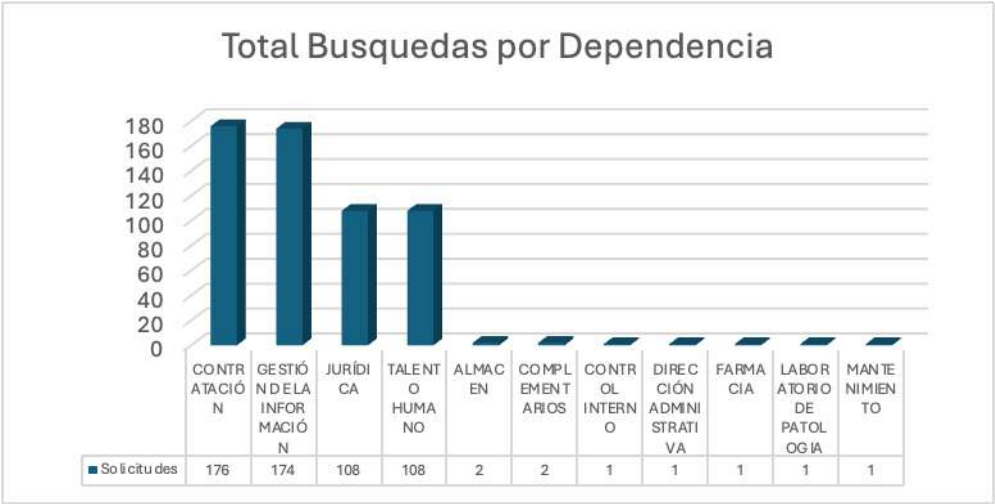
	No DE DOCUMENTOS ENTREGADOS A MENSAJERO.
ENERO	407
FEBRERO	875
MARZO	893
ABRIL	603
MAYO	558
JUNIO	481
JULIO	717
AGOSTO	532
SEPTIEMBRE	521
OCTUBRE	624
NOVIEMBRE	530
DICIEMBRE	447
TOTAL DE ENTREGA	7.188

Fuente: Subproceso Gestión Documental – Ventanilla única de correspondencia

Préstamo Y Consulta

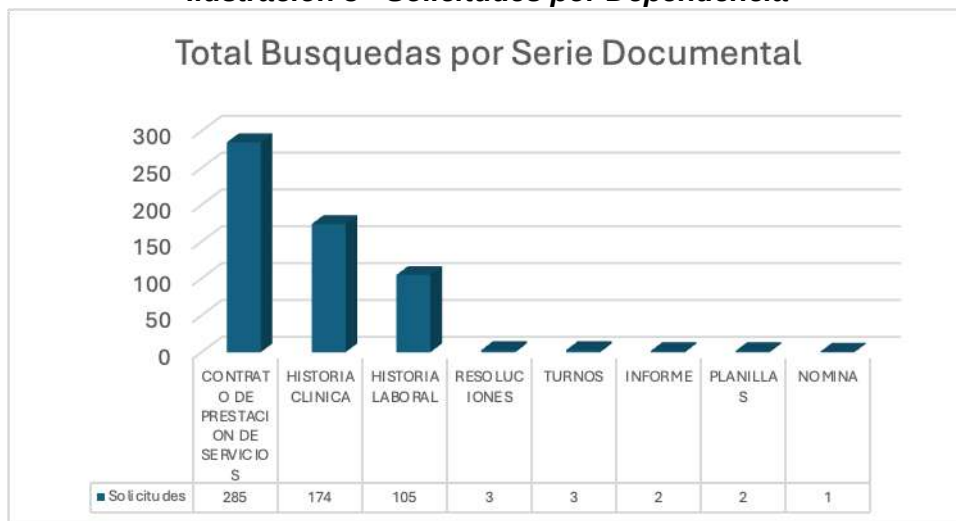
Las consultas y prestamos documentales se han realizado en el archivo central de la Subred Sur Occidente siguiendo los lineamientos establecidos en el procedimiento 14-06-PR-0001 “consulta y préstamo de expedientes”; con la finalidad de facilitar el acceso a la información, por lo anterior, se ha dado respuestas a las solicitudes de manera digital, así mismo, se contribuye a mitigar el riesgo deterioro o perdida de los expedientes que son objeto de consulta.

Las consultas atendidas corresponden entre el periodo del 01 de enero al 31 de diciembre del 2024, fueron un total de 575 solicitudes, como resultado de la actividad ejecutada se presentan las siguientes gráficas.



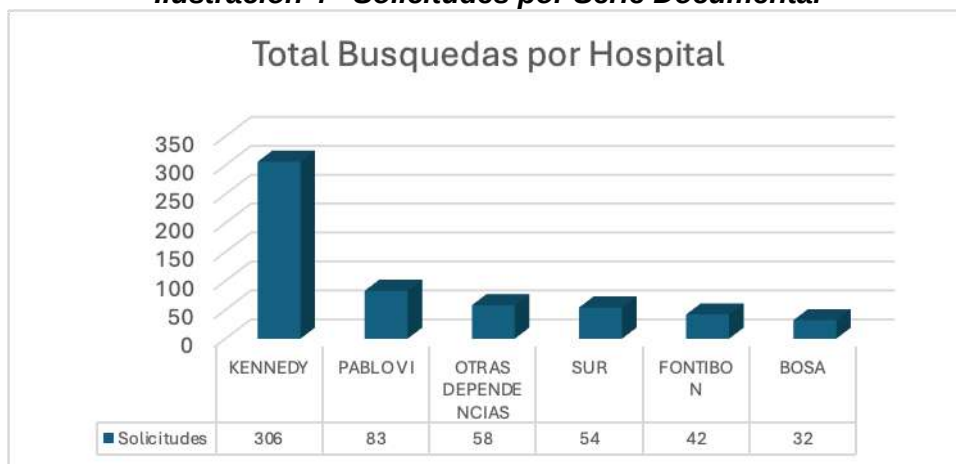
Fuente: Gestión Documental – Préstamo y Consulta de Expedientes – Subred Sur Occidente

Ilustración 3 - Solicitudes por Dependencia



Fuente: Gestión Documental – Préstamo y Consulta de Expedientes – Subred Sur Occidente

Ilustración 4 - Solicitudes por Serie Documental



Fuente: Gestión Documental – Préstamo y Consulta de Expedientes – Subred Sur Occidente

Ilustración 5 - Solicitudes por Hospital

15.2 SUBPROCESO DE GESTIÓN AMBIENTAL

El Plan Institucional de Gestión Ambiental (PIGA), es el instrumento de planeación ambiental, que tiene como objetivo identificar, evaluar y mejorar la gestión ambiental garantizando periódicamente el cumplimiento de los objetivos de ecoeficiencia planteados por la Subred. El PIGA para la vigencia 2020 – 2024, fue formulado y concertado con la Secretaría Distrital de Ambiente en el 2021 y contempla los programas: Ahorro y Uso eficiente del agua, Ahorro y uso eficiente de energía, Gestión Integral de residuos sólidos, Implementación de Prácticas ambientales y Consumo Sostenible.

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Para la vigencia 2024 este subproceso midió su gestión a través del siguiente indicador:

INDICADOR: CUMPLIMIENTO DE LOS PROGRAMAS DEL PIGA SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E

Durante la vigencia 2024, se logró un cumplimiento del 99.4% con respecto a la meta establecida la cual corresponde al 100%, lo anterior teniendo en cuenta que se ejecutaron 35 actividades de las 36 propuestas en el plan de acción del PIGA para la vigencia, con respecto a la vigencia anterior el desempeño del indicador se mantuvo. Es importante precisar que, como acción de mejoramiento para lograr el cumplimiento de la meta propuesta en el indicador, se proyecta durante la vigencia 2025 revisar la viabilidad de incluir obligaciones contractuales específicas del orden ambiental en los contratos de bienes y servicios a través de las cuales se pueda exigir el cumplimiento de requisitos legales ambientales.

Dentro de las actividades desarrolladas durante la vigencia 2024 se encuentran las relacionadas con:

Capacitación a los colaboradores y servicios tercerizados en temas de ahorro y uso eficiente del agua y la energía y el manejo integral de residuos logrando abordar 5.659 personas, lo cual corresponde al 100 % del público objeto, que correspondía a 4.500 personas, para la vigencia 2024.



Seguimiento y atención del 100% de las fugas de agua presentadas en el año 2024, las cuales correspondieron a 25 fugas, lo cual representa una disminución, en virtud a la cantidad de fugas de agua presentadas para el año 2023, que correspondió a 28 fugas.

Realización de una campaña de ahorro y uso eficiente del agua y la energía eléctrica realizada del 14 al 30 de abril del 2024, en todas las sedes de la subred, en donde se socializaron las buenas prácticas de uso y ahorro a 1.120 colaboradores.



Con relación a la implementación de dispositivos ahorradores de agua para el año 2024, se instalaron 113 dispositivos, lo cual representa un porcentaje de implementación del 100 %, de la meta programada para la vigencia, que correspondía a 113 unidades.

Se realizó auditoria el 12 de Julio con la firma Ecotool, gestor de residuos peligrosos biológicos y con la firma Ecoentorno, gestor de residuos peligrosos químicos.

Reporte de boletines de los resultados y análisis del consumo de agua potable, energía eléctrica y gestión integral de residuos de las sedes de la subred, En donde se comunica que para la vigencia los siguientes resultados:

En relación a los resultados en el **AHORRO Y USO EFICIENTE DEL CONSUMO DE AGUA**, entre los meses de enero a noviembre del año 2024, en comparación con los meses de enero a noviembre del año 2023, nos permitimos informar, que se ha generado un **AHORRO del 11 %** , representando una disminución de 11.097 Metros Cúbicos, pasando de consumir para los meses de enero a noviembre del año 2023, un total de 100.059 Metros Cúbicos, a consumir 88.962 Metros Cúbicos en la subred, para los meses de enero a noviembre del año 2024.

Adicionalmente, esto representa un **ahorro de \$ 25.800.000 (VEINTICINCO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS)**.

En relación a los resultados en el **AHORRO Y USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA ELÉCTRICA**, entre los meses de enero a octubre del año 2024, con relación a los meses de enero a octubre del año 2023, nos permitimos informar, que se ha generado un **AHORRO del 4,78 %** , representando una disminución de 140.243 Kilovatios de energía eléctrica, pasando de consumir para los meses de enero a octubre del año 2023, un total de 3'072.33Kilovatios en la subred, a consumir 2'932.089 Kilovatios, para los meses de enero a octubre del año 2024.

El presente tiene como objeto dar a conocer los resultados de la generación de Residuos **Hospitalarios y Similares** para cada una de las sedes de la Subred Integrada de Servicios de Salud correspondientes **al periodo correspondiente entre enero y noviembre del año 2024**, con el propósito de realizar las acciones de mejoramiento necesarias para el cumplimiento de los Porces establecidas en cada una de las sedes, las cuales se asignan previo análisis y seguimiento de los últimos 4 años de generación, sin embargo, es

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

importante mejorar el reciclaje y de residuos ordinarios, haciendo énfasis en las sedes administrativas.

Meta establecida para residuos Ordinarios (No aprovechables) Máximo 35 % - generada 33,3 % (CUMPLE).

Meta establecida para residuos Peligrosos- Máximo 59 % - generada 56 % (CUMPLE).

Meta establecida para residuos Reciclables (Aprovechables) - Mínimo 6 % - generada 10,6 % (CUMPLE).

Se cumple al 100 % con las metas establecidas para la vigencia.

2.1.7 Para el año 2024, se realizaron la aplicación de 48 listas de vigías de la segregación, de 48 listas programadas para la vigencia. Esta estrategia está dirigida a mejorar la segregación en las zonas de alimentación y cafeterías de la institución.

2.1.8 Se realizó la renovación de convenios de corresponsabilidad vigencia 1 de febrero del 2024 al 30 de junio del 2024 y del 1 de julio del 2024 al 01 de enero del 2025, para 4 organizaciones de recicladores.

2.1.9 Para el año 2024, se aplicaron de 670 listas de chequeo de Adherencia, distribuidas de la siguiente manera: Listas PGIRH (cumplimiento al Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios) se aplicaron 448 listas, con un porcentaje % de adherencia del 95,5, y la aplicación de 222 listas de adherencia de las sedes a los programas del PIGA, con una adherencia del 88,7 %. Esto nos permitió obtener una adherencia Global en la institución por parte de las sedes y los colaboradores del 91,5 %, de una meta establecida para la vigencia del 90 %, lo que representa un cumplimiento de la actividad del 100 %.

INFORME DE GESTIÓN

Versión:	2
Fecha de aprobación:	12/08/2024
Código:	01-01-FO-0006

SERVICIO		AGRECIACIÓN Y VERIFICACIÓN AL PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS		FECHA DE EJECUCIÓN	
1. Limpieza y mantenimiento de la Subred		25-08-2024		25-08-2024	
NOMBRE DEL PROFESIONAL DEL SERVICIO		JULIA CAMBA		Firma: [Firma]	
C. Control: REC. No Control: NA: No Aplica. Marcar con una X en la casilla correspondiente					
ASPECTO A VERIFICAR		C	REC	NA	OBSERVACION
1. Los contenedores para el manejo de los residuos se encuentran debidamente rotulados.		X			
2. Los contenedores de residuos se encuentran debidamente rotulados.		X			
3. Se evidencia adecuada segregación de contaminantes en los contenedores.		X			
4. Los contenedores de Residuos Químicos se encuentran debidamente rotulados.		X			
5. Se evidencia una adecuada segregación en los contenedores para Residuos Químicos.		X			
6. Se evidencia correcta segregación en los Residuos Radioactivos.		X			
7. Se evidencia correcta segregación en los Residuos Cerebrales.		X			
8. Se evidencia correcta segregación en los Residuos Biológicos.		X			
9. Se evidencia adecuada rotulación de los botes para el manejo de residuos.		X			
10. Se evidencia el uso de los elementos de protección personal establecidos en el Plan de manejo de residuos.		X			
11. Se evidencia que el personal realiza de forma correcta la ruta sanitaria.		X			
12. El operario realiza y conoce el procedimiento para el manejo de Residuos Químicos.		X			
13. El operario realiza y conoce el procedimiento para el manejo de Residuos Químicos.		X			
14. Se evidencia correcta almacenamiento por tipo de residuos en los cuartos de residuos.		X			
15. El operario utiliza la identificación y tiempo de actuación en los procesos de limpieza y desinfección (cuartos, pasillos, baños, etc.).		X			
16. Se evidencia el correcto almacenamiento de los Residuos.		X			
CONDICIONES AMBIENTALES Y SANITARIAS		C	REC	NA	OBSERVACION
17. Los cuartos de almacenamiento de residuos se encuentran adecuadamente acondicionados.		X			
18. Las camiones, carros transportadores y contenedores para el manejo de residuos se encuentran en buen estado.		X			
19. Se evidencia buena ventilación de los cuartos de almacenamiento de Residuos Químicos, Cerebrales, Cerebrales, Cerebrales.		X			
20. Los productos utilizados para los procesos de limpieza y desinfección cumplen con los requisitos por las normas ambientales, registro sanitario, fecha de actualización, concentración, condiciones de uso, almacenamiento, tiempo de seguridad, entre otros.		X			
21. El manejo de almacenamiento de residuos cumple con las condiciones técnicas: medio de residuos, tipo, peso, color y tipo de fondo (líquido y sólido).		X			
22. Los puntos de encuentro en condiciones de orden, limpieza y desinfección y con los elementos necesarios incluyendo el Kit de desinfección.		X			
OBSERVACIONES GENERALES O COMPLEMENTARIAS:					
Firma: [Firma]					
Firma: [Firma]					

2.1.10 Se realizó inclusión de cláusulas ambientales, en el 100 % de los contratos de interés ambiental suscritos en la Guía verde de contratación de la Subred Sur Occidente para la vigencia, con el fin de fortalecer el consumo consumible por parte de los proveedores.

2.1.11 Se realizó la actualización de la GUIA VERDE DE CONTRATACION - Código 14-05-GI-0001 - Fecha: 26/12/2024 Versión: 8.

2.1.12 Para el año 2024, se realizó la evaluación a 10 proveedores de la subred, verificando su compromiso ambiental y realizando retroalimentación para su compromiso ambiental.

2.1.13 Para el año 2024, se realizaron la aplicación de 48 listas de estrategia de vigías del Uso eficiente del papel, de 48 listas programadas.

2.1.14. Dando cumplimiento al acuerdo 197 del 2005 de la Secretaría Distrital de Ambiente y al plan de acción del subproceso de gestión ambiental, la Subred Suroccidente **celebro la Semana Ambiental 2024** desde el 4 al 7 de junio, donde se llevó a cabo actividades que se articularon con las estrategias de Fortalecimiento Institucional para liderar el Cambio Climático en Salud, el equipo de Acciones Artísticas de la Subred Sur Occidente y también se contó con la participación de Ecocapital empresa gestora de residuos llevando a cabo actividades lúdico pedagogía, con el fin de fomentar la adecuada disposición de residuos sólidos y usos racional de los recursos y así reiterar nuestro compromiso con la tierra, y contribuir a mitigar el impacto ambiental generando en la subred en nuestras actividades, con un total de 1151 personas socializadas. Durante estos días se llevaron a cabo acciones educativas y culturales dirigidas a concientizar e impulsar la importancia de temas como manejo de residuos sólidos, uso eficiente y racional del agua y la energía y cambio climático.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

VIVE Y REVIVE TU COMPROMISO CON EL MEDIO AMBIENTE

Semana Ambiental del 4 al 7 de junio

Es muy fácil y sencillo cuidar del agua y la energía

- Cierro el grifo mientras cepillo mis dientes.
- Reporto en la Mesa de Ayuda las fugas de agua en mi sede.
- Al salir de la oficina, apago los computadores, impresoras y bombillas de luz.
- Ajusto el brillo de la pantalla a nivel medio.
- Aprovecho al máximo la luz natural de la oficina.

"Subred Sur Occidente, una gran familia a tu servicio"



2.1.15 Participación en el programa de gestión ambiental empresaria (GAE), de la secretaria distrital de ambiente. Desde EL 2017, la Subred Sur Occidente participa en el programa de Gestión Ambiental Empresaria (GAE), de la Secretaria Distrital de Ambiente, con el objetivo de encaminar la gestión ambiental institucional hacia la excelencia ambiental. Para la vigencia 2023, se realizó la inscripción de cuatro nuevas unidades ante la Secretaria Distrital de Ambiente, estas son, USS Alquería USS estación, USS Dindalito, USS Catalina, para las 4 sedes restantes, se alcanza el puntaje superior a 75 puntos, el cual permite la aprobación del Programa.

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Para la vigencia 2024, se apoyó el proceso de certificación de las nuevas sedes que realizó apertura en la subred en la vigencia 2023, centro de Salud Villa Javier- Centro de Salud Tintal, las cuales también tuvieron certificación de habilitación y visita de acreditación en la vigencia 2024.

2.1.16 Durante el 2024 se realizó reporte de residuos de construcción y demolición (RCD's) de la generación del año 2023, de las diferentes adecuaciones realizadas en la subred, y la construcción de los proyectos CAPS Villa Javier, CAPS mexicana, CAPS Tintal y la nueva torre de urgencias de la USS Occidente de Kennedy, con los siguientes radicados en el aplicativo de la secretaria Distrital de Ambiente. Radicado 2024ER19482, 2022ER275817, 2024ER262396, 2024ER262860, 2024ER262909, 2024ER206898, 2024ER207347.

2.1.17 Durante la vigencia 2024 se realizó reporte del diagnóstico de la situación actual de compra de Plásticos de un solo uso en lo correspondiente al año 2023, por requerimiento de la secretaria de ambiente y de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 3 del Acuerdo Distrital No 808 del 26 de febrero del 2021, en la Subred para la vigencia, con el fin de promover su reducción. Además, con fin de promover la disminución de residuos ordinarios y concientizar sobre el plástico de un solo uso, se dio como reconocimiento a algunos de los participantes un vaso de fibra de mambo, en De acuerdo a lo establecido en el Acuerdo **808 de 2021** "*Por el cual se prohíben progresivamente los plásticos de un solo uso en las entidades del Distrito Capital que hacen parte del sector central, descentralizado y localidades y se dictan otras disposiciones*", reglamentado por el **Decreto 317 de 2021** "*Por medio del cual se reglamenta el Acuerdo Distrital No. 808 del 2021 y se establecen medidas para reducir progresivamente la adquisición y consumo de plásticos de un solo uso en las Entidades del Distrito Capital*".

Para el primer trimestre del año 2024, se realizó el reporte de Plásticos de un solo uso para la vigencia 2023, bajo el radicado número :900959044122023-12-31, en donde se pudo lograr una reducción del 49 % en comparación con la línea base.

2.1.18 Se realizaron 2 actividades anuales de tiempo de Cosechas, con recolección de 40 kg de las huertas de la subred, los cuales se distribuyen entre los colaboradores y comunidad participativa.

2.1.19 Se realizó una campaña de fortalecimiento y socialización de la gestión integral de residuos, realizada del 7 al 18 de octubre del 2024, donde se abordaron 1031 personas, en todas las sedes de la subred.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	



2.1.20 Se realizó la actualización del PLAN DE GESTION INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS ALTA, MEDIA Y BAJA COMPLEJIDAD - Código 14-05-PL-0001, Versión 8. Fecha: diciembre de 2024, y del PLAN INSTITUCIONAL DE MOVILIDAD SOSTENIBLE (PIMS) - Código: 14-05-PL-0007 Fecha: diciembre de 2024 Versión: 4.

2.1.21 Se realizó la aplicación de 956 listas de seguimiento a vehículos transportadores de residuos peligrosos de residuos biológicos y químicos, con el fin de poder evidenciar el cumplimiento normativo ambiental.

2.1.22 CARACTERIZACIÓN DE VERTIMIENTOS VIGENCIA 2024: a continuación, se presenta los resultados de la caracterización de aguas residuales propuesto para la vigencia 2024.

ITEM	UNIDAD	PUNTOS	ESTADO
1	LAURELES	1	CUMPLE
2	CS CARBONELL	1	CUMPLE
3	CS PABLO VI	1	CUMPLE
4	CS PUERTA DE TEJA	1	CUMPLE
5	CUNDINAMARCA	1	CUMPLE
6	CS ASUNCION BOCHICA	1	CUMPLE

7	CS BRITALIA	1	CUMPLE
8	CS PORVENIR	1	CUMPLE
9	HOSPITAL SALUD MENTAL FLORALIA	1	CUMPLE
10	CS TRINIDAD GALAN	1	CUMPLE
11	CS ALQUERIA	1	CUMPLE
12	CS ZONA FRANCA	1	CUMPLE
13	CS ABASTOS	1	CUMPLE
14	CS OLARTE	1	CUMPLE
15	CS ALCALA MUZU	1	CUMPLE
16	CS BOMBEROS	1	CUMPLE
17	HOSPITAL PEDIATRICO TINTAL	2	CUMPLE
18	CS PATIO BONITO	1	CUMPLE
19	HOSPITAL FONTIBON	1	CUMPLE
20	CS CATALINA	1	CUMPLE
21	HOSPITAL DE KENNEDY	1	CUMPLE
22	CS PATIOS	1	CUMPLE
23	CS CARVAJAL	1	CUMPLE
24	HOSPITAL DE BOSA RECREO	1	CUMPLE
25	HOSPITAL BOSA CENTRO	1	CUMPLE
26	CENTRO DE SALUD TINTAL	1	CUMPLE
27	CETRO DE SALUD CENTRO DIA	1	CUMPLE
28	CENTRO DE SALUD VILLA JAVIER	1	CUMPLE
29	CENTRO DE SALUD MEXICANA	1	CUMPLE
30	CENTRO DE SALUD ESTACION	1	CUMPLE
31	HOSPITAL DE KENNEDY	1	CUMPLE
32	CENTRO DE SALUD INTERNACIONAL	1	CUMPLE
TOTAL		33	PORCENTAJE DE AVANCE 100 %

2.1.23 ANALISIS DE GASES DE COMBUSTION DE EMISIONES ATMOSFERICAS, HOSPITAL DE KENNEDY, AÑO 2024:

De acuerdo a los análisis de gases realizados se cumplió con las mediciones de los gases de oxígeno y dióxido de carbono, de acuerdo con lo que la norma establece.

Radicado informe previo 9429 - 2 (estudio de emisiones atmosféricas) HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY, el 22 de noviembre del 2024, bajo radicado No 2024ER243031, ante la secretaria Distrital de ambiente. Muestreo de emisiones Atmosféricas Realizado el 23 de diciembre del 2024.

2.1.24 REPORTE DE INFORMACION DE GENERADORES DE RESPEL Y RESIDUOS PELIGROSOS SIRHO VIGENCIA 2024:

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Se realizó antes del 31 de marzo del 2024, se realizó el respectivo reporte de generación de residuos peligrosos, ante la secretaria Distrital de Ambiente y la Secretaria Distrital de Salud, en los plazos establecidos dentro de la normatividad vigente.

CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN AL REGISTRO DE GENERADORES DE RESIDUOS PELIGROSOS Y DEL REPORTE DE INFORMACIÓN ANUAL

Formato Nro.: 5000334265
 Fecha del Certificado: 22/03/2024, 9:37:46 pm
 NIT: 900959048
 Empresa: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 Establecimiento ó instalación: PAPS 35 CUNDINAMARCA
 Estado: ACTIVO
 Municipio: BOGOTÁ, D.C.
 Usuario: USRRESP50762
 Departamento: BOGOTÁ, D.C.
 Dirección: CL 19 A # 34 ? 94
 Fecha de inscripción al Registro: 28/11/2018
 Responsable del diligenciamiento de la información: SANDRA CAROLINA COLMENARES DAZA
 Correo electrónico: ingambientalhernanJose@gmail.com
 Autoridad Ambiental: SDA
 Período de Balance: 01/01/2023 - 31/12/2023
 Fecha de diligenciamiento: 22/03/2024
 Fecha y hora del cierre: 22/03/2024 09:37:43 PM
 Períodos de balance a la fecha diligenciados: 2018 :: 2019 :: 2020 :: 2021 :: 2022 :: 2023 ::
 DILIGENCIADO EN: Ambiente de producción, URL: <http://rua-respel.ideam.gov.co/mursmpr/>

Si tiene dudas, consultar con la Autoridad Ambiental de la jurisdicción o el IDEAM
 La inscripción en el Registro de Generadores de residuos peligrosos sólo será válida cuando el generador realice su reporte anual (Resolución 1362 de 2007 Art. 4 Par. 3)

Cerrar

Imprimir



Comprobante de Reporte - Residuos Hospitalarios

Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
 Sede: 110013029629 - UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO DÍA - Sede: 29 - KR 97 # 19 34 - Sede Abierta
 Nit: 900959048
 Período: 2023 - 2
 Fecha: 16/03/2024 08:37:15 p.m.
 Radicado: 254110

2.1.25 Se realizó la instalación de estaciones de carga eléctrica en 4 sedes. Para vehículos

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

eléctricos en el nuevo hospital de Bosa, y para bicicletas y patinetas, en el Hospital Pediátrico Tintal, Hospital de Fontibón y Centro de Salud Zona Franca.



15.3 SUBPROCESO DE ACTIVOS FIJOS Y SEGUROS

El subproceso de Activos Fijos tiene como objetivo la gestión eficiente de los bienes de propiedad, planta y equipo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, asegurando su adecuado control, custodia, disposición y baja conforme a la normatividad vigente, con el fin de garantizar su disponibilidad oportuna y en óptimas condiciones para la prestación de los servicios de salud. Además, busca garantizar una adecuada gestión de los seguros de la entidad, con el propósito de mitigar riesgos y optimizar los recursos financieros disponibles para la cobertura de eventos imprevistos, asegurando así la continuidad y sostenibilidad de la operación institucional.

INDICADOR: CONTROL DE BIENES DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E

Durante la vigencia de 2024, con el fin de ejercer un adecuado control sobre los bienes de la Entidad, el subproceso de Activos Fijos realizó la contabilización en el sistema Dinámica Gerencial del 100% de los bienes recibidos por la entidad, así mismo realizó la toma física aleatoria de inventarios. La meta propuesta al Comité de Inventarios consistió en una muestra tipo Pareto del 30% sobre el valor de compra de los bienes más representativos de cada una de las sedes de la Subred, obteniendo los siguientes resultados:

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

RESULTADOS FINALES CONSOLIDADOS POR CUENTA CONTABLE VIGENCIA 2024

GRUPO CONTABLE	CANTIDAD	VALOR DE INCORPORACIÓN	CANTIDAD	VALOR HISTORICO TOTAL DE SELECTIVAS
PLANTAS, DUCTOS Y TUNELES	17	613.495.640	13	534.242.317
REDES, LINEAS Y CABLES	16	122.359.030	3	45.380.808
MAQUINARIA Y EQUIPO	107	1.257.159.649	35	872.126.703
EQUIPO MEDICO Y CIENTIFICO	4531	76.577.482.518	723	44.641.998.079
MUEBLES, ENSERES Y EQ.DE OFICINA	789	5.641.290.872	50	899.158.092
EQ. DE COMUNICACIÓN Y COMPUTACI	1938	9.628.232.139	141	2.007.650.006
EQ. TRANSPORTE, TRAC. Y ELEVACION	103	8.837.432.357	83	8.556.380.607
EQ.COMEDOR,COCINA,DES. Y HOTELER.	138	830.007.867	22	160.149.198
TOTAL ACTIVOS PPE	7.639	103.507.460.072	1.070	57.717.085.810

Información tomada de la presentación de resultados de toma física aleatoria – Acta de Comité de Inventarios No. 009/2024

Como resultado del ejercicio, se obtuvo un 56% sobre el valor total de los activos de PPE, correspondiente a 1.070 bienes, con un 100% encontrados y un valor histórico total de selectivas de \$ 57.717.085.810.

Se presentan las actualizaciones realizadas en el sistema de Dinámica Gerencial como resultado del ejercicio:

- Traslados efectuados = 107
- Correcciones de marca= 0
- Correcciones de modelo =2
- Correcciones de serie = 7
- Actualizaciones de placa de inventarios = 13 del total de los 1070 bienes que se tomaron.

Ingreso de bienes muebles durante la vigencia 2024

Durante la vigencia 2024 se registró el ingreso de 1.864 bienes de mayor y menor cuantía a 30 de noviembre, cumpliendo con los procedimientos establecidos para el ingreso de bienes a la Entidad.

Gestión de bajas vigencia 2024

Los proyectos de baja son preparados por el subproceso de Activos Fijos acorde a los procedimientos establecido por la Subred. Estos procedimientos incluyen, preparación técnica, logística y contable, presentación a comité de inventarios, visita de la Oficina de Control Interno, Revisoría Fiscal, y presentación ante la Junta Directiva, según los casos que aplique, elaboración de Resolución de baja de acuerdo a lo aprobado en comité de inventarios y gestionar el cumplimiento al mecanismo de destinación final que sea aprobado para la baja.

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Durante la vigencia 2024 se actualizo el procedimiento 14-04-PR-0011 para baja de elementos activos fijos, y se expidieron los procedimientos, 14-04-PR-0013 para la reubicación o salida de bienes muebles en desuso y 14-04-PR-0014 para baja de parque automotor.

Los bienes a presentar para baja se reclasificaron contablemente en la cuenta de bienes inservibles en bodega en el módulo de Activos Fijos del sistema Dinámica Gerencial con el fin de surtir los trámites de aprobación de baja correspondientes.

Durante la vigencia 2024 fueron presentados los siguientes proyectos de baja ante el Comité de Inventarios:

- Baja de 12 vehículos aprobado para venta por intermedio del Banco Popular el Martillo, la cual se encuentra actualmente en revisión de la Oficina Asesora de Gerencia para posterior firma por parte de la Gerencia de la Entidad.
- Baja de 25 ventiladores marca Siriusmed, la cual se encuentra en trámite de consecución de toda la documentación soporte del ingreso de los bienes para continuar el trámite de baja.
- Baja de bienes muebles en desuso, para lo cual se expidió un procedimiento específico para la destinación este tipo de bienes. Este proyecto ya fue presentado ante el Comité de Inventarios, se recibieron visitas de acompañamiento al proceso por parte de Control Interno y Revisoría Fiscal y actualmente nos encontramos en trámite de subsanación de las recomendaciones recibidas por parte de Control Interno.

Inventario total de bienes inservibles vigencia 2024

Se presenta un inventario de total de bienes muebles inservibles en bodega de 5.112 bienes por valor en libros total de \$706.574.973.

GRUPO CONTABLE	CANTIDAD	VALOR EN LIBROS A 30 NOVIEMBRE DE 2024
Construcciones y edificaciones	2	4.398.397
Maquinaria y equipo	4	187.919
Equipo médico científico	1.121	680.299.080
Muebles y enseres	135	41.389.663
Eq. Comunicación y computo	405	5.882.459
Equipo de Transporte	12	-
Eq. Restaurante y cafetería	24	12.759.906
Bienes de menor cuantía	3.409	-
TOTAL, BIENES INSERVIBLES EN BODEGA	5.112	706.574.973

La Subred cuenta con tres espacios asignados para la custodia de los bienes inservibles recogidos en toda la Subred para la preparación y presentación a baja.

- 1. Sede Lote San Andresito:** En este lugar se almacenan la mayoría de los bienes de propiedad, planta y equipo de mayor tamaño, así como vehículos, a cielo

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

abierto y protegidos por varias empalizadas. Estos bienes están en proceso de baja y se encuentran disponibles para alistamiento. El equipo de trabajo se encargó de preparar esta sede, donde se realiza la revisión de cuentas de cada elemento y se cruza la información con los bienes almacenados en la bodega de inservibles, para alistarlos y presentarlos para baja. Sin embargo, es importante señalar que esta sede representa solo una parte del proceso; los bienes a baja se presentan como un conjunto, y no se clasifican por sede.

- Sede Santa Rita:** En este lugar se almacenan bienes de propiedad, planta y equipo, los cuales están clasificados con concepto de baja y alistados para su disposición. Estos bienes se encuentran organizados en las cuentas de inservibles y han sido conciliados con el área de contabilidad. El proceso de alistamiento fue organizado directamente por el líder y el equipo. Sin embargo, es importante señalar que esta sede representa solo una parte del proceso; los bienes a baja se presentan de manera conjunta y no se clasifican por sede.
- Sede Parqueadero Muzú:** En este lugar, compuesto por empalizada y parqueadero, se almacenan bienes de propiedad, planta y equipo de gran tamaño, así como vehículos, todos con concepto de baja y listos para su preparación. En esta sede se encuentran varios vehículos destinados para baja, además de unidades odontológicas que deben ser revisadas y comparadas contra las cuentas de la bodega de inservibles, para ser alistadas y presentadas para baja. También se almacenaron bienes entregados por la interventora del contrato de la obra de Kennedy, los cuales deben esperar el requerimiento correspondiente para su devolución.

Gestión de predios propios y comodato durante la vigencia 2024

Se mantiene los lineamientos establecidos para el registro contable de los predios de propiedad y bajo administración de la Entidad durante la vigencia 2024:

La Oficina Asesora Jurídica mantiene el proceso de apoyo jurídico para legalización o cambio de propietario de los predios así:

- Cambio de propietario ante notariado y registro: 16
- Cambio de propietario ante notariado y registro fuera de Bogotá: 1
- Predios ocupados por Subred sin legalizar su posesión: 5
- Predios firma de comodato terminales terrestre y aéreo: 2

Legalizar 17 predios que actualmente se encuentran a cargo de personerías jurídicas que desaparecieron en el marco de la fusión de los Hospitales, cuyo patrimonio pasa a la Subred Sur Occidente en el año 2016.

Actualmente se cuentan con dos (2) predios en calidad de arriendo, de los cuales dos (2) se encuentran en funcionamiento para el archivo de la entidad, estos predios denominados Archivo Montevideo Fondos Documentales, Archivo Carvajal Historias Clínicas. Estos inmuebles se encuentran con contrato de arrendamiento vigentes y al día en los pagos correspondientes al cierre de la vigencia.

Predios en comodato con el DADEP 2024

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Para la vigencia 2024 la Subred mantuvo bajo convenios interadministrativos 29 predios que son administrados por el DADEP, de los cuales ya se encuentra novado 1 correspondiente al predio CAPS Tintal, 15 en proceso de novación y 3 en proceso de devolución al DADEP, correspondiente a los predios La Cabaña, Visión Colombia y Class 91.

Seguros y Siniestros 2024

El actual programa de seguros se encuentra vigente con la Unión Temporal Seguros del Estado S.A. y la Previsora S.A.. La firma Cuberos y Asociados, es el actual corredor de seguros de la Subred, encargado de los trámites del programa de seguros para la Subred Sur Occidente.

Mesa de ayuda (ticket) 2024

Para la vigencia se recibieron 1.433 solicitudes por medio de la mesa de ayuda para el traslado de bienes y/o responsables, solicitudes de inventario y reporte de movimientos, de las cuales se atendieron 1.363, quedando pendiente por gestionar un total de 70 solicitudes, en su mayoría porque el vehículo asignado al subproceso de Activos Fijos para el traslado de bienes se encontraba en reparación.

De acuerdo a lo presentado, se gestionó un total del 95% de las solicitudes recibidas.

Avance en la gestión documental del subproceso de activos fijos

En el 2024, se actualizaron la totalidad de los formatos, procedimientos, guías e instructivos del subproceso de Activos Fijos en Almera.

Se creo el formato 14-04-FO-0017 interno para la radicación de documentos de Activos Fijos.

Se creo el instructivo 14-04-IN-0004 para el ingreso de bienes devolutivos de menor y mayor cuantía al módulo de activos fijos – dinámica gerencial.

Se crearon los procedimientos, 14-04-PR-0013 para la reubicación o salida de bienes muebles en desuso y 14-04-PR-0014 para baja de parque automotor

15.4 SUBPROCESO GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA

El subproceso de Gestión de la Tecnología Biomédica es el encargado de realizar toda la gestión y mantenimiento de los equipos biomédicos propiedad de la subred Sur Occidente, también se realiza el despliegue del programa de tecnovigilancia institucional que tiene como objetivo gestionar el riesgo asociado al uso de dispositivos y equipos médicos por medio de la identificación, evaluación gestión y divulgación de información relacionada con la ocurrencia de sucesos de seguridad y todo lo relacionado con la tecnología biomédica durante la atención en salud.

Cultura de la seguridad

La cultura del uso seguro de la tecnología se materializa por medio del programa de tecnovigilancia, el cual es encabezado por la líder del subproceso y la referente institucional

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

de tecnovigilancia, quienes realizan la investigación y revisión de los casos más relevantes, trazabilidad e investigación preliminar de los casos y labores de búsqueda activa, capacitación, retroalimentación e inspección del despliegue del programa.

Durante la vigencia 2024, se han presentado dos (2) eventos/incidentes adversos serios los cuales fueron llevado a unidad de análisis institucional y evaluados por parte de un grupo interdisciplinario de profesionales mediante el protocolo de Londres, estos casos estuvieron relacionados con actos inseguros o reacciones químicas no relacionadas con el dispositivo, fallo por uso inadecuado. Asimismo, durante este periodo se presentaron y gestionaron doscientos cuarenta y siete (47) casos en total relacionados con el programa de Tecnovigilancia.

Teniendo en cuenta que la barrera más efectiva para prevenir la ocurrencia de sucesos de seguridad relacionados con tecnología es la adecuada capacitación al personal asistencial y técnico, desde el subproceso se adelantan diferentes tipos de actividades de capacitación, por medio de las diferentes líneas de capacitación en uso adecuado de la tecnología:



Diagrama 3 Líneas de capacitación gestión de la tecnología biomédica

Por lo anterior, en la vigencia 2024 se estableció como personal objeto 8.900 colaboradores a abordar por medio de las diferentes líneas de capacitación logrando como resultado el abordaje de 8.497 personas, logrando un cumplimiento del 95% de acuerdo a lo proyectado en el cronograma de capacitaciones.

Desde el programa de Tecnovigilancia, se han implementado estrategias de uso seguro de la tecnología como resultado del aprendizaje institucional del comportamiento del programa en las vigencias pasadas, fruto de la intervención con resultados satisfactorios con las que se lograron superar las brechas identificadas en vigencias anteriores, nacen estrategias para el uso seguro de la tecnología que son:

- Bascula en ceros
- Barandas Arriba
- Conéctate con tu Desfibrilador
- Alerta con las alertas
- Desenróllame si puedes

Uso adecuado de la Tecnología

Desde la vigencia 2022 se implementó la estrategia “Semana del uso adecuado de la tecnología”, que tiene como objeto sensibilizar a todo el personal de la subred sobre la importancia de hacer uso adecuado y mantener los cuidados para el uso seguro de la tecnología utilizando metodologías lúdicas, en la vigencia 2024 la semana se llevó a cabo del 26 al 30 de agosto del 2024 con la temática de “*Noticiero Tecnoticias*” también se realizó una feria de capacitación masiva de tecnologías transversales en la mayoría de unidades como bombas de infusión, glucómetros, monitores de signos vitales, dispositivos médicos y demás, abordando en esta actividad a 982 colaboradores.

ANEXO FOTOGRAFICO SEMANA DEL USO ADECUADO DE LA TECNOLOGÍA 2024



Diagrama 4 Anexo fotográfico – Semana del uso adecuado de la tecnología 2024

Incorporación de nuevas tecnologías

En la vigencia 2024 se adquirieron 447 equipos biomédicos, como parte de los proyectos de dotación de las nuevas sedes y servicios y también producto de la gestión adelantada por medio de los convenios docencia servicio para dar respuesta a necesidades de dotación por aumento de la demanda, cumplimientos normativos, renovación y/o reposición de equipos, representando una inversión total de \$7.331.600.001:



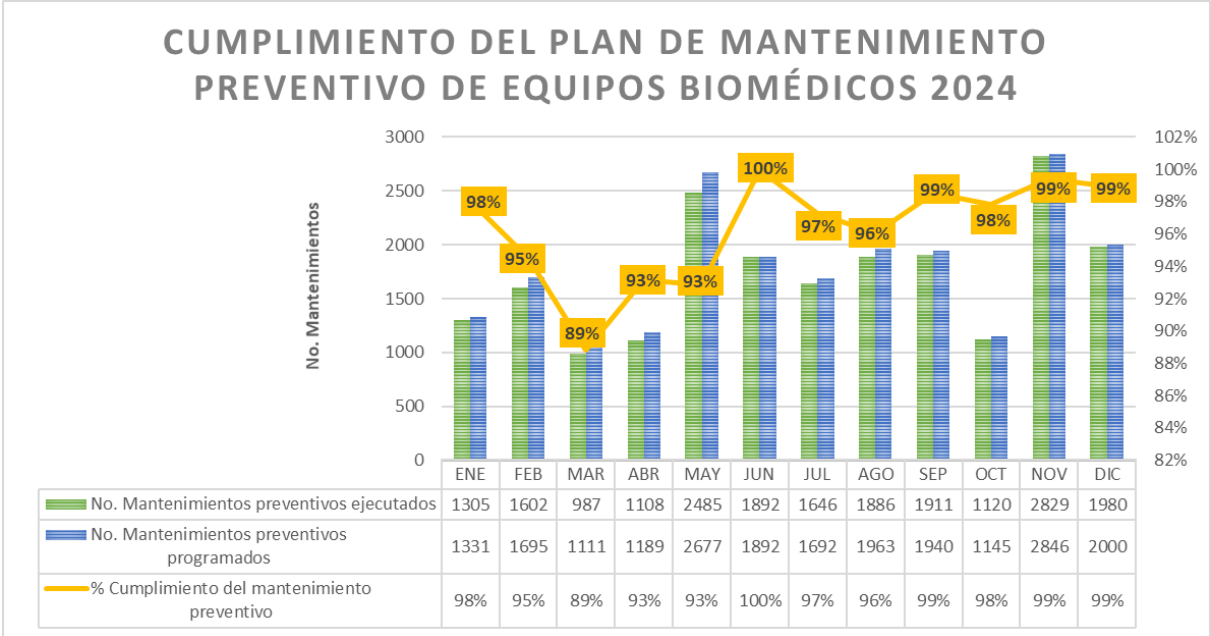
Diagrama 5 Incorporación de tecnología vigencia 2024

EQUIPOS INCORPORADOS POR SEDE	
SEDE	CANTIDAD EQUIPOS
CDS Mexicana	40
CDS Tintal	28
CDS Villa Javier	9
Hospital de Bosa	138
Torre urgencias	20
CDS Alcalá Muzú	8
CDS Alquería	1
CDS Asunción Bochica	9
CDC Bellavista	3
CDS Britalia	10
CDS Catalina	6
CDS El Porvenir	30
Hospital Fontibón	3
CDS José María Carbonell	18
CDS La Estación	19
CDS Nuevas Delicias	2

Hospital Occidente de Kennedy	35
CDS Olarte	16
CDS Pablo VI Bosa	3
CDS Patio Bonito	4
CDS Patio Bonito Tintal	19
CDS Patios	5
CDS Trinidad Galán	21

Tabla No. 99 Cantidad de equipos incorporados por sede vigencia 2024

INDICADOR: CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS BIOMEDICOS



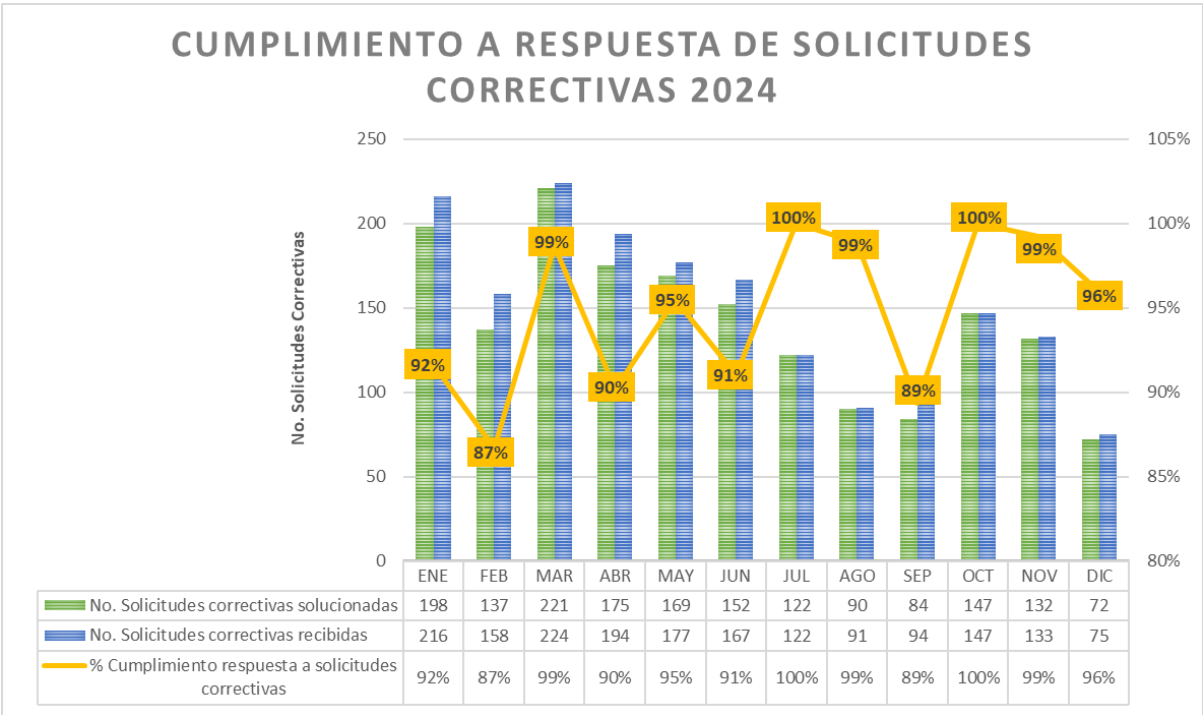
Grafica Cumplimiento del plan de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos – 2024
Fuente: Subproceso Gestión de la tecnología biomédica

Durante la vigencia 2024 se logró un cumplimiento del 97% en el plan de mantenimiento programado para estos equipos, los mantenimientos faltantes que corresponden al 3% se atribuyen principalmente a la disponibilidad de los equipos por ocupación en los servicios críticos o falta de disponibilidad del servicio o entorno. Teniendo en cuenta esta dificultad, en el mes de diciembre, se implementó como estrategia un plan de choque en el cual se realizó un seguimiento semanal del avance en las actividades programadas en todas las unidades y sobre mediados de cada mes en las unidades donde se identificaban brechas para el cumplimiento, se gestionó el apoyo en caso de ser necesario, del personal biomédico de otras unidades.

Con el fin de mejorar el desempeño del indicador se implementaron acciones tales como: búsqueda activa de equipos no encontrados de manera articulada con los líderes asistenciales, reprogramación de mantenimientos previa programación de común acuerdo por disponibilidad con los servicios (fechas y horarios flexibles, que se ajusten a la disponibilidad del servicio) y seguimiento semanal al avance en el cumplimiento de

actividades de mantenimiento preventivo, y en los casos que se identificaron brechas por falta de disponibilidad se realiza apoyo operativo entre biomédicos de las diferentes unidades para lograr el cumplimiento del indicador.

INDICADOR: CUMPLIMIENTO DE LA RESPUESTA A SOLICITUDES DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO



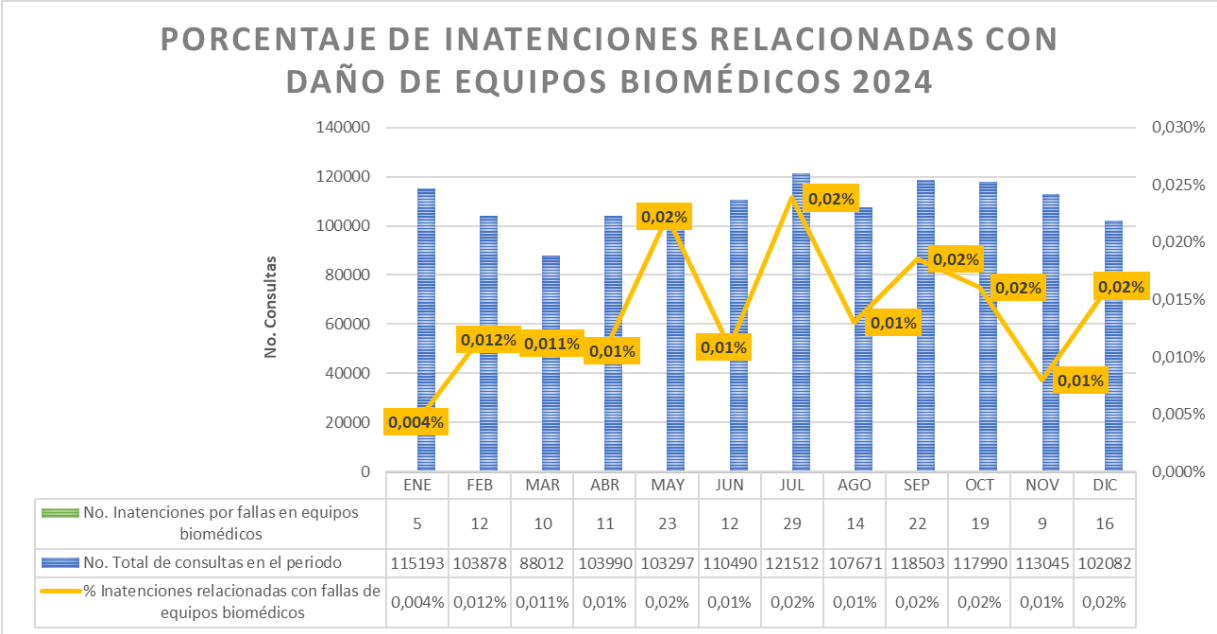
Grafica 2 Cumplimiento de la respuesta a solicitudes de mantenimiento correctivo de equipos biomédicos – 2024

Fuente: Subproceso Gestión de la tecnología biomédica

Durante la vigencia 2024, el cumplimiento en la respuesta a las necesidades de gestión de la tecnología reportadas a través del módulo de mantenimiento en Almera el cual fue puesto en marcha desde el 01/01/2023 así como las solicitudes que se siguen recibiendo por la mesa de ayuda OS Ticket fue del 94%, lo que quiere decir que, de las 1798 solicitudes recibidas durante el periodo, se gestionaron oportunamente 1699 solicitudes. Las 99 solicitudes fueron solucionadas por fuera de los tiempos de respuesta esperados, ya que están relacionadas con el tiempo de importación de algunos repuestos o componentes especializados, adquisición de equipos o servicios que se encuentran en proceso de contratación.

Con el fin de mejorar el desempeño del indicador se vienen adelantando acciones de mejoramiento dentro de las cuales se encuentran las relacionadas con la optimización de recursos de la caja menor, para dar respuesta a las necesidades no recurrentes de forma optimizada, así mismo aquellas necesidades que se han identificado como recurrentes se han adelantado las proyecciones de contratos que permitan solventar dichas necesidades.

INDICADOR: PORCENTAJE DE INATENCIONES RELACIONADAS CON FALLAS O DAÑO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS



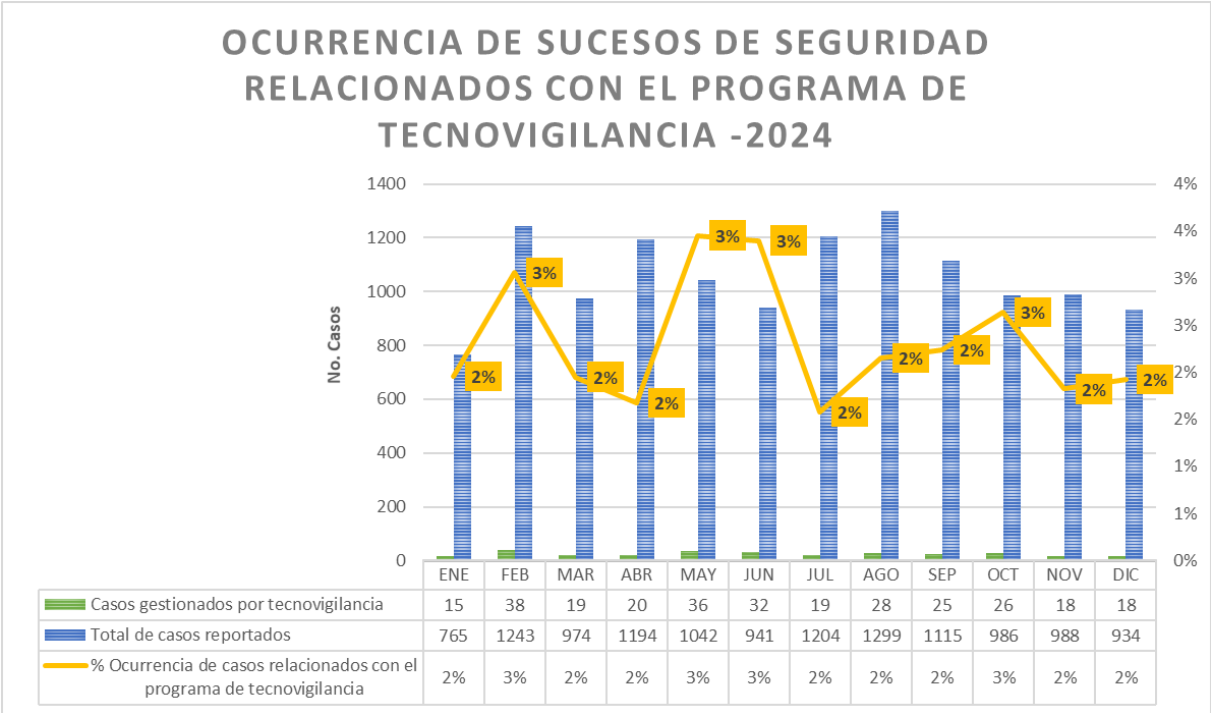
Grafica 3 Porcentaje de inatenciones relacionadas con fallas de equipos biomédicos – 2024
Fuente: Subproceso Gestión de la tecnología biomédica

En cuanto a las inatenciones relacionadas con fallas de equipos, durante la vigencia 2024 el porcentaje de inatención de pacientes por fallas de equipos biomédicos fue del 0,014%, lo que significa que no superó la meta propuesta del 0,2%, de las 1.305.663 citas asignadas en los diferentes servicios de la Subred 182 fueron canceladas por motivos relacionados con fallas de equipos. De acuerdo con el resultado mencionado anteriormente, se puede evidenciar cumplimiento de la meta propuesta para el perdido en un 0,2%

La cancelación de citas estuvo relacionada principalmente con equipos especializados, en servicios como fonoaudiología, imagenología, ecografía y odontología, sin embargo, la atención oportuna de las solicitudes correctivas y la puesta en marcha de planes de contingencia permitió solventar rápidamente estos imprevistos y evitar una mayor afectación en la prestación de servicios, todas las solicitudes fueron atendidas y solucionadas el mismo día en que fueron reportadas por el servicio.

Se continua con la ejecución de rondas e inspecciones como estrategia de búsqueda activa que permita mejorar el indicador de inatenciones y evitar la afectación de la prestación del servicio, principalmente en lo relacionado con los equipos utilizados para los servicios mencionados anteriormente y los servicios críticos. Por otra parte, se está sensibilizando al personal de la Subred en la activación del plan de contingencia, con el fin de minimizar la afectación a los usuarios por las fallas presentadas en los equipos biomédicos donde se contempla la reubicación de usuarios, reubicación de equipos para cubrir la necesidad con alcance hasta alquiler de equipos si la situación lo amerita.

INDICADOR: OCURRENCIA DE SUCESOS DE SEGURIDAD RELACIONADOS CON EL PROGRAMA DE TECNIVIGILANCIA



Grafica 4 Porcentaje de ocurrencia de sucesos de seguridad relacionados con Tecnovigilancia – 2024
Fuente: Subproceso Gestión de la tecnología biomédica

Sobre la ocurrencia de sucesos de seguridad relacionados con el programa de tecnovigilancia en la vigencia 2024, se presentaron en total 294 casos relacionados con tecnovigilancia que incluyen equipos y dispositivos médicos, los cuales fueron gestionados en un 100%, con respecto al total de casos reportados por el aplicativo, que fueron 12.685casos, la mayoría de los sucesos reportados se encuentran relacionados con:

- 1. Caída, golpes o signos de fuerza exterior a equipos causando daños
- 2. Calidad de dispositivos médicos
- 3. Errores en la limpieza y desinfección

En este periodo, se dio continuidad al fortalecimiento de la cultura del reporte, por medio del aplicativo institucional Almera – link: “Tú también puedes salvar vidas”, se ha logrado mejorar la calidad de los reportes ya que se diligencian todos los campos del formulario y que son muy importantes para poder realizar la trazabilidad especialmente de dispositivos médicos, esto ha permitido avanzar en el alcance de las investigaciones, asimismo se han implementado estrategias como el trabajo de campo para hacer transparente toda la investigación e involucrar al servicio asistencial en el equipo investigador. Sigue siendo la herramienta principal para evitar la ocurrencia de eventos/incidentes, las capacitaciones de uso adecuado.

INDICADOR: CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE CAPACITACION EN USO ADECUADO DE TECNOLOGÍA

CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE CAPACITACIÓN EN USO DE LA TECNOLOGÍA 2024



Grafica 6 Cumplimiento del programa de capacitación en uso adecuado de tecnología – 2024

Fuente: Subproceso Gestión de la tecnología biomédica

Durante la vigencia 2024, se capacitaron 8.497 colaboradores logrando un cumplimiento del 95% con respecto a la meta propuesta que era abordar 8.900 colaboradores en este periodo, principalmente por medio de los reentrenamientos de uso adecuado de la tecnología, capacitaciones por incorporación de nueva tecnología, inducción institucional y lecciones aprendidas. Con el objetivo de fortalecer la línea de inducción institucional que es donde se han evidenciado mayores dificultades para el abordaje del 100% del personal que se incorpora, con el apoyo de talento humano y seguridad del paciente, el subproceso de gestión de la tecnología se ha incorporado a la estrategia institucional “Encuentros de aprendizaje continuo” e “Inducción específica” que son espacios virtuales a los que se cita a todos los colaboradores para que realicen la inducción o reinducción institucional.

15.5 SUBPROCESO DE SERVICIOS GENERALES Y LOGISTICA

El subproceso de servicios generales y logística está encaminado a garantizar la prestación de servicios de apoyo como lo son vigilancia y seguridad privada, aseo limpieza y desinfección, y lavandería, los cuales son gestionados y supervisados desde la dirección administrativa a fin de garantizar condiciones óptimas y seguras para el paciente contribuyendo a la prestación integral en servicios de salud.

Dentro de sus principales funciones esta gestionar, supervisar y controlar la asignación de recursos y velar por prestación de estos tres servicios de manera continúa dando cumplimiento a los criterios, estándares de calidad y las políticas de acreditación.

El servicio de vigilancia tiene como fin garantizar la seguridad tanto de usuario y colaboradores como de la infraestructura de la Subred, en la actualidad el servicio se está ejecutando con el proveedor Dinapower Ltda., con el contrato 4785-2024 el cual tuvo inicio el día 2 de mayo 2024, el proveedor antecesor Unión Temporal-STC presto su servicios para la Subred desde el 16 de diciembre 2020 hasta el 1 de mayo 2024 fecha en la cual tuvo finalización tras adelantar un nuevo proceso contractual a través de la entidad EGAT bajo el

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

contrato 6489-2020, el objeto del servicio anteriormente mencionado está encaminado a la **“PRESTACIÓN DEL SERVICIO INTEGRAL DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD PRIVADA PARA LAS SUBREDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E, Y AQUELLOS CLIENTES QUE LO REQUIERAN”**;

El servicio de aseo, limpieza, desinfección y cafetería tiene como finalidad garantizar condiciones higiénico sanitarias velando por la seguridad del paciente y la prevención de enfermedades asociadas a la prestación en salud, dicho servicio se ejecuta actualmente con el proveedor Unión temporal Servicios Integrales Suroccidente 2024 bajo el contrato 6590-2024, este proveedor presta el servicio desde del día 4 de septiembre 2024 a través de una contratación directa con la subred Suroccidente tras la finalización del contrato 4784-2024 prestado por el proveedor Unión Temporal Aseo Subredes Bogotá, adelantado por la EGAT, el cual tuvo una vigencia comprendida entre el 18 de marzo 2024 hasta el 3 de septiembre 2024, el objeto del contrato es **“PRESTAR EL SERVICIO DE ASEO, LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN HOSPITALARIA, CAFETERÍA, MANTENIMIENTO DE JARDINES Y CÉSPED DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.”**.

El servicio de lavandería está contratado con el fin de garantizar condiciones óptimas para la prestación en salud, a través del suministro de ropa limpia el cual se desarrolla bajo la modalidad de lavado y alquiler de prendas hospitalarias las cuales se cambian a diario de acuerdo a la necesidad del servicio para que el paciente tenga comodidad, higiene y trato humanizado.

Dicho contrato se adjudicó a través de la entidad EGAT desde el día 16 de diciembre 2020 y se encuentra vigente en la actualidad, el servicio es prestado por el proveedor Unión temporal Lavansalud bajo el contrato 6488-2020 el cual tiene por objeto **SERVICIO INTEGRAL DE LAVADO Y ALQUILER DE ROPA HOSPITALARIA LIMPIA A LAS SUBREDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E. DEL DISTRITO CAPITAL – SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE**
INDICADOR ADHERENCIA AL CUMPLIMIENTO EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS

El subproceso de servicios generales y logística realiza seguimiento constante al cumplimiento de las obligaciones contractuales y la óptima prestación de los servicios a través de recorridos diarios en las unidades, retroalimentación de novedades a los supervisores asignados por las empresas tercerizadas, capacitación constante a operarios y colaboradores, seguimiento al correcto funcionamiento y suministro de los insumos requeridas para la operación.

Como estrategia de control interno del proceso frente a la ejecución de los contratos, la supervisión evalúa el cumplimiento y la adherencia a través de la aplicación de lista de chequeo y encuestas de satisfacción, las cuales permiten evidenciar fortalezas, debilidades y áreas de oportunidad de mejora de la operación frente a los procesos y protocolos establecidos por la subred, así como la satisfacción del cliente interno frente al suministro y ejecución oportuna de los servicios prestados.

Las listas de cheque están compuestas por cuatro indicadores los cuales permiten medir y evaluar la adherencia al cumplimiento de protocolos y normas de bioseguridad, conocimiento y capacitación, así como el cumplimiento de procedimientos y procesos de buena atención en cuanto a buen trato y suministro de insumos y herramientas para la

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

ejecución de los contratos, cada indicador está compuesto por criterios asociados a las obligaciones contractuales de cada proceso.

La meta de adherencia para cada uno está establecida en el 85% y el 90% esto teniendo en cuenta que son servicios dinámicos y de alta complejidad.

• RESULTADOS ADHERENCIA SERVICIO DE VIGILANCIA 2024

CONSOLIDADO ENERO A DICIEMBRE 2024 VIGILANCIA					
INDICADOR LISTAS DE CHEQUEO VIGILANCIA ENERO A DICIEMBRE 2024	LOCALIDAD KENNEDY	LOCALIDAD FONTIBON	LOCALIDAD BOSA	LOCALIDAD PUENTE ARANDA	TOTAL % INDICADOR
EVALUACION DE ADHERENCIA A CONTROLES DE SEGURIDAD	94%	93%	96%	96%	95%
EVALUACION DE CONOCIMIENTO	93%	93%	97%	97%	95%
EVALUACION DE ADHERENCIA A PROCEDIMIENTOS	91%	84%	96%	90%	90%
EVALUACION DE ADHERENCIA A PROCESO DE BUENA ATENCION	93%	90%	97%	97%	94%
TOTAL % SUBRED	93%	90%	96%	95%	94%

Fuente de información: análisis de listas de chequeo 2024

Durante la vigencia 2024 de acuerdo a los resultados de adherencia general hubo una disminución de un 1%, sin embargo, se evidencia que la adherencia al cumplimiento de las obligaciones contractuales en el hospital de Kennedy incremento en un 4% pasando del 89% al 93%, resultado satisfactorio teniendo en cuenta que Hospital Kennedy es la unidad prestadora de servicios más grande de la Subred.

• RESULTADOS ADHERENCIA SERVICIO ASEO 2024

CONSOLIDADO ENERO A DICIEMBRE 2024 ASEO					
INDICADOR LISTAS DE CHEQUEO ASEO ENERO A DICIEMBRE 2024	LOCALIDAD KENNEDY	LOCALIDAD FONTIBON	LOCALIDAD BOSA	LOCALIDAD PUENTE ARANDA	TOTAL % INDICADOR
EVALUACIÓN DE ADHERENCIA A NORMAS DE BIOSEGURIDAD	83%	91%	85%	88%	87%
EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO (CAPACITACIONES)	86%	98%	84%	88%	89%
EVALUACIÓN ADHERENCIA Y PROCEDIMIENTOS	94%	95%	93%	90%	93%
EVALUACIÓN DE ADHERENCIA A LA ENTREGA DE INSUMOS Y TALENTO HUMANO	92%	96%	89%	88%	91%
TOTAL % SUBRED	89%	95%	88%	89%	90%

Fuente de información: análisis de listas de chequeo 2024

En la vigencia 2024 la adherencia subió 1% en el resultado consolidado pasando el 89% al 90% logrando de esta manera la meta esperada, se evidencia que cada localidad presento incremento en el resultado de evaluación general.

• RESULTADOS ADHERENCIA SERVICIO LAVANDERIA

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

CONSOLIDADO ENERO A DICIEMBRE 2024 LAVANDERIA					
INDICADOR LISTAS DE CHEQUEO LAVANDERIA ENERO A DICIEMBRE 2024	LOCALIDAD KENNEDY	LOCALIDAD FONTIBON	LOCALIDAD BOSA	LOCALIDAD PUENTE ARANDA	TOTAL % INDICADOR
EVALUACIÓN DE ADHERENCIA A NORMAS DE BIOSEGURIDAD	96%	94%	94%	95%	95%
EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO (CAPACITACIONES)	96%	97%	92%	99%	96%
EVALUACIÓN ADHERENCIA Y PROCEDIMIENTOS	96%	90%	96%	97%	95%
EVALUACIÓN DE ADHERENCIA A PROCESOS DE BUENA ATENCIÓN	99%	100%	91%	98%	97%
TOTAL % SUBRED	97%	95%	93%	97%	96%

Fuente de información: análisis de listas de chequeo 2024

Durante la vigencia 2024 el indicador de adherencia general disminuyó 2% sin embargo cumple la meta esperada.

La encuesta de satisfacción a pesar de ser un indicador cuantificable, por ser la percepción personal del servicio tiende a ser una valoración subjetiva, sin embargo, permite evidenciar oportunidades de mejora en aspectos relevantes frente a técnicas, reacción oportuna a eventualidades, actitud y aptitudes del personal.

Las encuestas de satisfacción se aplican para medir cumplimiento, oportunidad y calidad en la prestación del servicio.

• **RESULTADOS SATISFACCIÓN SERVICIO VIGILANCIA**

CONSOLIDADO ENERO A DICIEMBRE 2024 VIGILANCIA					
INDICADOR ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN VIGILANCIA ENERO A DICIEMBRE 2024	LOCALIDAD KENNEDY	LOCALIDAD FONTIBON	LOCALIDAD BOSA	LOCALIDAD PUENTE ARANDA	TOTAL % INDICADOR
CUMPLIMIENTO	90%	78%	73%	90%	82%
OPORTUNIDAD	91%	78%	79%	91%	85%
CALIDAD	91%	77%	78%	91%	84%
TOTAL % SUBRED	90%	78%	77%	90%	84%

El grado de satisfacción de la vigencia 2024 se encuentra en un 84% tuvo una disminución del 2% con relación a la vigencia 2023, lo que refleja una satisfacción por debajo de la meta esperada por lo tanto evidenciando que se hace necesario aumentar el nivel de satisfacción del cliente interno se desarrollaran estrategias de reinducción para lograr el estimado óptimo de adherencia a procesos de cumplimiento, oportunidad y calidad.

• **RESULTADOS SATISFACCIÓN SERVICIO ASEO**

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

CONSOLIDADO ENERO A DICIEMBRE 2024 ASEO					
INDICADOR ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN ASEO ENERO A DICIEMBRE 2024	LOCALIDAD KENNEDY	LOCALIDAD FONTIBON	LOCALIDAD BOSA	LOCALIDAD PUENTE ARANDA	TOTAL % INDICADOR
CUMPLIMIENTO	78%	79%	79%	85%	80%
OPORTUNIDAD	78%	80%	82%	83%	81%
CALIDAD	85%	86%	87%	86%	86%
TOTAL % SUBRED	81%	82%	83%	85%	82%

El servicio de aseo en el 2024 con relación a la vigencia anterior bajo 1%, sin embargo, no cumple con la meta establecida por lo tanto se desarrollarán estrategias para incrementar la satisfacción del cliente interno identificando los criterios evaluados que tiene mayor oportunidad de mejora para garantizar la óptima prestación del servicio.

- RESULTADOS SATISFACCIÓN SERVICIO LAVANDERIA**

CONSOLIDADO ENCUESTAS ENERO A DICIEMBRE 2024 LAVANDERIA					
INDICADOR ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN ASEO ENERO A DICIEMBRE 2024	LOCALIDAD KENNEDY	LOCALIDAD FONTIBON	LOCALIDAD BOSA	LOCALIDAD PUENTE ARANDA	TOTAL % INDICADOR
CUMPLIMIENTO	74%	78%	80%	70%	75%
OPORTUNIDAD	76%	77%	79%	68%	75%
CALIDAD	70%	70%	133%	100%	93%
TOTAL % SUBRED	73%	75%	97%	79%	81%

Con relación al indicador general de satisfacción del cliente interno de la vigencia 2024 se evidencia que no cumple con la meta, con relación a los resultados obtenidos en la vigencia 2023, se identifica que ha disminuido el nivel de satisfacción, se realiza análisis de los criterios de evaluación y se evidencia que hay mayor satisfacción frente a la suficiencia de la ropa entregada de acuerdo a la necesidad del servicio sin embargo la calidad del lavado y el planchado ha disminuido, por lo que se refuerzan filtros de control de calidad para garantizar que la ropa llegue limpia y no haya reproceso.

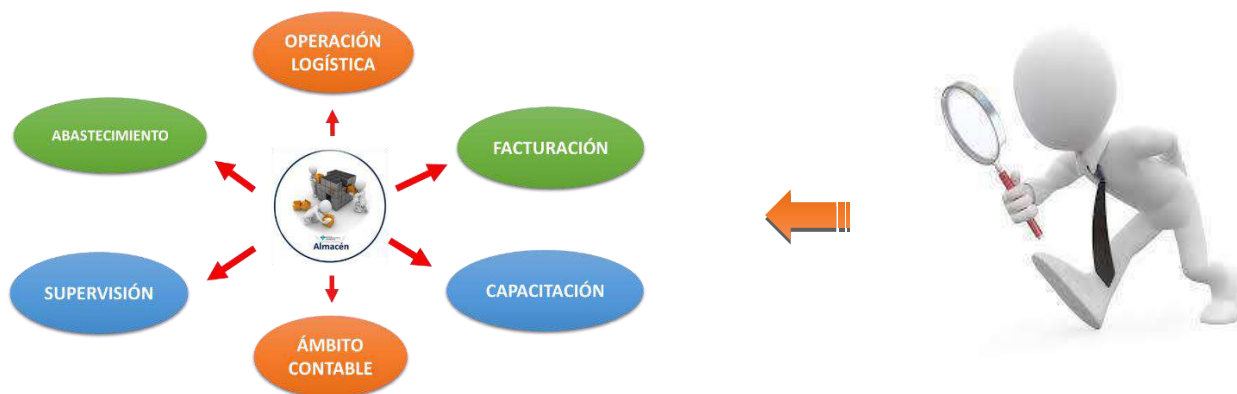
15.6 SUBPROCESO DE ALMACÉN Y SUMINISTROS

El área de almacén y suministro es un subproceso transversal de la Dirección Administrativa encargado de decepcionar, custodiar y distribuir medicamentos, insumos, dispositivos médicos, médico quirúrgico, elementos, materiales y demás artículos que acorde con la normatividad (Resolución 0001 de 2019) ingresan por diferentes actos administrativos a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE y que son necesarios, vitales y

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

esenciales para suplir las necesidades (Administrativas y asistenciales) misionales de las Unidades de Prestación de Servicios de salud.

a. Estructura organizacional

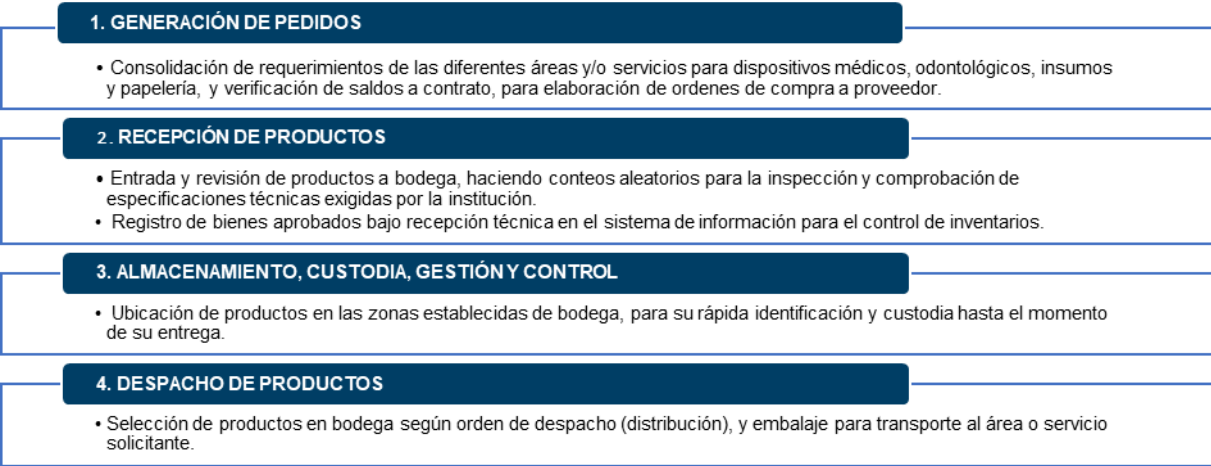


- **Operación logística:** Ámbito operativo mediante el cual se realizan los procesos de recepción, custodia, almacenamiento y distribución de bienes (menor cuantía, devolutivos de menor cuantía y mayor cuantía) que ingresan al almacén.
- **Facturación:** Proceso mediante el cual se realiza la primera causación (comprobante de entrada) al módulo de inventario del sistema de información dinámica gerencial de las facturas de medicamentos, insumos, dispositivos (médicos y médico quirúrgicos), elementos, productos, reactivos, vacunas, entre otros
- **Capacitación:** Proceso de enseñanza – aprendizaje mediante el cual se instruye y forma de manera presencial al personal administrativo y asistencial referente a los insumos y dispositivos médico quirúrgicos que se manejan en el ámbito misional de la Institución
- **Ámbito contable:** Proceso administrativo mediante el cual se consolida, analiza y presenta a la Dirección Financiera los movimientos contables y operativos llevado a cabo en los módulos de inventarios y contables del sistema de información dinámica gerencial.
- **Supervisión:** Proceso administrativo y normativo mediante el cual se realiza la ejecución de los contratos de insumos y dispositivos médico quirúrgicos asignados al subproceso para su gestión operativa.
- **Abastecimiento:** Conjunto de herramientas ofimáticas que permiten el análisis, verificación, validación, seguimiento, gestión, control, consolidación y proyección de la información contentiva del módulo de inventarios, referente a los productos ingresados en el mismo (consumos históricos, por código, centro de costo, servicio, unidad, bodega, producción, entre otros)

b. Distribución misional y administrativa

-  Dirección Hospitalaria
-  Dirección Ambulatoria
-  Dirección Urgencias
-  Dirección Complementarios
-  Dirección Gestión del Riesgo
-  Ámbito Administrativo

c. Esquema funcional



INDICADORES

Los indicadores adscritos al subproceso de Almacén y Suministros describen de forma secuencial y periódica el esquema funcional, determinando la operatividad y la oportunidad en la entrega de insumos y dispositivos médico quirúrgicos a las unidades de prestación de servicios de salud.

Cirugías canceladas por causa de no entrega oportuna de insumos medico quirúrgicos Sub Red Sur occidente ESE

CONSOLIDADO AÑO 2024				
Numerador	Denominador	Resultado del Indicador	% de cumplimiento del indicador	Análisis
1	45.415	0,00002%	100%	El porcentaje de cancelación de cirugías por no entrega oportuna de insumos medico quirúrgicos durante la vigencia 2024 fue de 1 cirugía, lo que equivale a 0,00002% del total de 45.415 cirugías realizadas para la vigencia 2024. La meta planteada para el periodo es de 1%, para lo cual se obtuvo cumplimiento del 99,99% con respecto a lo propuesto. De acuerdo con lo anterior y al realizar el comparativo de los dos trimestres se evidencia que las herramientas, actividades y acciones

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

				planeadas y proyectadas brindaron las acciones pertinentes para que en un tiempo mínimo se evitara la cancelación de cirugías por las variables endógenas referidas. Como conclusión, se evidencia que según los soportes con los que se genera el análisis del indicador como el informe mensual de cancelación de cirugías (entregado por el área de Gerencia de la Información) y listado detallado de cirugías canceladas (elaborado desde Gestión de los almacenes) no hubo cancelación de cirugías por concepto de Insuficiencia de Material Médico Quirúrgico, el cual es producto de la planeación, proyección y visualización de consumos a través de la matriz de seguimiento, matriz de pedidos y seguimiento y control técnico por insumo, generando que se brindará oportunamente los insumos y dispositivos requeridos por parte de las área asistenciales lo que ha permitido cumplir con la meta establecida. Finalmente, y ante el resultado obtenido durante la vigencia 2025 se mantendrán e implementarán nuevas actividades construyendo con base en las políticas implementadas, que generaron como resultado la no cancelación de cirugías, lo cual optimizó los recursos (talento humano, infraestructura, equipos, productos, medicamentos, insumos, entre otros) y permitió una atención con segura y con calidad para los pacientes.

Tabla No. 100. Indicador PAA Cancelación de Cirugías, extraído de la intranet reporte de producción salas de cirugía.

6.1.2 Cirugías canceladas por causa de no entrega oportuna de insumos medico quirúrgicos Sub Red Sur occidente ESE

CONSOLIDADO AÑO 2024				
Numerador	Denominador	Resultado del Indicador	% de cumplimiento del indicador	Análisis
20.224	20.239	99.93%	100%	El cumplimiento en la entrega de medicamentos e insumos médico quirúrgicos durante la vigencia 2024 fue del 99,93%, lo que significa que de las 20.224 solicitudes radicadas de medicamentos e insumos medico quirúrgicos se despacharon 20.239. La meta planteada para la vigencia 2024 es del 99.93%, para lo cual con respecto al resultado obtenido se evidencia el cumplimiento de meta propuesta. Se puede evidenciar que hubo un cumplimiento de 99.93% en la entrega

				oportuna de insumos y dispositivos médicos, manteniendo la misma variación porcentual frente al semestre anterior, lo cual se atribuye principalmente a la gestión de rotación, verificación y consecución de insumos y dispositivos médico quirúrgicos y los acciones y actividades desarrolladas para la mejora continua, en este contexto, se ha realizado una planeación y proyección que ha permitido acorde con lo establecido en los consumos históricos y en las proyecciones de servicios, brindar una atención que permitió que el área asistencial y administrativa prestaran sus servicios de una manera adecuada. Finalmente, y ante el resultado obtenido durante la vigencia 2025 se mantendrán e implementarán nuevas actividades construyendo con base en las políticas implementadas, que generaron como resultado la atención permanente y constata de los servicios ambulatorios, hospitalarios y de riesgo, lo cual optimizó los recursos (talento humano, infraestructura, equipos, productos, medicamentos, insumos, entre otros) y permitió una atención con segura y con calidad para los pacientes.

Tabla No. 101. Indicador PAA Atención a solicitudes, extraído de Dinámica Modulo de inventarios.

• Variación anual

VARIACIÓN ANUAL INDICADOR DE CIRUGÍAS					
ÍTEM	VIGENCIA	CIRUGÍAS CANCELADAS	TOTAL, CIRUGÍAS	INDICADOR	VAR % ANUAL
1	2021	20	26.168	0,08%	
2	2022	11	40.830	0,03%	-65%
3	2023	24	45.532	0,05%	96%
4	2024	1	45.415	0.0002%	96%

Teniendo en cuenta los datos presentados, se evidencia una optimización significativa de recursos, un seguimiento y control sobre los requerimientos realizados, así como, de los despachos llevados a cabo, evidenciado un crecimiento promedio del 47% en los últimos tres años de cirugías realizadas y una reducción significativa de cirugías canceladas del 96%, obteniendo el cumplimiento del indicador en las cuatro vigencias.

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

VARIACIÓN ANUAL INDICADOR DE CUMPLIMIENTO					
ÍTEM	VIGENCIA	TOTAL, DESPACHOS	TOTAL, SOLICITUDES	INDICADOR	VAR % ANUAL
1	2021	15.995	16.913	94,57%	
2	2022	17.003	17.392	97,76%	3%
3	2023	21.395	21.618	98,97%	1%
4	2024	20.224	20.232	99.93%	1%

En el cuadro anterior, se presenta el comparativo anual de cumplimiento generado, evidenciándose un incremento del 1% en las solicitudes y un cumplimiento del 99%, lo indica, que las políticas y acciones implementadas, generaron optimización de recursos, talento humano y austeridad en el gasto, esto en razón, que, con el mismo número de bodegas y colaboradores adscritos, se cumplió la meta y el indicador propuesto.

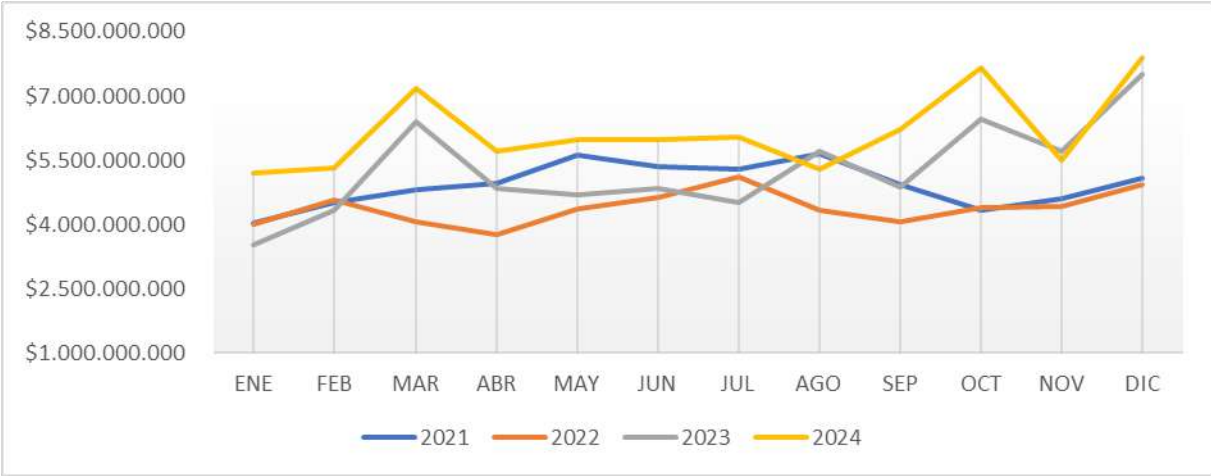
En este contexto se evidencia que la implementación de matrices de abastecimiento, pedidos, ordenes de despacho, solicitudes, especialización bodegas, proyección, seguimiento y autocontrol; permitió el cumplimiento de los indicadores propuestos y la reducción a cero de la materialización del riesgo de inoportunidad por entrega de insumos y dispositivos médico quirúrgicos.

6.2 ESTADÍSTICA CAUSACIÓN POR VIGENCIA 2021 – 2024

Teniendo en cuenta la política institucional y acorde con el plan de acción aplicado en el subproceso, a continuación, se presenta la estadística general del proceso de facturación implementado para las bodegas que registran sus causaciones en el módulo de inventarios del sistema de información dinámica gerencial.

COMPARATIVO EN VALOR "COMPROBANTE ENTRADA"								
PERIODO	2021		2022		2023		2024	
		%		%		%		%
ENE	\$ 4.038.887.008	6,82%	\$ 3.999.599.392	7,59%	\$ 3.532.358.144	5,57%	\$ 5.204.136.304	7,04%
FEB	\$ 4.523.357.205	7,63%	\$ 4.577.316.873	8,69%	\$ 4.328.104.470	6,83%	\$ 5.315.549.180	7,19%
MAR	\$ 4.810.084.850	8,12%	\$ 4.074.341.351	7,73%	\$ 6.404.625.032	10,10%	\$ 7.171.648.401	9,70%
ABR	\$ 4.973.209.807	8,39%	\$ 3.759.717.955	7,14%	\$ 4.844.843.273	7,64%	\$ 5.698.410.785	7,71%
MAY	\$ 5.609.148.305	9,47%	\$ 4.356.827.232	8,27%	\$ 4.681.494.528	7,38%	\$ 5.975.546.930	8,08%
JUN	\$ 5.363.209.345	9,05%	\$ 4.628.128.888	8,78%	\$ 4.837.779.506	7,63%	\$ 5.973.124.453	8,08%
JUL	\$ 5.298.804.809	8,94%	\$ 5.124.895.450	9,73%	\$ 4.513.524.128	7,12%	\$ 6.033.448.469	8,16%
AGO	\$ 5.660.843.076	9,55%	\$ 4.326.540.461	8,21%	\$ 5.717.615.407	9,02%	\$ 5.307.690.856	7,18%
SEP	\$ 4.941.502.484	8,34%	\$ 4.071.463.140	7,73%	\$ 4.863.883.954	7,67%	\$ 6.211.337.433	8,40%
OCT	\$ 4.334.809.129	7,32%	\$ 4.401.105.754	8,35%	\$ 6.458.472.071	10,19%	\$ 7.658.872.207	10,36%
NOV	\$ 4.618.261.157	7,79%	\$ 4.431.013.843	8,41%	\$ 5.705.635.886	9,00%	\$ 5.500.872.612	7,44%
DIC	\$ 5.082.020.620	8,58%	\$ 4.937.203.945	9,37%	\$ 7.504.423.208	11,84%	\$ 7.893.502.641	10,67%
	\$ 59.254.137.795		\$ 52.688.154.284		\$ 63.392.759.606		\$ 73.944.140.271	

Tabla No. 102: Causaciones sistema de información dinámica gerencial



Como se aprecia en el cuadro anterior y en el gráfico, el comportamiento de las causaciones contables (ingreso por facturación) tuvo un comportamiento diferencial en comparación con la vigencia 2023 – 2024, esta variación (17%) se ve reflejada en la especialización de bodegas acorde a los productos, servicios y unidades atendidas (laboratorio, vacunas, osteosíntesis, terapia VAC, odontología, entre otros, una optimización de los recursos referentes a talento humano y organización estructural, en razón a que se optimizaron las bodegas en un 17% pasando de 6 a 5 bodegas y se generó un sistema de entrega parcial en cuatro partes del mes; así mismo, se implementó la publicación de la información contentiva de los comprobantes de entrada en las carpetas compartidas y el envío de la información por contrato en formato Excel para que tanto las áreas contables como los supervisores establezcan sus conciliaciones y proyecciones.

Adicional a lo anterior, se implementó un indicador de inconsistencias (por criterio contable), el cual mediante el cálculo proporcional se puede identificar la bodega y el colaborador que debe ser retroalimentado, así las cosas, la recolección semanal se optimiza socializando los procedimientos del subproceso de almacén y generando seguimiento – control en el proceso realizado.

6.3 CLASIFICACIÓN INGRESOS POR BODEGAS

Como parte de la organización, seguimiento y control se clasificó el tipo de ingreso que se realiza por bodega, esto permite una mayor planificación y proyección de la capacidad instalada y el talento humano requerido.

A continuación, se relaciona la clasificación generada:

CLASIFICACIÓN DE INGRESOS POR CADA BODEGA – ADSCRITA AL SUBPROCESO DE ALMACÉN Y SUMINISTROS					
ÍTEM	NOMBRE PREFIJO	001 – 041 KENNEDY	055 – APP BOSA	018 - ABASTOS	037 – Almacén Mantenimiento
1	ALIMENTO – DIETA	X			

2	AYUDAS TÉCNICAS			X	
3	BIENES DE CONSUMO CONTROLADO	X	X	X	
4	DISPOSITIVO MÉDICO	X	X	X	
5	DOTACIÓN			X	
6	IMPRESIÓN		X	X	
7	LABORATORIO	X	X	X	
8	MATERIALES Y SUMINISTROS	X	X	X	X
8	MEDICAMENTO	X			
10	NUTRICIÓN	X			
11	ODONTOLOGÍA	X	X	X	
12	OSTEOSÍNTESIS Y TERAPIA VAC	X			
13	PAPELERÍA	X	X	X	
14	REPUESTO	X	X	X	X
15	FERRETERÍA				X

Clasificación por grupo

VIGENCIA 2021 - 2022				VIGENCIA 2023				VIGENCIA 2024			
BODEGA	TIPO DE BODEGA	GRUPO	RESPONSABLE	BODEGA	TIPO DE BODEGA	GRUPO	RESPONSABLE	BODEGA	TIPO DE BODEGA	GRUPO	RESPONSABLE
29	16 FÍSICAS 13 VIRTUAL	INSUMOS Y DISPOSITIVOS	ALMACÉN	6	FÍSICA	INSUMOS Y DISPOSITIVOS	ALMACÉN	5	FÍSICA	INSUMOS Y DISPOSITIVOS	ALMACÉN
7	6 ESPACIOS 1 FÍSICA	FERRETERÍA	MANTENIMIENTO	1	FÍSICA	FERRETERÍA	ALMACÉN	1	FÍSICA	FERRETERÍA	ALMACÉN
1	1 VIRTUAL	OSTEOSÍNTESIS	ALMACÉN	1	FÍSICA	OSTEOSÍNTESIS	ALMACÉN	0	FÍSICA	OSTEOSÍNTESIS	ALMACÉN
1	1 VIRTUAL	ALIMENTOS - NUTRICIONES Y DIETAS	ALMACÉN	1	FÍSICA	ALIMENTOS - NUTRICIONES Y DIETAS	ALMACÉN	0	FÍSICA	ALIMENTOS - NUTRICIONES Y DIETAS	ALMACÉN
22	22 FÍSICAS	MEDICAMENTOS	FARMACIA - ALMACÉN	19	FÍSICA	MEDICAMENTOS	FARMACIA - ALMACÉN	20	FÍSICA	MEDICAMENTOS	FARMACIA - ALMACÉN
1	1 VIRTUAL	REACTIVOS	ALMACÉN	6	FÍSICA	REACTIVOS	LABORATORIO	5	FÍSICA	REACTIVOS	LABORATORIO
NA	NO SE REGISTRABA	PRUEBAS	NA		FÍSICA	PRUEBAS	LABORATORIO		FÍSICA	PRUEBAS	LABORATORIO
NA	NO SE REGISTRABA	VACUNAS	NA	2	FÍSICA	VACUNAS	DIR. RIESGO	2	FÍSICA	VACUNAS	DIR. RIESGO
NA	NO SE REGISTRABA	REPUESTOS	NA	1	FÍSICA	REPUESTOS	MANTENIMIENTO	8	FÍSICA	REPUESTOS	MANTENIMIENTO
NA	NO SE REGISTRABA	AYUDAS TÉCNICAS	NA	1	FÍSICA	AYUDAS TÉCNICAS	ALMACÉN	0	FÍSICA	AYUDAS TÉCNICAS	ALMACÉN

Como se observa en el cuadro anterior, durante la vigencia 2023 y 2024 se implementaron los controles pertinentes para el seguimiento y control, realizando las gestiones adecuadas que dieron pie para eliminar las bodegas virtuales, especializar los ingresos por especificidad y servicio, generar un estricto control del inventario e ingresar todos aquellos productos y elementos que indistinta su característica y especificidad eran entregados a la Entidad.

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Esta discriminación e ingreso por grupo, permitió generar una trazabilidad total de los productos y elementos en el sistema de información dinámica gerencial, partiendo del ámbito contractual (Secop II), el ámbito supervisión, la operación de ingreso, custodia y despacho; permitiendo con ello, un reflejo estricto tanto en los módulos de inventarios (cantidad) como en los procesos contables (recursos) y finalmente la atención y prestación del servicio en el ecosistema misional.

6.4 ESTADÍSTICA SOLICITUDES REALIZADAS POR LOS SERVICIOS Y FARMACIA DURANTE LA VIGENCIA 2021 – 2024

Teniendo en cuenta las políticas institucionales y la implementación de las herramientas ofimáticas, a continuación se presenta el cuadro comparativo de las solicitudes realizadas al almacén por parte de los servicios y farmacias, aquí se evidencia que las capacitaciones y socializaciones realizadas han tenido un impacto significativo en la implementación del sistema de información dinámica gerencial lo cual redunda en una mejor trazabilidad, un mayor análisis y una proyección más exacta y eficiente en el uso de los insumos y dispositivos requeridos por la entidad.

Comparativo "Solicitudes de servicio para almacén"								
PERIODO	2021	%	2022	%	2023	%	2024	%
ENE	870	6,13%	1.331	5,54%	1.186	6,98%	1.360	7,34%
FEB	837	5,65%	1.381	6,87%	1.270	7,47%	1.391	7,51%
MAR	897	6,81%	1.339	7,74%	1.470	8,65%	1.246	6,73%
ABR	968	7,85%	1.146	7,81%	1.419	8,35%	1.450	7,83%
MAY	986	7,29%	1.407	9,35%	1.566	9,21%	1.491	8,05%
JUN	1.126	8,41%	1.285	8,39%	1.466	8,63%	1.338	7,22%
JUL	1.138	8,26%	1.328	7,37%	1.350	7,94%	1.824	9,85%
AGO	1.330	10,19%	1.689	9,89%	1.493	8,78%	1.685	9,10%
SEP	1.283	10,95%	1.661	10,45%	1.452	8,54%	1.775	9,58%
OCT	1.253	10,67%	1.528	9,24%	1.623	9,55%	1.763	9,52%
NOV	1.179	9,55%	1.351	8,78%	1.148	6,75%	1.477	7,97%
DIC	1.006	8,24%	1.184	8,57%	1.554	9,14%	1.726	9,32%
Total general	12.873		16.630		16.997		18.526	

Tabla No. 103: Comparativo solicitudes almacén vigencia 2021 – 2024

NOV	2039	2.531.431	4.969.925.695	7,36%	1705	2.984.832	3.890.855.396	7,52%	1513	3.012.006	5.222.782.092	8,86%	1.704	2.278.095	5.403.063.844	8,15%
DIC	1869	3.140.333	5.550.959.879	8,22%	1777	3.525.048	4.193.800.954	8,11%	1754	3.639.923	6.168.368.282	10,46%	1.654	2.496.417	5.170.278.380	7,80%
	25150	38.920.940	67546258520		22693	32.144.401	51725971955		24527	31.941.411	58953644054		21648	35789643	66301599826	

Tabla No. 104: Orden de despacho sistema de información dinámica gerencial



Como se evidencia en el cuadro y se aprecia en la gráfica, la tendencia de atención se ha disminuido progresivamente, para la vigencia 2024 se fortaleció la capacitación y retroalimentación en las bodegas generadoras de despacho, así mismo, se ha generado la trazabilidad de todos los despachos versus las solicitudes generadas, esto a su vez producto de las órdenes de compra elaboradas con base en la matriz de abastecimiento y la proyección de saldos contractuales, en conclusión se ha optimizado el despacho, se sistematizó el proceso y se atendió acorde con los consumos históricos los servicios, especialidades y unidades.

Uno de los hechos relevantes y preponderantes de la vigencia 2024, radica el despacho a través de código, descripción, grupo, concepto contable y centro de costo, esta labor se generó producto de las reuniones constantes llevadas a cabo con el subproceso contable y el área de costos, permitiendo identificar el despacho en sistema por concepto contable y centro de costo, facilitando el seguimiento a través del área de costos y la retroalimentación generada por la misma; este control sistematizado eliminó la reclasificación manual que se generaba a través del subproceso de almacén y suministros.

6.6 Depuración técnica préstamos interinstitucionales vigencia 2016 – 2024

Teniendo en cuenta las políticas de depuración técnica generada en el módulo de inventarios del sistema de información dinámica gerencial, se realizó la depuración técnica desde la vigencia 2023 a 2024, esta relación de la vigencia actual se encuentra en proceso de verificación con las demás subredes, es de anotar, que desde las entidades se tiene el control documental requerida por el ámbito procedimental.

De acuerdo a la información revisada en las diferentes mesas de trabajo es preciso indicar, que se tiene depurado técnicamente desde la vigencia 2016 a 2024, tanto en el ámbito documental como técnico; a la fecha se está cotejando la información presentada desde el módulo de inventarios con el reporte contable de la subred Sur Occidente versus las áreas contables de las tres Subredes (Sur, Norte y Centro Oriente), para así proceder con la conciliación y depuración técnica - contable

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

En este entendido, esta labor conforma un segundo proceso de vital importancia para la entidad, dado que el cruce técnico, de depuración total, detallada y conciliada con las Subredes no se había llevado a cabo en vigencias anteriores; así las cosas, para el I semestre de 2025 se proyectó la depuración contable.

6.7 Inventario vigencia 2024 (Resolución 0001 de 2019)

Teniendo en cuenta la Resolución 0001 de 2019 “Manual de procedimientos administrativos y contables para el manejo y control de los bienes en los entes públicos” y en el procedimiento 14-03-PR-0001 “Procedimiento inventario físico en bodega”, el subproceso de almacén y suministro implemento las siguientes acciones y medidas tendientes a realizar sus inventarios acordes con los parámetros y controles establecidos en el ámbito normativo:

6.7.1 Optimización de bodegas

Posterior a la revisión detallada y minuciosa del módulo de inventarios del sistema de información dinámica gerencial y acorde con la planeación estratégica aplicada, se optimizan los espacios reduciendo el número de bodegas, desasociando las bodegas virtuales, implementando Kardex e inventario valorizado por bodega física y clasificando los productos e insumos acorde con la capacidad, experiencia y experticia del talento humano adscrito al almacén.

RELACIÓN DE BODEGAS POR VIGENCIA 2021 – 2024								
BODEGA	VIGENCIA 2021		VIGENCIA 2022		VIGENCIA 2023		VIGENCIA 2024	
	FÍSICA	VIRTUAL	FÍSICA	VIRTUAL	FÍSICA	VIRTUAL	FÍSICA	VIRTUAL
SUBTOTAL	16	13	7	0	6	0	5	0
VAR %	55%	45%	100%	0%	100%	0%	100%	0%
TOTAL	29		7		6		5	
VAR %			-76%		-14%		-17%	

Tabla No. 105. Relación de bodegas físicas y virtuales habilitadas por vigencias 2021 versus 2024

CONSOLIDADO POR DIRECCIÓN VIGENCIA 2024						
DIRECCIÓN A CARGO	BODEGAS EN SISTEMA	VAR %	INACTIVA	VAR %	ACTIVA	VAR %
Dirección Administrativa	19	32%	13	52%	6	17%
Dirección de Complementarios	38	63%	12	48%	26	74%
Dirección de Gestión del Riesgo	2	3%	0	0%	2	6%
Oficina de Tecnología de la información TIC	1	2%	0	0%	1	3%
Total general	60	100%	25	100%	35	100%

CONSOLIDADO POR DIRECCIÓN Y SUBPROCESO VIGENCIA 2024				
DIRECCIÓN A CARGO	SUBPROCESO	NO BODEGAS	VAR %	VAR POR DIR %
Dirección Administrativa	Inactiva	13	22%	68%
	Subproceso de Almacén	6	10%	32%

Total Dirección Administrativa		19	32%	
Dirección de Complementarios	Inactiva	12	20%	32%
	Laboratorio Clínico	5	8%	13%
	Servicios Farmacéutico	21	35%	55%
Total Dirección de Complementarios		38	63%	
Dirección de Gestión del Riesgo	Programas y acciones PIC	1	2%	100%
	Vigilancia Sanitaria Ambiental	1	2%	100%
Total Dirección de Gestión del Riesgo		2		
Oficina de Tecnología de la información TIC	Sistema dinámica gerencial	1	2%	100%
Total Oficina de Tecnología de la información TIC		1	2%	
Total general		60	100%	

Teniendo en cuenta el plan de acción llevado a cabo y las actividades implementadas en los cuadros relacionados, se evidencia un reducción significativa y una optimización espacial y de recursos, optimizando para la vigencia 2024 un 30% adicional con relación a la vigencia 2023, así mismo, se redistribuyeron las bodegas acorde con la Dirección responsable y el subproceso que la operativiza; seguido de esta labor, se hace un seguimiento mensual de cada bodega, sus integrantes y movimiento para convalidar la efectividad de la misma y la rotación del inventario.

6.7.2 Implementación sistema de conteo diario

Teniendo en cuenta la normatividad vigente y acorde con los análisis estadísticos realizados se optó como medida de seguimiento y control, el conteo diario de los inventarios contentivos de las bodegas bajo la responsabilidad y custodia del Almacén, para ello se organizó, delimitó, demarcó y zonificó los productos de cada bodega, se establecieron las referencias por bodega del inventario valorizado, se dividió la misma en el número de colaboradores y de allí se obtuvo la cantidad de artículos a contar diariamente por parte de los colaboradores; esto permitió contar la totalidad del inventario en dos meses, identificar posibles diferencias en cantidad y referencia, salidas en ingresos inadecuados por errores involuntarios, control de fechas de vencimiento, baja o nula rotación, productos obsoletos, entre otros.

6.7.3 COMPARATIVO INVENTARIO VALORIZADO VIGENCIA 2021 – 2024

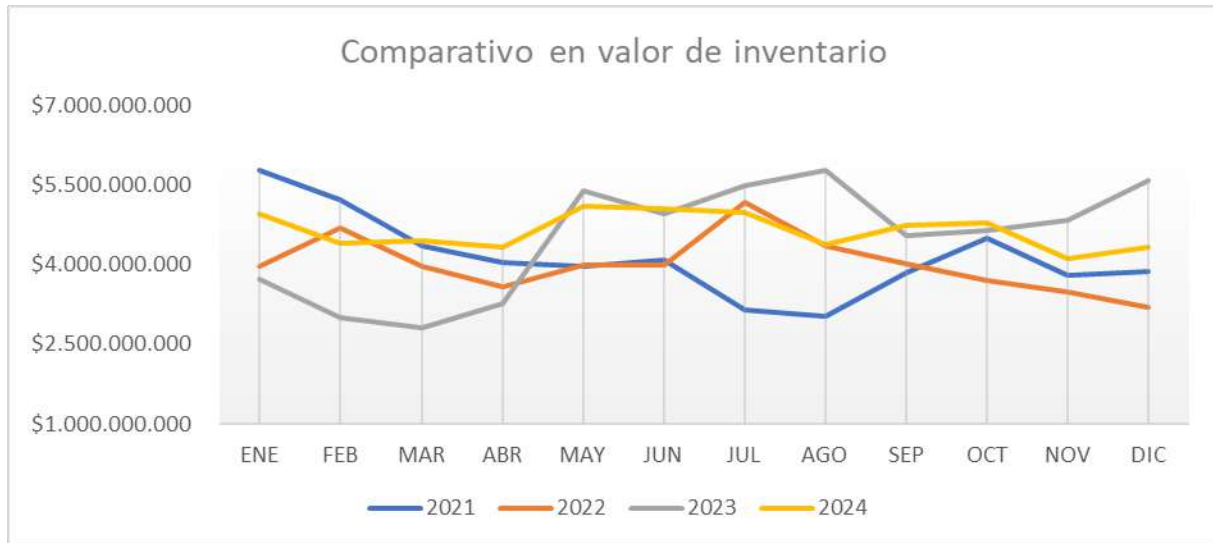
Acorde con la reorganización, optimización seguimiento y control establecidos para las bodegas bajo la custodia del Almacén General, a continuación se presenta un comparativo del inventario valorizado durante la vigencia 2023 y 2024, allí se observa que se ha optimizado el mismo en un 16%, es decir, con la aplicación de herramientas ofimáticas, administrativas y financieras se logra una reducción significativa de los elementos y un control puntual sobre cada unidad y servicio, así mismo, en el comparativo de la vigencia 2023 versus 2024 se genera un inventario dinámico con ajuste porcentual del 23%, esta reducción, se obtuvo por la depuración de las referencias manejadas, el control de la distribución por consumo histórico (matriz de abastecimiento), gestión de pedidos por bodega y por servicio, control de stock y rotación de inventario, control de fechas de vencimiento, control y seguimiento de facturación, causación y registro, conciliación y depuración contable (prestamos, activos fijos e inventarios).

COMPARATIVO INVENTARIO - SUBPROCESO DE ALMACÉN - VIGENCIA 2022 – 2024					
Inventario	Inventario 2021	Inventario 2022	Inventario 2023	Inventario 2024	VAR %
					2024 - 2023
Bienes de menor cuantía	\$ 3.921.492.525	\$ 3.294.653.557	\$ 3.758.183.962	\$ 3.835.136.975	2,00%
Bienes devolutivos de menor cuantía	\$ 2.944.524.672	\$ 4.218.469.025	\$ 1.285.589.936	\$ 27.977.200	-97,80%
Total	\$ 6.866.017.197	\$ 7.513.122.582	\$ 5.043.773.898	\$ 3.863.114.175	-23,40%
VARIACIÓN TOTAL		-9,42%	32,87%	23,41%	



COMPARATIVO EN VALOR DE INVENTARIO									
PERIODO	2021	%	2022	%	2023	%	2024	%	
ENE	\$ 5.786.200.623	11,65%	\$ 3.958.843.297	8,23%	\$ 3.725.874.913	6,90%	\$ 4.960.495.551	8,92%	
FEB	\$ 5.221.860.655	10,51%	\$ 4.683.539.173	9,74%	\$ 3.011.420.996	5,58%	\$ 4.402.442.264	7,91%	
MAR	\$ 4.350.710.605	8,76%	\$ 3.978.557.773	8,27%	\$ 2.804.114.966	5,19%	\$ 4.456.147.721	8,01%	
ABR	\$ 4.045.125.443	8,14%	\$ 3.574.394.337	7,43%	\$ 3.260.212.390	6,04%	\$ 4.329.958.379	7,78%	
MAY	\$ 3.975.852.711	8,00%	\$ 3.988.266.927	8,29%	\$ 5.379.261.696	9,96%	\$ 5.100.228.493	9,17%	
JUN	\$ 4.093.780.560	8,24%	\$ 3.996.824.416	8,31%	\$ 4.951.569.138	9,17%	\$ 5.055.380.437	9,09%	
JUL	\$ 3.149.898.467	6,34%	\$ 5.184.669.292	10,78%	\$ 5.484.086.213	10,16%	\$ 4.978.706.195	8,95%	
AGO	\$ 3.015.856.122	6,07%	\$ 4.347.516.746	9,04%	\$ 5.783.175.877	10,71%	\$ 4.385.684.968	7,88%	
SEP	\$ 3.853.284.424	7,76%	\$ 4.008.355.155	8,33%	\$ 4.552.023.404	8,43%	\$ 4.741.669.129	8,52%	
OCT	\$ 4.496.683.392	9,05%	\$ 3.702.466.513	7,70%	\$ 4.651.899.320	8,61%	\$ 4.796.079.909	8,62%	
NOV	\$ 3.809.148.795	7,67%	\$ 3.473.311.910	7,22%	\$ 4.825.282.168	8,94%	\$ 4.112.047.725	7,39%	
DIC	\$ 3.879.034.765	7,81%	\$ 3.201.693.822	6,66%	\$ 5.574.179.522	10,32%	\$ 4.318.787.109	7,76%	
	\$ 49.677.436.562		\$ 48.098.439.361		\$ 54.003.100.603		\$ 55.637.627.879		

Tabla No. 106: Inventario valorizado bodegas a cargo del Almacén General sistema de información dinámica gerencia

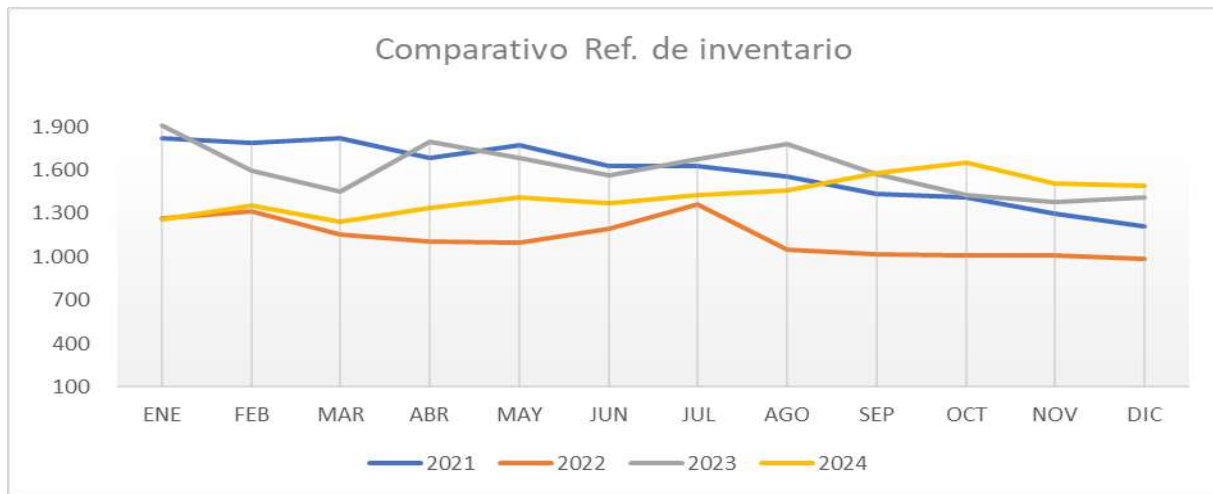


A la fecha y acorde con las acciones implementadas, durante la vigencia 2021, 2022, 2023 y 2024, en los inventarios llevados a cabo en el mes de noviembre, no se presentaron diferencias entre el reporte del sistema de información (inventario valorizado) y los conteos físicos llevados a cabo, esto permitió un uso eficiente de los recursos, realizar trazabilidad a servicios y bodegas, depuración y control de inventarios, rotación y seguimiento a productos, optimización en gestión de pedidos, ingresos y despachos; así como un conteo más eficiente y óptimo de los inventarios de las bodegas a cargo del Almacén General.

Con corte a 30 de noviembre de 2024 (toma física de inventario) y acorde con la proyección establecida se optimizó el inventario de bienes de consumo, consumo controlado y devolutivo en un 23%, lo cual evidencia un manejo dinámico del stock de inventarios por bodega y una rotación activa de todos los productos contentivos del mismo; esto con base en el manejo de las herramientas ofimáticas creadas para el seguimiento y control (matriz de abastecimiento – matriz de pedidos).

Tabla No. 107: comparativo referencias sistema de información dinámica gerencial

COMPARATIVO REFERENCIAS EN INVENTARIO						
PERIODO	2021		2022		2023	
	REF.	%	REF.	%	REF.	%
ENE	1.821	9,55%	1.266	9,33%	1.912	9,93%
FEB	1.786	9,36%	1.314	9,68%	1.600	8,31%
MAR	1.824	9,56%	1.158	8,53%	1.450	7,53%
ABR	1.688	8,85%	1.108	8,16%	1.799	9,34%
MAY	1.773	9,30%	1.099	8,10%	1.685	8,75%
JUN	1.632	8,56%	1.198	8,83%	1.563	8,12%
JUL	1.631	8,55%	1.360	10,02%	1.677	8,71%
AGO	1.556	8,16%	1.053	7,76%	1.781	9,25%
SEP	1.436	7,53%	1.018	7,50%	1.569	8,15%
OCT	1.410	7,39%	1.006	7,41%	1.424	7,40%
NOV	1.302	6,83%	1.006	7,41%	1.378	7,16%
DIC	1.213	6,36%	987	7,27%	1.413	7,34%
	19.072		13.573		19.251	
						17.082



En el cuadro presentado, se observa que durante la vigencia 2024, se implementaron las depuraciones y revisiones respectivas con referencia a la maestra de productos, insumo base para el seguimiento y control de la matriz de abastecimiento, pedidos, consumo, solicitudes y posteriores despachos; este control y estabilización de códigos y referencias, permite establecer con claridad los productos a pedir por proveedor, los consumos y la trazabilidad de los mismos y el control por referencia que se asocia a cada código.

Informes generados para seguimiento control y autocontrol

Teniendo en cuenta los planes de acción propuestos, la implementación de reportes generados del sistema de información dinámica gerencial y la organización estructural de cada bodega, generó la elaboración de herramientas ofimáticas que facilitan la trazabilidad, distribución y proyección de adquisición (compra o suministro), a continuación, se relacionan las principales matrices creadas:

Matriz de abastecimiento: Esta matriz se crea para manejar la distribución y entrega de elementos y productos con base en el historial de consumos (vigencia 2019 – 2024) que se genera por código, centro de costo, unidad, bodega, almacén; adicionalmente informa consumo promedio (mes, semana, día) máximos – mínimos y proyección de abastecimiento en días por unidad de producto.

Fuente de información: sistema de información dinámica gerencial

Matriz de órdenes de compra: Teniendo en cuenta la matriz de contratos de insumos y dispositivos médico quirúrgicos, la matriz de abastecimiento y la proyección de adiciones y

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

prórrogas, se construye la matriz de pedidos por proveedor, código y cantidad, con ello se optimiza el recurso, se genera un control a los contratos, se logística de distribución dinámica y se reduce el vencimiento y/o deterioro de productos.

PROYECCION DE PEDIDOS ENERO 2024 (2) - Excel																																
Archivo Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista Ayuda ¿Qué desea hacer?																																
Portapapeles Fuente Alineación Número Formato condicional Dar formato como tabla Estilos Celdas																																
P41																																
A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z AA AB AC AD AE																																
PROYECCION PEDIDOS MAYO SUBRED SUR OCCIDENTE															UNIDADES GEMERY					UNIDADES ABASTOS					GENERAL							
ITEM	PRODUCTO	DESCRIPCION PRODUCTO	CONTRATO	PROVEEDOR	TERMINADO	NÚM. CONTRATO	VALOR L	IVA	VALOR L IVA	CPM	STOCK	ABASTEC	EMMENT	%	SOLICITAR	SEGUN	FACTOR	EMPAS	CPM	STOCK	ABASTEC	EMMENT	%	SOLICITAR	SEGUN	FACTOR	EMPAS	TOTAL	TOTAL	ABASTEC	EMMENT	PERI
559	CMC05	APORTO ADHESIVO SUPER	047-2022	SMITH LINEPHEV	11/01/2024	\$ 20122	\$ -	\$ 20122	22	0	1	100%	24	51	1	0	100%	0%	1	0	100%	0%	1	0	100%	0%	22	0	1	100%	24	
56	CMC05	APORTO DE HIDROFOLIA CON	047-2022	SMITH LINEPHEV	11/01/2024	\$ 127436	\$ -	\$ 127436	16	0	1	100%	25	71	2	0	100%	0%	2	0	100%	0%	2	0	100%	0%	28	0	1	100%	32	
222	CMC04	APORTO NOTADO CON	047-2022	SMITH LINEPHEV	11/01/2024	\$ 3531	\$ -	\$ 3531	1	233	0071	2%	308	23	64	65	97%	308	23	64	65	97%	308	23	64	65	30	333	323	100%	308	
162	CMC04	APORTO HIPERCOCCION 2022	047-2022	SMITH LINEPHEV	11/01/2024	\$ 22501	\$ -	\$ 22501	29	28	11	100%	94	286	1	0	100%	0%	1	0	100%	0%	1	0	100%	0%	99	12	11	100%	101	

Informe mensual comparativo de inventarios: Este informe nos permito controlar y autocontrolar de forme mensual el stock de productos con los que cuenta cada bodega, así mismo generar un análisis vertical y horizontal de la variación por producto y bodega.

COMPARATIVOS INVENTARIOS POR VIGENCIA (ENE A NOV)				
ÍTEM	BODEGAS	2023	2024	VARIACIÓN
1	TOTAL, ALMACÉN	\$ 48.428.921.082	\$ 51.439.584.052	6%
2	TOTAL, FARMACIAS	\$ 24.649.842.152	\$ 32.976.496.953	34%
3	TOTAL, LABORATORIO	\$ 11.549.390.849	\$ 9.951.870.263	-14%
4	TOTAL, VACUNAS	\$ 2.598.740.425	\$ 17.611.652.055	578%
	TOTAL, GENERAL	\$ 87.226.894.507	\$ 111.979.603.323	28%

Informe mensual variación de consumo por periodo (mes) vigencia 2024: Este informe nos permite controlar por periodo el consumo individual de productos y las unidades que generar incremento o disminución de los elementos, con ellos se generan análisis de variabilidad y demanda de productos que se usan en la subred; esto disminuye en un 95% el vencimiento de productos y permite controlar el abastecimiento por unidad y bodega de la Entidad.

VARIACIÓN DE CONSUMO POR PERIODO (FEB A NOV) VIGENCIA 2024			
ÍTEM	MES	TOTAL, DESPACHOS	VAR %
1	FEBRERO	\$ 486.357.577	
2	MARZO	\$ 557.386.653	14,6%
3	ABRIL	\$ 574.579.528	3,1%
4	MAYO	\$ 491.155.198	-14,5%
5	JUNIO	\$ 413.306.350	-15,9%
6	JULIO	\$ 501.821.773	21,4%
7	AGOSTO	\$ 418.389.580	-16,6%
8	SEPTIEMBRE	\$ 441.050.900	5,4%
9	OCTUBRE	\$ 466.900.066	5,9%

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

10	NOVIEMBRE	\$	381.836.186	-18,2%
	TOTAL	\$	4.732.783.810	

Teniendo en cuentas las herramientas ofimáticas creadas y el análisis que se deriva de la misma, permitió tener bodegas, organizadas y con una estructura funcional acorde con la norma, así mismo, generó organización, compromiso, control, seguimiento, capacitación y la normalización de estas actividades en los procedimientos del subproceso.

Propuesta de toma física, control y autocontrol de espacios físicos área de Mantenimiento

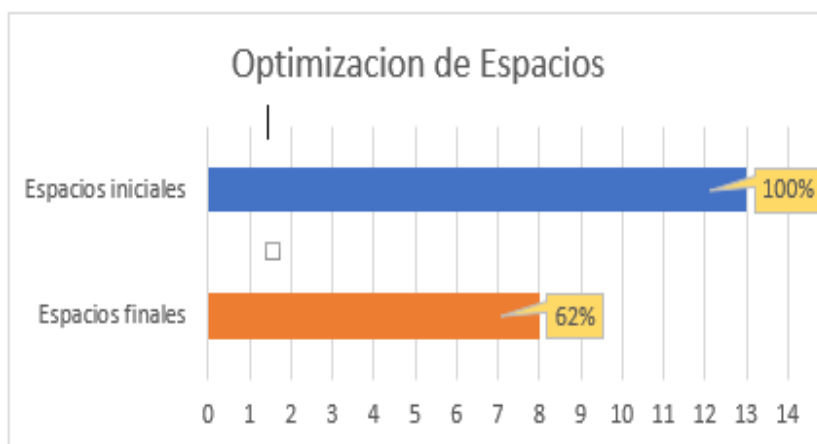
Teniendo en cuenta los planes de mejora y el plan de acción del subproceso de Almacén, se genera prueba piloto para realiza la toma física de los 13 espacios de almacenamiento del área de mantenimiento, para ello se realizaron las siguientes acciones:

1. Solicitud autorización prueba piloto toma física espacios de mantenimiento
2. Socialización a la Dirección Administrativa del cronograma de actividades y la logística proyectada.
3. Capacitaciones responsables de proceso y apoyos profesionales del área de mantenimiento por parte del subproceso de Almacén y suministros
4. Socialización de procedimiento e instructivos del subproceso de almacén y suministros
5. Creación y normalización de documentos
 - a. 14-01-FO-0017 Recepción técnica para subproceso de mantenimiento
 - b. 14-01-FO-0015 Formato control de entrega de bienes de menor cuantía devolutivos de menor cuantía y mayor cuantía del subproceso de mantenimiento V1.
 - c. 14-01-FO-0018 Formato de solicitud de elementos productos y equipos de mantenimiento.xlsx
 - d. 14-01-FO-0016 Kardex elementos y productos de ferretería bodega mantenimiento.xlsx
6. Capacitación en toma física de inventario 14-03-PR-0001 al subproceso de mantenimiento por parte del subproceso de almacén
7. Capacitación ámbito logístico y operativo toma física al área de mantenimiento por parte del subproceso de almacén
8. Acompañamiento y revisión por parte del responsable de facturación del subproceso de almacén a los espacios físicos proyectados para toma física

ÍTEM	NOMBRE DEL ESPACIO	RESPONSABLE
1	ESPACIO 1 BOSA PABLO V	RUBEN CAMACHO
2	ESPACIO 2 BOSA PABLO V	RUBEN CAMACHO
3	ESPACIO 1 TINTAL	FABIO RODRÍGUEZ
4	ESPACIO 2 TINTAL	FABIO RODRÍGUEZ
5	ESPACIO 3 TINTAL	FABIO RODRÍGUEZ
6	ESPACIO 4 TINTAL	FABIO RODRÍGUEZ
7	ESPACIO 1 ABASTOS	FABIO RODRÍGUEZ
8	ESPACIO 1 KENNEDY	FABIO APONTE
9	ESPACIO 2 KENNEDY	FABIO APONTE
10	ESPACIO 1 KENNEDY TORRE NUEVA	JORGE RAMOS
11	ESPACIO 2 KENNEDY TORRE NUEVA	JORGE RAMOS
12	ESPACIO 1 FONTIBÓN	EDUAR PAZ
13	ESPACIO 2 FONTIBÓN	EDUAR PAZ

9. Revisión, organización, delimitación, rotulación y distribución de espacio por zona y necesidad.

Total, espacios físicos, referencias y unidades contadas				
Ítem	Espacios	Cantidad Referencias	Cantidad Unidades	Responsable
1	ESPACIO 1 BOSA PABLO V	239	15.555	RUBEN CAMACHO
2	ESPACIO 2 BOSA PABLO V	41	303	RUBEN CAMACHO
3	ESPACIO 1 TINTAL	262	4.062	FABIO RODRÍGUEZ
4	ESPACIO 1 KENNEDY	459	16.235	FABIO APONTE
5	ESPACIO 2 KENNEDY	40	1.251	FABIO APONTE
6	ESPACIO 1 TORRE KENNEDY	146	2.665	JORGE RAMOS
7	ESPACIO 1 FONTIBON	294	10.046	EDUAR PAZ
8	ESPACIO 2 FONTIBON	64	500	EDUAR PAZ
	Total	1.545	50.617	



Con la revisión y acompañamiento del subproceso de almacén se optimizó el 38% del ámbito espacial de los puntos donde se tenía stock de productos

10. Se implementaron los formatos y procedimiento creados
11. Se generó el cronograma de grupos de conteo
12. Se implementa la metodología y operatividad propuesta por espacio
13. La toma física permitió el seguimiento, control y autocontrol de los productos y elementos del área de almacén por zona
14. Se genera la toma física de los productos en custodia del área de mantenimiento utilizando los procedimientos, formatos e instructivos de la toma física que se realiza con el procedimiento 14-03-PR-0001.

- 15. Terminada la toma física se evidencian espacios más eficaces, eficientes y efectivos, que permitirán el reaprovechamiento del recurso, el control de obsolescencia por vencimiento o deterioro, la austeridad del gasto y a la planeación de adquisición.
- 16. Como parte del resultado final de la toma física se contaron 8 espacios, con un total de 1.545 referencias y 50.617 unidades

15.7 SUBPROCESO MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPOS INDUSTRIALES

Desde el subproceso de mantenimiento de infraestructura y equipos industriales, se ejecuta el mantenimiento preventivo y correctivo general, así como, las adecuaciones requeridas en las diferentes áreas y servicios, de igual forma, se realiza el mantenimiento preventivo y correctivo a los equipos industriales a través de los cuales se brinda apoyo con el fin de garantizar la prestación de servicios asistenciales y administrativos conforme a la normatividad vigente, y con condiciones de ambiente físico seguro y humanizado para usuarios y colaboradores.

Por consiguiente, durante la vigencia 2024 se trabajó en la ejecución del plan de mantenimiento preventivo para cada una de sus unidades de acuerdo a los cronogramas establecidos para dar cumplimiento a la circular 029 de 1997 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud con seguimiento a su cumplimiento por parte de la Secretaría Distrital de Salud.

Durante la vigencia el subproceso midió su gestión principalmente a través del siguiente indicador:

INDICADOR CUMPLIMIENTO PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LA INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN HOSPITALARIA SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E

Durante la vigencia 2024 en lo referente a mantenimiento de infraestructura se atendieron 756 actividades de mantenimiento de 798 programadas y en cuanto a lo relacionado con equipos industriales se ejecutaron 1.285 actividades de mantenimiento de las 1.715 actividades, con las actividades desarrolladas se obtuvo un cumplimiento del 95% lo que evidencia un cumplimiento del 100% con respecto a la meta establecida para la vigencia la cual corresponde al 95%. Lo anterior debido a las acciones de mejoramiento implementadas relacionadas con la gestión contractual para la continuidad de los servicios tercerizados que inciden en el cumplimiento de este indicador mediante el suministro de partes, elementos, componentes, insumos, materiales de construcción y ferretería, así como servicios especializados de mantenimiento de equipo industriales, Al igual que el seguimiento mensual, lo que permitió la implementación de contingencias con el talento humano para adelantar los mantenimientos que por distintas circunstancias no fueron ejecutados en los tiempos programados.

Dentro de las actividades realizadas en el marco de la ejecución del Plan de mantenimiento preventivo de infraestructura se encuentran las relacionadas con pintura de muros y fachadas, reparación de pisos y cielo rasos, electricidad, plomería, mantenimiento de cubiertas, adecuaciones de nuevos espacios, restructuración de áreas ya existentes, entre otras.

A continuación, se describen algunas de las actividades adelantadas:

En el área de TAC del Hospital Occidente de Kennedy se realiza instalación de piso vinisol azul por parte del proveedor, se hace mantenimiento de puerta doble metálica, se ajustan bisagras y se aplica pintura tipo esmalte, se realiza resane de paredes.

Antes



Después



Se realiza adecuación para mejorar el área de bienestar de los estudiantes en el Hospital Occidente de Kennedy, con el fin de brindar condiciones de ambiente físico seguras y humanizadas. Dentro de las actividades desarrolladas se encuentran las siguientes: Retiro de cubierta existente, Instalación de estructura metálica para cubierta nueva, Instalación de cubierta en policarbonato, Instalación de piso PVC, Adecuación general de baños, Resane y pintura general, Instalación de iluminación y red eléctrica.



Intervención del servicio de Salud Mental en el Hospital Occidente de Kennedy, lo que permitió habilitar 21 camas. Dentro de las actividades desarrolladas se encuentran las siguientes: Renovación de la Red eléctrica, Renovación del cielo raso, Cambio de pisos en habitaciones y construcción de mediacañas que cumplen procesos de limpieza y desinfección, Reemplazo de ventanas en fachada e instalación de ventanas interiores, Instalación de iluminación controlada desde la estación de enfermería, Instalación de CCTV para garantizar la monitorización de pacientes, Construcción de áreas de Cuarto limpio y sucio, baño funcionarios, cuarto equipos, área de comedor y terapia grupal, Instalación de suministro y extracción de aire mecánico, así como actualización de red de gases medicinales y red contraincendios



Se realiza la construcción de pérgola en estructura metálica y cubierta en policarbonato con el fin de mejorar y ampliar el área de consumo de alimentos, en un espacio al aire libre que ofrece condiciones humanizadas para los colaboradores en la Sede Administrativa Asdingco



En el centro de salud Abastos se realizó el acondicionamiento de espacio para área de bienestar de los colaboradores realizando el cerramiento en estructura de acero inoxidable y vidrio de seguridad.



Se realizó mantenimiento para mejorar el área de descarga emocional y oficinas en la sede Cundinamarca. Dentro de las actividades desarrolladas se encuentran las siguientes: Pintura y resane general, Cambio de iluminación, Cambio de cielo raso, Adecuación de oficina de selección de personal, Cambio de pisos, Adecuación de redes eléctricas y de datos.

INFORME DE GESTIÓN

Versión:	2
Fecha de aprobación:	12/08/2024
Código:	01-01-FO-0006



Así mismo, se realizaron en diferentes unidades de prestación de servicios de salud y sedes administrativas actividades de pintura general





Como actividades complementarias y en aras del mejoramiento de la imagen institucional durante la vigencia 2024 se continuó con la unificación de la imagen institucional y el mantenimiento general de fachadas de algunas unidades.

CENTRO DE SALUD ALCALA MUZU

CENTRO DE SALUD ALQUERIA

ANTES



DESPUES



CENTRO DE SALUD PATIOS



SEDE CUNDINAMARCA

ANTES



SEDE PUENTE ARANDA



HOSPITAL FLORALIA

DESPUES



ANTES



DESPUES



ASDINCGO



CENTRO DE SALUD BRITALIA

ANTES



DESPUES



Así mismo, durante el 2024 se realizaron las actividades de mantenimiento tanto preventivo como correctivo de los equipos industriales de apoyo a la prestación de los servicios tales como: sistemas de ventilación, ascensores y montacargas, calderas y calentadores de agua, mensajería neumática, bombas motobombas, plantas eléctricas, UPS, lo anterior con el fin de garantizar su funcionamiento. Dentro del alcance de las actividades se contempla algunas mejoras necesarias en los equipos para la correcta prestación de servicio a gran escala.



15.8 PRINCIPALES LOGROS

- Se avanzó en el levantamiento de inventarios de los Fondos Documentales Acumulados logrando durante la vigencia 2024 el levantamiento de 138.249 registros equivalentes a 1.102 metros lineales.
- Se avanzó en el ajuste de la Tabla de Valoración Documental de los antiguos Hospitales de Pablo VI Bosa E.S.E y Fontibón E.S.E, conforme a lo dispuesto en el contrato 4761 de 2022, las cuales, se estarán presentando ante el Consejo Distrital de Archivos para el proceso de convalidación ante el Consejo Distrital de Archivos.
- Se realizó la radicación de las Tablas de Valoración Documental de los antiguos Hospitales de Bosa II Nivel E.S.E. y del Sur E.S.E., ante el Consejo Distrital de Archivos para el proceso de convalidación por parte de este ente.
- Se dio continuidad con la implementación de las diferentes estrategias planteadas en el plan de conservación documental y plan de preservación a largo plazo del Sistema Integrado de Conservación SIC, en cumplimiento al Acuerdo 006 de 2014 del Archivo General de la Nación, conforme con los tiempos establecidos en su cronograma.
- Avance en la elaboración del catálogo de metadatos conforme con la información de la base de datos del SGDEA Ágil Salud cuyo periodo de producción se inició en el último trimestre del 2023, estos metadatos no son los únicos que se tendrán en cuenta, sino también los metadatos de contexto de los que hace uso la entidad en el ejercicio diario de sus funciones.
- Implementación del Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivos denominado Ágil Salud Documental, para lo cual actualmente la entidad se encuentra utilizando los módulos de Administrador, correspondencia, tutelas y PQRS, los cuales, han adoptado cada una de las dependencias y subprocesos de la entidad.
- Conforme a lo establecido en el procedimiento y plan de transferencias primarias del Programa de Gestión Documental, se realizó en el presente periodo la ejecución de 24 transferencias documentales al Archivo Central, las cuales equivalen a 176 metros lineales con un total de 704 cajas referencia X-200.
- Reconocimiento por parte de la secretaria Distrital de Ambiente a la subred, por su alto desempeño en la implementación del PIGA vigencia 2023 – 2024.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	



- Reconocimiento por parte de la Fundación María José por el aporte de más de 500 kilogramos de tapitas plásticas recolectadas para la vigencia 2024.



- Instalación de estaciones de carga eléctrica en 4 sedes. Para vehículos eléctricos en el nuevo hospital de Bosa, y para bicicletas y patinetas, en el Hospital Pediátrico Tintal, Hospital de Fontibón y Centro de Salud Zona Franca.



- Toma física aleatoria de inventarios, superando la meta propuesta de cubrir el 30% del valor de compra de los bienes más representativos, alcanzando un 56% de los valores más representativos de los bienes en cada sede, lo que permitió una verificación más precisa del estado y ubicación de los activos.
- Se estableció el levantamiento de actas de recorridos para dejar evidencia de las visitas realizadas periódicamente por los funcionarios y/o colaboradores de Activos Fijos asignados a las diferentes sedes, así como, socialización de los diferentes procedimientos y formatos del subproceso.
- Aplicación del formato 14-04-FO-0015 *Formato de medición adherencia formatos subproceso de Activos Fijos*, a los diferentes funcionarios y/o colaboradores de Activos Fijos con el fin de verificar el correcto diligenciamiento de los formatos y la adherencia a los procedimientos establecidos, esto nos ha evidenciado una mayor adherencia de funcionarios y colaboradores a los procedimientos establecidos para el manejo y control de bienes.
- Se cuenta con un programa de pólizas vigente que garantiza la asegurabilidad del 100% de los bienes con los cuales cuenta la Subred.
- Participación desde el estándar de dotación y el equipo de autoevaluación de gestión de la tecnología, eje de gestión de la tecnología y programa de tecnovigilancia, para el otorgamiento del distintivo de habilitación y acreditación de los centros de Salud Tintal y Villa Javier, destacando como fortaleza la integración de tecnologías, dotación hospitalaria e incorporación de nuevas tecnologías.
- Intervención de 36 camas hospitalaria que quedaron disponibles producto de la reorganización de servicios, las cuales fueron ajustadas en cuanto a sus condiciones de seguridad para ser usadas en el servicio de salud mental de la unidad de servicios Floralia, mejorando la seguridad y confort de los pacientes que se encuentran internados en esta sede recibiendo tratamiento.
- Implementación de la “semana del uso adecuado de la tecnología”, como estrategia reconocida a nivel institucional de sensibilización y retroalimentación frente al uso adecuado de la tecnología.
- Gestión para la entrega de ropería nueva como parte del equipamiento de los diferentes servicios de la subred, la cual permite garantizar la suficiencia para mejorar la calidad en la atención a los usuarios.

INFORME DE GESTIÓN

Versión:	2
Fecha de aprobación:	12/08/2024
Código:	01-01-FO-0006



- Articulación permanente con los subprocesos de: Seguridad del paciente, infecciones, seguridad y salud en el trabajo, bienestar, gestión ambiental, humanización entre, otros, lo cual ha permitido comunicación y adherencia a los procesos y procedimientos de la Subred.
- Fortalecimiento teórico y práctico a través de acompañamiento y seguimiento personalizado a los operarios de las diferentes empresas tercerizadas y realización de procesos de formación continua (capacitaciones mensuales en coordinación con los ejes de acreditación)
- Articulación, actualización y socialización de manuales y protocolos orientados al fortalecimiento de las buenas prácticas y procesos que garanticen la buena prestación de los servicios.
- Habilitación del almacén en el Hospital Bosa, desde donde se viene realizando la centralización de los despachos a las demás unidades que conforman la Subred Sur Occidente.
- Implementación de conteos diarios de medicamentos, insumos y dispositivos médico quirúrgico, que permiten un control de fechas de vencimiento y rotación de inventario.
- Depuración y conciliación técnica, mesas de trabajo con actas de seguimiento de préstamos interinstitucionales con las Subredes de la vigencia 2016 a la fecha, generando políticas de control, seguimiento y gestión de movimientos de préstamos.
- Seguimiento y gestión diaria a través de herramientas ofimáticas que permiten el control de movimientos generados en el módulo de inventarios y activos fijos del sistema de información dinámica gerencial así: Matriz detallada y general de los ingresos de bienes de menor y mayor cuantía, Matriz detallada y comparativa de los ingresos de bienes de menor y mayor cuantía generados en el módulo de inventarios versus el módulo de activos, Matriz de Abastecimiento (histórico de consumos), matriz de pedidos, matriz de control y proyección de adiciones y prórrogas por contrato, Matriz de órdenes de compra, Informe de Control de despachos, entre otros
- Clasificación y distribución de productos por código, grupo, concepto contable y centro de costo permitiendo identificar el despacho en sistema por concepto contable

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

y centro de costo, este control sistematizado eliminó la reclasificación manual que se generaba

- Avance en el mantenimiento preventivo general de las diferentes unidades de las Subred cumpliendo con el indicador propuesto, lo que ha permitido brindar servicios en condiciones de ambiente físico seguros y humanizados
- Cumplimiento de los estándares de gerencia del ambiente físico y tecnología del sistema único de acreditación, aportando al proceso de seguimiento de la certificación de las 15 unidades acreditadas y la postulación para otorgamiento de la certificación en los centros de salud Villa Javier y Tintal.
- Adecuación de espacios de bienestar para los funcionarios y/o contratistas en el Hospital Occidente Kennedy y la Sede Administrativa Asdingco, lo que permite brindar ambientes físicos humanizados.
- Instalación y puesta en funcionamiento los equipos de ventilación en las salas de cirugía y UCIS del Hospital Occidente de Kennedy, lo que permite garantizar un ambiente seguro y controlado para los usuarios y funcionarios y/o contratistas.
- Certificación de los ascensores en las unidades de servicios de Fontibón y Torre de Urgencias del Hospital Occidente de Kennedy, cumpliendo con los estándares de seguridad y normativas vigentes.
- Redistribución de las cargas de la subestación eléctrica en el Hospital Occidente de Kennedy, permitiendo la instalación del Angiografo sin afectar la estabilidad del sistema eléctrico y asegurando el funcionamiento óptimo de los equipos biomédicos y de apoyo.
- Reemplazo de las acometidas eléctricas de Unidad Renal en el Hospital Occidente de Kennedy, lo que permite mejorar la calidad y seguridad de la alimentación eléctrica a los equipos biomédicos y de apoyo.

15.9 PRINCIPALES DIFICULTADES

- El proceso de ajustes de las Tablas de Valoración Documental de los Fondos Documentales Acumulados solicitados por el Consejo Distrital de Archivos, ha generado retrasos en la ejecución del cronograma aprobado por la entidad, por tal motivo, se requiero adelantar una prórroga al contrato 4761 de 2022.
- Falta de espacio físico en el archivo central para la centralización de los documentos pertenecientes a los Fondos Documentales Acumulados y transferencias documentales primarias que reposan en las dependencias y unidades de la entidad.
- El Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo – SGDEA denominado Ágil Salud, está pendiente por implementar algunos módulos para fortalecer la gestión documental de la entidad, es por ello, que se requiere apoyo permanente por parte del proveedor para la parametrización e implementación de estos.
- Dificultad en la consecución de talento humano por parte de las empresas tercerizadas para los servicios de aseo y vigilancia debido a la experiencia requerida en instituciones de salud, lo cual ha generado falencias en la operación por inasistencias.
- Retrasos en algunos procesos precontractuales debido a las limitaciones en el mercado como lo son la disponibilidad o tiempo de entrega requerido, representación oficial por parte de diferentes fabricantes de equipos biomédicos o con representaciones exclusivas.
- Debido a que la mayoría de las unidades de servicios de salud tienen más de 35 años de construidas se presentan daños imprevistos en la infraestructura, lo que

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

dificulta el mantenimiento preventivo de las mismas y en algunos casos incrementa los correctivos.

- Los requisitos solicitados por ser entidad pública no facilitan que los proveedores demuestran interés de contratar con la Subred, lo que afecta a los subprocesos de ambiente físico para tener a tiempo los contratos requeridos.

15.10 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL PROCESO

- Con la implementación de estrategias desde el subproceso de gestión documental se ha promovido la cultura archivística y la elaboración de los instrumentos, esto en relación con la Tabla de Valoración Documental para la reconstrucción de la memoria institucional de la entidad.
- A través del desarrollo del Sistema Integrado de Conservación, el cual contiene el plan de conservación documental y plan de preservación digital a largo plazo ha permitido efectuar acciones correctivas y preventivas para la preservación de la memoria institucional de la entidad.
- Las acciones que se han venido desarrollando en el subproceso de gestión documental ayuda y facilita el acceso a la información en todos los procesos de la entidad.
- Se requiere continuar el proceso de sensibilización en materia de gestión documental a todos los colaboradores de la subred para una adecuada administración, organización, conservación y preservación del patrimonio documental.
- La implementación del Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivos, permite garantizar la administración, organización y preservación de los documentos electrónicos generados por cada una de las dependencias.
- Se debe mejorar la apropiación de la cultura archivística especialmente en los procesos o servicios asistenciales, con el fin de garantizar una adecuada administración de los documentos de la entidad.
- Se requiere establecer estrategias mediante las cuales se garantice la apropiación de la importancia de las transferencias documentales primarias por parte de las dependencias y así dar cumplimiento al cronograma establecido, y por ende transferir la documentación que ha cumplido su tiempo de retención al Archivo Central para la vigencia 2025.
- Se requiere la formulación de proyectos de inversión para la implementación de acciones de mejoramiento ambiental y cambio climático.
- Con el fin de mejorar el registro y actualización de los inventarios se requiere la implementación de un sistema automatizado.
- A pesar de las estrategias de sensibilización implementadas desde el subproceso de activos fijos, se evidencia en algunos funcionarios y colaboradores falta de adherencia a los procedimientos establecidos, especialmente en lo que respecta al traslado y la responsabilidad de los bienes asignados.
- Avanzar en el fortalecimiento del procedimiento de incorporación de nuevas tecnologías mediante la aplicación de la lista de chequeo y verificación técnica previa a la recepción de nuevas tecnologías, de manera integral con los subprocesos de almacén y activos fijos.
- A través de la continuidad de los servicios de aseo, vigilancia y lavandería se ha garantizado la prestación de servicios de salud seguros y humanizados.
- El proceso de depuración y conciliación técnica de préstamos interinstitucionales con las Subredes ha mejorado las políticas de control, el seguimiento y gestión de movimientos de préstamos

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

- Se evidencia la necesidad de mesas de trabajo con los servicios y especialidades que verifiquen y validen de forma transversal los requerimientos técnicos por cirugía procedimiento y atención que se lleve a cabo en el ámbito misional para el bienestar y calidad de vida de los pacientes.
- Unificación de criterios y adherencia de procesos operativos, contables y administrativos en los módulos de inventarios y activos, remitiendo informes consolidados y estructurales a la Dirección Financiera y los subprocesos que la componen.
- Implementación del modelo de red de logística de abastecimiento y distribución
- Con la implementación del plan de mantenimiento preventivo de la infraestructura y dotación hospitalaria, así como la implementación de acciones correctivas la Subred garantiza la prestación de servicios humanizados y seguros para usuarios y colaboradores.

Gestión de Contratación.

De acuerdo con el numeral 6 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993 las Empresas Sociales del Estado como en el caso de la Subred Sur Occidente ESE, se rigen por el derecho privado. Es así como, actualmente cuenta con su propio Estatuto (Acuerdo 064 de 2024) y Manual de Contratación (Resolución 749 de 2024), desde donde se establecen las reglas en materia de contratación para la entidad, en todas sus etapas, cuya planeación se realiza a través del Plan Anual de Adquisiciones (PAA). Por tanto, la Dirección de Contratación, en la vigencia 2024, garantizó que cada proceso contractual realizado se encontrara debidamente registrado en el plan.

Conforme a lo anterior, es preciso indicar que el artículo 13º de la Ley 1150 de 2007, establece que las entidades que por disposición legal cuenten con un régimen contractual distinto al Estatuto General de Contratación de la Administración Pública, aplicará, en desarrollo de su actividad contractual y acorde con su régimen legal especial, los principios de la función administrativa y de la gestión fiscal de que tratan los artículos 209 y 267 de la Constitución Política respectivamente según sea el caso y estarán sometidas al régimen de inhabilidades e incompatibilidades previstos legalmente para la contratación estatal, como lo es el caso de la Subred.

Es así como la Dirección de Contratación pertenece a uno de los procesos de apoyo de la Subgerencia Corporativa de la Subred, teniendo a cargo adelantar los procesos de contratación en las etapas precontractual, contractual y pos contractual, todos los cuales se llevan a cabo de manera electrónica mediante la plataforma SECOP, de tal manera que, gozan del 100% de publicidad en cumplimiento a los principios de publicidad, transparencia y selección objetiva. Es una de las bondades que otorga la contratación electrónica, por cuanto la Dirección no debe desplegar un actuar adicional para la publicidad de los procesos que se adelantan.

En la vigencia 2024 la gestión de la Dirección estuvo enmarcada en la medición de siete (7) indicadores definidos dentro del Plan de Acción Anual de la siguiente manera:

INFORME DE GESTIÓN

Versión:	2
Fecha de aprobación:	12/08/2024
Código:	01-01-FO-0006

INDICADOR	INDICADOR	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	META	CUMPLIMIENTO META				CUMPLIMIENTO INDICADOR
				I Trimestre	2 trimestre I SEMESTRE	3 trimestre	4 trimestre II SEMESTRE	
PAA-18-01. Capacitación Supervisión Contractual Subred Sur Occidente E.S.E.	(Número de capacitaciones realizadas en el trimestre / No. Capacitaciones programadas en el trimestre) *100	Trimestral	80%	100%	100%	100%	100%	100%
PAA-18-02. Apropiación del Conocimiento Capacitación Supervisión Contractual Subred Sur Occidente E.S.E.	(Número de colaboradores con resultado superior al 80% en post test de Almera / Total de colaboradores evaluados con post test en Almera) *100	Trimestral	80%	97%	83%	100%	82%	100%
PAA-18-03. Publicación procesos contractuales Subred Sur Occidente ESE	(Número de procesos contractuales publicados / Número total de solicitudes recibidas para publicación de los procesos contractuales) *100	Semestral	100%	-	100%	-	100%	100%
PAA-18-04. Adquisición de medicamentos y material médico quirúrgico mediante la EGAT y/o mecanismos electrónicos Subred Sur Occidente ESE	(Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante la EGAT y/o mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada) *100	Semestral	70%	-	99%	-	99%	100%
PAA-18-05. Cumplimiento de acciones para cierre de Oportunidades de Mejora asignadas al proceso	(Número de acciones de mejora cerradas en el periodo evaluado / Número de acciones de mejora	Trimestral	90%	100%	100%	100%	100%	100%

	programadas para cierre en el periodo evaluado) *100							
PAA-18-06. Seguimiento de autocontrol a la matriz de riesgo del proceso	(Número de seguimientos de autocontrol realizados / Número de seguimientos programados) *100	Trimestral	100%	100%	100%	100%	100%	100%
PAAI 18 15. Liquidación de contratos de Bienes y Servicios Subred Sur Occidente ESE	(Número de contratos liquidados vigencias anteriores / Número Total de contratos identificados de vigencias anteriores) *100	Semestral	100%	-	100%	-	100%	100%

16 GESTIÓN DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN 2024

16.1 SUBPROCESO PRECONTRACTUAL

En el proceso precontractual se adelanta la gestión administrativa de selección del contratista de acuerdo con lo normado por el Estatuto y Manual de contratación vigentes para el inicio del proceso. Inicia con el recibo de la necesidad y la realización y estructuración de un estudio de mercado, el cual permite establecer el presupuesto oficial del proceso, punto de partida para establecer la modalidad de contratación e inicio del proceso de selección. Posteriormente, se elaboran los estudios previos para su publicación, y de ahí se reciben ofertas, se continúa con el proceso de evaluación y adjudicación de acuerdo con la recomendación realizada por el Comité Asesor de Contratación de la Entidad, siempre respetando el debido proceso de los interesados y el principio de transparencia como de publicidad a partir de la utilización integral de la plataforma SECOP.

De conformidad con lo anterior, y en desarrollo de la actividad contractual a través de la plataforma transaccional SECOP, que permite el cumplimiento de los principios de publicidad y transparencia de la contratación en todas sus fases (precontractual, contractual y post contractual), la Dirección de Contratación pública el 100% de las solicitudes de bienes y servicios recibidas.

En la vigencia 2024, se recibieron trescientas setenta (370) solicitudes de bienes y servicios que fueron publicadas debidamente en la plataforma SECOP, de la siguiente manera:

MATRIZ DE PROCESOS PRECONTRACTUALES VIGENCIA 2024
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
CONSOLIDADO DE 01 DE ENERO DE 2024 A 31 DE DICIEMBRE DE 2024

INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
# Solicitud de bienes y servicios recibidas	71	38	21	23	39	34	28	34	24	22	25	11	370

# Solicitud de bienes y servicios publicados	71	38	21	23	39	34	28	34	24	22	25	11	370

La Dirección de Contratación continua con las actividades necesarias para garantizar con oportunidad la satisfacción de las necesidades de la Subred, comprometidos con el cumplimiento de los principios de la contratación.

Los procesos de la entidad podrán ser consultados en el siguiente link

<https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/ContractNoticeManagement/Index?currentLanguage=es-CO&Page=login&Country=CO&SkinName=CCE>

16.2 SUBPROCESO CONTRACTUAL

En esta etapa, se define y establece el acuerdo de voluntades con claridad y precisión conforme al proceso precontractual y los estudios previos, para que las partes tengan certeza del objeto del contrato, de sus términos y de sus efectos.

Se trata de la etapa más importante, pues es el marco dentro del cual las partes ejecutarán lo convenido, de acuerdo con el principio de legalidad y las reglas contempladas en el Estatuto y Manual de Contratación de la Entidad

La siguiente fue la gestión contractual adelantada en la vigencia 2024:

CONTRATOS PRINCIPALES DE BIENES Y SERVICIOS SUSCRITOS	MODIFICACIONES CONTRACTUALES DE BIENES Y SERVICIOS	CONTRATOS OPS SUSCRITOS	MODIFICACIONES CONTRACTUALES OPS (ADICIONES Y/O PRÓRROGAS)
256	2.318	9.684	6.3751

Fuente: Matriz de Bienes y Servicios Dirección de Contratación

Para dar cumplimiento a la gestión contractual de los Contratos de Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión – OPS, fue necesario realizar cincuenta y dos (52) contingencias en la vigencia 2024. Se contó con el talento humano de la Dirección de Contratación para realizar estas actividades.

Además, en la vigencia se realizó el 100% de la aprobación de pólizas dentro de los términos establecidos de acuerdo con la expedición y cargue en la plataforma SECOP de las mismas. Se debe aclarar que se refiere a pólizas bajo el entendido de ser un contrato de seguro ligado al contrato principal, por tanto, no se incluyen las modificaciones que surjan de las pólizas en razón a adiciones y/o prórrogas.

ADQUISICIONES DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

En la vigencia 2024, el 100% de los procesos contractuales de medicamentos y material médico quirúrgico de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., se adelantaron por la plataforma electrónica SECOP.

El resultado del Indicador para la vigencia 2024 es del 100%, teniendo en cuenta que se debía adquirir como mínimo el 70% a través de negociaciones conjuntas y medios electrónicos así:

Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante la EGAT y/o mecanismos electrónicos	* 100
Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada	

$$\frac{63.476.156.104}{63.732.930.102} * 100 = 99,6\%$$

SUPERVISIÓN CONTRACTUAL

Durante la vigencia 2024, y teniendo en cuenta que se actualizaron el Estatuto y Manual de Contratación, se realizaron capacitaciones en apoyo con la Oficina Jurídica y la participación de la Dirección de Talento Humano, en las que participaron los funcionarios y colaboradores apoyos a la supervisión de la Subred, obteniendo una mejora frente al manejo del conocimiento de la supervisión contractual. Con ello se consigue mitigar el riesgo de daño antijurídico como consecuencia del posible inadecuado ejercicio de la supervisión.

Además, no sólo se realizó acompañamiento a los colaboradores designados como supervisores de contratos de bienes y servicios, sino que se orientó permanentemente a los supervisores de contratos de prestación de servicios.

En las sesiones se contó con la asistencia de supervisores designados, apoyos a la supervisión y colaboradores de la entidad en general. Se realizaron encuentros virtuales y presenciales tratando temas como:

1. Proceso Gestión de Contratación.
2. Alcance del Proceso.
3. Normatividad contractual (Estatuto, Manual de Contratación, Manual de Supervisión).
4. Modalidades de selección.
5. Conceptualización del Supervisor.
6. Alcance de la Supervisión.
7. Facultades, funciones, prohibiciones y responsabilidades del supervisor.
8. Subproceso OPS.
9. Responsabilidades de los supervisores
10. Terminología que se debe usar con los colaboradores vinculados mediante OPS.
11. Riesgos y cotizaciones de riesgos laborales.
12. Normatividad para el pago de riesgos laborales.

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

13. Obligaciones generales en cotización y pago de riesgos laborales, reporte y atención de los accidentes de trabajo
14. Herramientas que ha dispuesto la Dirección de Contratación para la ayuda a los supervisores en el desarrollo del ejercicio de la supervisión, a las que pueden acceder desde la Intranet de la Entidad.

Se continuó seguimiento, en el aplicativo Almera, de los resultados de la EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO DEL MANUAL DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA CONTRACTUAL, cuyo propósito es que los supervisores y/o cualquier colaborador de la Entidad se capaciten por este medio.

Esta iniciativa permite realizar la actividad en cualquier momento y se obtienen resultados tabulados mediante el aplicativo.

El resultado del Indicador para la vigencia 2024 es del 100%. La frecuencia de medición es trimestral, sin embargo, en total se realizaron ocho (8) encuentros de capacitación sobre Supervisión e Interventoría Contractual

$$\begin{array}{r}
 \text{Número de capacitaciones realizadas} \\
 \hline
 \text{No. Capacitaciones programadas}
 \end{array}
 \quad *100$$

$$\begin{array}{r}
 8 \\
 \hline
 8
 \end{array}
 * 100 = 100\%$$

APROPIACIÓN DE CONOCIMIENTO A LAS CAPACITACIONES EN SUPERVISIÓN.

Durante la vigencia se realizaron evaluaciones de apropiación del conocimiento a los supervisores delegados, mediante el aplicativo Almera y presencialmente, obteniendo una mejora con el avance de las capacitaciones frente al manejo del conocimiento del ejercicio de la supervisión. Se evidenció mayor disposición en aprender y participar en las capacitaciones y evaluaciones realizadas. El resultado del Indicador para la vigencia es del 100%, teniendo en cuenta que se debía lograr el 80% de apropiación en el conocimiento por parte de los colaboradores capacitados. Las evidencias se encuentran debidamente publicadas en el aplicativo Almera.

16.3 SUBPROCESO POS CONTRACTUAL

La etapa pos contractual inicia con el vencimiento del plazo de ejecución y finaliza con la liquidación del contrato conforme a los procedimientos establecidos en el Estatuto y Manual de Contratación. Una vez depurada la información de las matrices contractuales de vigencias anteriores se cumplió en su totalidad con el indicador propuesto, a través de Actos Administrativos y Actas de Liquidación.

Durante la vigencia 2024, se proyectaron Resoluciones, Actas Bilaterales y Unilaterales de liquidación de contratos, obteniendo la depuración de los contratos identificados de vigencias anteriores, generando un eficiente uso de los recursos presupuestales, dando

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

cumplimiento al 100% del indicador. Las evidencias se encuentran debidamente publicadas en el aplicativo Almera.

$$\frac{\text{Número de contratos liquidados}}{\text{Número de contratos identificados de vigencias anteriores}} * 100$$

$$\frac{52}{52} * 100 = 100\%$$

CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO

La Dirección de Contratación durante la vigencia cumplió las acciones establecidas y programadas en los planes de mejoramiento propuestos por los diferentes entes de control externos e internos.

Las evidencias del cumplimiento de las oportunidades de mejora se han publicado en el Aplicativo Almera conforme a lo establecidos en los Planes de Mejoramiento.

CUMPLIMIENTO EN LA MITIGACIÓN DEL RIESGO

A través de las capacitaciones realizadas a los supervisores la Dirección de Contratación, se contribuye a la política de prevención de daño antijurídico, así mismo con las acciones adelantadas frente a la publicidad y selección objetiva garantiza el cumplimiento de los principios que rige la actividad contractual, alineadas estas acciones con el mapa de riesgos establecidos para los procesos contractuales.

La Dirección de Contratación cuenta con dos (2) posibles riesgos de corrupción:

- 1. Posibilidad de afectación económica y reputacional por la falta de control de los procesos realizados transaccionalmente por la plataforma SECOP II, debido al desconocimiento de las plataformas administradas por Colombia Compra Eficiente.**
- 2. Posibilidad de afectación Económica y reputacional por adjudicar contratos a oferentes con malas prácticas o que representen un riesgo de lavado de activos y de financiación del terrorismo, debido a la omisión de la verificación en listas restrictivas de los terceros interesados en contratar con la Subred.**

Durante la vigencia 2024 se realizaron doce (12) seguimientos a matriz de riesgos sin que se haya materializado ninguna eventualidad allí descrita. Las evidencias mensuales están debidamente publicadas en el aplicativo Almera.

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

16.4 PRINCIPALES LOGROS

Para la vigencia objeto y de acuerdo con la complejidad que merece la gestión de contratación, se destacan las siguientes actividades:

1. Se actualizó y expidió el Estatuto de Contratación, Acuerdo 064 de 2024, *“Por medio de la cual se expide el Estatuto de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.”*
2. Se Actualizó y expidió el Manual de Contratación, Resolución 749 de 2024, *“Por medio de la cual se deroga la Resolución 680 de 2023 y se Adopta el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.”*
3. Se realizaron reintegros de recursos presupuestales que aportan a la depuración de la información presupuestal y permite realizar uso eficiente del presupuesto tanto de vigencias anteriores como vigencia actual.
4. Se continuó y se garantizó la contratación electrónica a través de la plataforma SECOP, lo cual permite eficiencia en la publicidad de los procesos de contratación, evitando una actividad adicional de publicación. Esta actividad permite el cumplimiento a los principios de transparencia y selección objetiva de todos los procesos contractuales que la Subred adelanta. De igual manera, la implementación de la contratación electrónica ha logrado contribuir a la Política Distrital de “cero papeles”.
5. Cumplimiento a los informes que, por norma, la Subred debe presentar ante Entes de Control Social y/o fiscal, sin generar reporte de sanción alguna.
6. Respuesta oportuna a las diferentes solicitudes que fueron asignadas a la Dirección de Contratación.
7. Liquidaciones de acuerdo con los compromisos y en marco de los informes finales de ejecución radicados por las áreas técnicas.

Además de lo anterior, se destaca:

8. En la vigencia 2024, se actualizó en el aplicativo Almera la Evaluación de conocimiento del manual de supervisión e interventoría contractual, con el fin de que los supervisores y/o cualquier colaborador de la Entidad, accedan a los temas de la capacitación por este medio, como iniciativa les permitirá realizar la actividad en cualquier momento y se tendrá resultados tabulados mediante el aplicativo.

16.5 PRINCIPALES DIFICULTADES

A partir de la importancia que tiene la gestión de contratación en la administración pública en virtud a la cantidad de aspectos jurídicos y operativos que conlleva cada etapa, pero que además de ello deben ser rápidos y expeditos por el servicio esencial de salud que se presta, para la vigencia 2024 se han presentado las siguientes dificultades:

1. La participación de los proveedores y futuros contratistas en los estudios de mercados para adquirir los bienes y servicios necesarios para cumplir con la misionalidad de la Subred.
2. Los aspectos de la limitación presupuestal no se han hechos esperar, situación que

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

se cataloga como una de las dificultades más relevantes, seguido de la dinámica presupuestal, dado que en lo corrido de la vigencia 2024, se ha solicitado de manera continua modificaciones de precios en materia de medicamentos e insumos medico quirúrgicos por concepto de aumento de los mismos en el mercado, lo cual ha aumentado la capacidad de operatividad partir de la realización de constantes estudios de mercado, que sustenten las modificaciones de precios, todo ello con el fin de evitar además aspectos que redunden en el rompimiento del equilibrio contractual y prevención de daño antijurídico, así como en el cumplimiento que tiene la Subred de contar con los suministros para la continuidad en la prestación del servicio público, esencial hoy fundamental que presta la Entidad.

3. En el mismo sentido, se tiene el alto desabastecimiento de algunos medicamentos e insumos medico quirúrgicos que han sido de conocimiento público en materia Nacional, pero con diferentes alternativas terapéuticas se ha sobrellevado sin afectaciones en el servicio de salud.
4. Limitación de proveedores en la prestación de servicios y/o distribuidores que afectan la adquisición y cumplimientos de los tiempos establecidos en los procesos de selección.

16.6 RECOMENDACIONES

Es importante que en virtud a la relevancia del proceso de contratación en los aspectos misionales y el cumplimiento de las obligaciones legales a cargo de la Entidad se continúe con las estrategias de mejora continúa teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

1. Seguir buscando estrategias de eficiencia y continuar con la exigencia estricta en la calidad de las solicitudes de las áreas para sus necesidades, como en los procesos de evaluación.
2. Así mismo, es necesario fortalecer los mecanismos de cambio de la cultura de los supervisores y evaluadores a efectos de procurar mejorar la disciplina y responsabilidad en las tareas encomendadas para la labor contractual.
3. Buscar alternativas de promulgación adicionales al SECOP, para invitar a participar a los proveedores y futuros contratistas en los diferentes procesos de selección.

17 GESTION DE TICS

- **Implementación de nuevo sistema de información misional Dinámica Gerencial Web**

En atención a la renovación tecnológica provista por el proveedor SYAC, titular de la propiedad intelectual del sistema Dinámica Gerencial y a cambios normativos que requirieron nuevos desarrollos en el sistema de información la subred tuvo el reto de realizar la renovación y puesta en operación de un sistema totalmente nuevo basado en la arquitectura del tradicional sistema Dinámica Gerencial en uso de la Subred desde 2018 con nuevas funcionalidades, para este proceso se realizaron las siguientes actividades:

- **Fortalecimiento de la plataforma tecnológica en Datacenter:** Mediante la habilitación de 17 servidores de aplicación, un balanceador de

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

aplicación y la duplicación de la capacidad en procesamiento del Servidor en la nube (ETB).

- Parametrización de 167 nuevos formatos de Historia clínica validados por el equipo asistencial.
- Capacitación del equipo técnico de sistemas en el manejo del nuevo sistema de información.
- Capacitación de la totalidad del personal asistencial usuario del sistema Dinámica Gerencial.
- Implementación del sistema en sedes ambulatorias.
- Implementación del sistema en sedes hospitalarias.

El día 16 de diciembre de 2024 se logró la implementación de Dinámica Gerencial web en las sedes de la Subred Integrada de servicios de salud Sur Occidente.

El nuevo sistema cuenta con nuevas alertas, nuevos controles, además es una herramienta que cuenta con un mayor rendimiento y su actualización se realiza de manera ágil.

- **Envío de RIPS en línea a Ministerio de Salud**

En cumplimiento a la Resolución 2275/23 y las resoluciones 1884/85/85 de 2024 de manera anticipado al plazo límite establecido por la norma (1 de feb 2025) La Subred Sur Occidente completó los requisitos para poner en operación la funcionalidad de envío de RIPS en línea al Ministerio de salud de acuerdo a la estructura definida por la Resolución 2275/23, este ejercicio requirió parametrización de diferentes componentes del sistema, más de 4 actualizaciones dando cumplimiento exitoso al envío de RIPS en línea desde la media noche del 31/12/2024 y siendo la primera Subred del Distrito Capital en dar este importante paso.

- **Diseño del módulo Control OPS**

Mediante desarrollo Inhouse se elaboró un módulo de software que reemplaza el flujo manual del proceso de requerimiento, firmas y elaboración de minuta de contratos OPS, dicho módulo iniciará su operación en el mes de febrero de 2025.

- **Implementación de tabletas de firma digitalizada**

Con el fin de lograr una reducción del consumo de papel impreso para la firma de consentimientos informados, la Subred Sur Occidente se implementó la fase 1 del uso de tabletas de firma digitalizada en los consultorios de odontología de toda la Subred y radiología del Hospital de Bosa, con esta implementación se espera la disminución de 100.000 hojas mensuales lo que equivaldría a una reducción de \$12.800.000 mensuales en el costo de papel impreso.

- **Desarrollo de control para el ordenamiento clínico**

Mediante la adquisición de horas de desarrollo al proveedor SYAC, se habilitó en el sistema Dinámica Gerencial un control para los médicos generales que establece los servicios que dicho perfil pueda ordenar, esto será hacia próximas vigencias un factor a favor de la gestión de costos y la adecuada pertinencia médica en el ordenamiento de servicios.

- **Creación de nuevos tableros de consulta**

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Durante la vigencia 2024 se realizó la elaboración de nuevos tableros de control en la página www.tableros.subredsuroccidente.gov.co para los procesos misionales, entre ellos se destaca el control hospitalario, el tablero de contact center y el tablero de control de ordenamiento.

- Implementación de Contact Center

Dado que hacia el 1 de Octubre de 2024 la EPS Capital Salud dio fin a la provisión sin costo del servicio de Contact Center para el agendamiento de citas médicas, la Subred Sur Occidente asumió el reto de implementar con apoyo de proveedor externo un nuevo servicio para la Gestión de citas médicas, siendo la primera Subred en poner en Operación dicho componente, sirviendo de modelo a las demás Subredes del Distrito e implementando la línea de atención desde el primer día (01/10/2024) en que no se contó con el servicio de la línea EPS Capital Salud, durante el primer mes se agendaron 16400 citas médicas con esta línea de atención.

17.1 PRINCIPALES DIFICULTADES

- Rubro de Inversión insuficiente para adquisición tecnológica en nuevos proyectos de infraestructura (Puntos de red, switches, etc.).
- Imposibilidad de generar una política de retención del talento humano en el área de sistemas.

17.2 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL PROCESO

- 2024 Fue un año de grandes retos para el desarrollo tecnológico informático de la Subred Sur Occidente, a esto no fue ajeno el proceso de Gestión TICS dando respuesta a cada uno de los proyectos asumidos de manera exitosa.

MACROPROCESO EVALUACIÓN

18. CONTROL INTERNO

En el marco de la Ley 87 de 1993 y los lineamientos establecidos en el Decreto 648 de 2017 (que modificó el Decreto 1083 de 2015), durante la vigencia 2024 la Oficina de Control Interno desarrolló su gestión con un enfoque de evaluación independiente, objetiva y de asesoría a la gestión institucional, mediante el cual formula anualmente un Plan de Auditorías Internas basado en riesgos, que es aprobado por el Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno y donde se establecen las metas que se cumplirán y las actividades que se ejecutarán durante la vigencia, dando cumplimiento a los cinco roles definidos para las Oficinas de Control Interno en el Decreto 1083 de 2015, artículo 2.2.21.5.3: Liderazgo Estratégico, Enfoque hacia la prevención, Evaluación de la gestión del riesgo, Evaluación y seguimiento y Relación con entes externos de control, a través de auditorías internas basadas en riesgos, de cumplimiento o de ley, de seguimiento, actividades asesoría y acompañamiento, entre otras.

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Su gestión se enmarca en la ejecución del Plan Anual de Auditoría aprobado para cada vigencia.

18.1 RESULTADOS INDICADORES

Teniendo en cuenta que el proceso Control Interno aporta al cumplimiento de los objetivos estratégicos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, a partir de un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar de forma independiente y objetiva el sistema de control interno, la gestión integral del riesgo y el gobierno de la Subred, a través de auditorías basadas en riesgos, cumpliendo los lineamientos normativos y ejecutando mejores prácticas en el desempeño de los roles de la Oficina de Control Interno, para el fomento de una cultura de control, generando valor y contribuyendo a la consecución de los objetivos estratégicos de la entidad, la Oficina de Control Interno desarrolló el Plan Anual de Auditoría para la vigencia 2024, el cual fue analizado y aprobado por el Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno.

Para evaluar el plan en la vigencia 2024 se establecieron los siguientes indicadores:

Indicador PAA-17-01: Informes de auditorías internas basadas en riesgos, de acuerdo con las actividades aprobadas en el Plan Anual de Auditoría de la Oficina de Control Interno Subred Sur Occidente ESE

- Fórmula del indicador: *(Informes emitidos y publicados / Informes incluidos en el Plan de Auditoría) * 100*

Para este indicador se estableció la emisión y publicación de 6 informes de auditorías internas basadas en riesgos, los cuales, fueron emitidos en un 100%. Estas auditorías permitieron evaluar la efectividad de los controles en las unidades auditadas, y el establecimiento de recomendaciones para mejorar las brechas identificadas.

Indicador PAA-17-02: Informes de Ley o cumplimiento normativo y/o de Seguimiento emitidos, de acuerdo con las actividades aprobadas en el Plan Anual de Auditoría de la Oficina de Control Interno Subred.

- Fórmula del indicador: *(Informes emitidos y publicados / Informes incluidos en el Plan de Auditoría) * 100*

Para este indicador se estableció la emisión de 34 informes de ley o cumplimiento normativo y la realización de 9 seguimientos y/o soportes / reportes de ley, y se logró su ejecución en un 100%. Estos informes permitieron identificar oportunidades de mejora y establecer recomendaciones a la Entidad para mejorar y fortalecer los controles en sus procesos y dar respuesta oportuna a los entes de control, disminuyendo el riesgo de sanciones por inoportunidad en la entrega de los informes requeridos.

En resumen, la siguiente tabla muestra el cumplimiento del Plan Anual de Auditoría 2024:

TIPO DE TRABAJO DE AUDITORÍA INTERNA	CANTIDAD PLANEADA VIGENCIA 2024	CANTIDAD EJECUTADA A 31-dic-2024	CUMPLIMIENTO PLAN VIGENCIA 2024
Auditorías internas de Cumplimiento	34	34	100%

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Seguimientos / Soportes de Ley	9	9	100%
Auditorías internas basadas en riesgos	6	6	100%
TOTAL	49	49	100%

Auditorías Internas de Cumplimiento o de Ley

Nº INFORME	DESCRIPCIÓN	PERÍODO EVALUADO	FECHA EMISIÓN
IL-2024-01	Seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC) / Mapa de Riesgos de Corrupción (MRC) - III cuatrimestre 2023	1-sep-2023 a 31-dic-2023	16-ene-2024
IL-2024-02	Seguimiento a los instrumentos técnicos y administrativos que hacen parte del Sistema de Control Interno - II semestre 2023	1-jul-2023 a 31-dic-2023	19-ene-2024
IL-2024-03	Evaluación de la Gestión Institucional por Dependencias - Vigencia 2023	1-ene-2023 a 31-dic-2023	30-ene-2024
IL-2024-04	Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control - II sem 2023	1-jul-2023 a 31-dic-2023	31-ene-2024
IL-2024-05	Seguimiento al cumplimiento del plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría de Bogotá D.C. vigente a 31/12/2023	1-jun-2023 a 31-dic-2023	13-feb-2024
IL-2024-06	Seguimiento al cumplimiento de las metas del Plan de Desarrollo priorizadas por la Subred Sur Occidente para la vigencia 2023	1-ene-2023 a 31-dic-2023	19-feb-2024
IL-2024-07	Seguimiento al cumplimiento de la Directiva 008 de 2021 "Lineamientos para prevención de conductas irregulares relacionadas con incumplimiento de los manuales de funciones y de procedimientos y la pérdida de elementos y documentos públicos" - vigencia 2023	1-ene-2023 a 31-dic-2023	23-feb-2024
IL-2024-08	Evaluación de la Atención al Ciudadano y Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias (PQRSD).	1-jul-2023 a 31-dic-2023	27-feb-2024
IL-2024-09	Evaluación del Sistema de Control Interno Contable -Vigencia 2023	1-ene-2023 a 31-dic-2023	27-feb-2024
IL-2024-10	Seguimiento a la Administración y Gestión de la Información Jurídica de la Entidad a través del SIPROJ-WEB - Segundo semestre 2023	1-jul-2023 a 31-dic-2023	12-mar-2024
IL-2024-11	Seguimiento al cumplimiento de las disposiciones administrativas para el manejo y control contable de la Caja Menor	1-nov-2023 a 21-feb-2024	12-mar-2024
IL-2024-12	Seguimiento al Cumplimiento de las Normas de Derecho de Autor y Uso de Software - Vigencia 2023	1-ene-2023 a 31-dic-2023	13-mar-2024
IL-2024-13	Seguimiento y Evaluación de la Gestión del Riesgo Institucional -Vigencia 2023	1-ene-2023 a 31-dic-2023	19-mar-2024
IL-2024-14	Seguimiento a la Evaluación del Desempeño Laboral y a la concertación y evaluación de Acuerdos de Gestión de gerentes públicos	1-feb-2023 a 31-ene-2024	21-mar-2024
IL-2024-15	Evaluación de la Austeridad y Eficiencia en el Gasto Público - Trimestre IV - 2023	1-oct-2023 a 31-dic-2023	22-mar-2024
IL-2024-16	Seguimiento a la Gestión Ambiental en la institución. Vigencia 2023	1-ene-2023 a 31-dic-2023	10-abr-2024
IL-2024-17	Seguimiento a los Estados Financieros a 31 de diciembre de 2023	1-jul-2023 a 31-dic-2023	16-may-2024
IL-2024-18	Seguimiento al cumplimiento de la Política Institucional de Transparencia, Acceso a la Información Pública, Lucha contra la Corrupción y Antisoborno	1-ene-2023 a 31-dic-2023	28-may-2024

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Nº INFORME	DESCRIPCIÓN	PERÍODO EVALUADO	FECHA EMISIÓN
IL-2024-19	Seguimiento a Estrategias de lucha contra la corrupción y de Atención al ciudadano: Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) y Mapa de Riesgos de Corrupción (MRC) - I Cuatrimestre 2024	1-ene-2024 a 30-abr-2024	15-may-2024
IL-2024-20	Evaluación de la Austeridad y Eficiencia en el Gasto Público - Trimestre I - 2024	1-ene-2024 a 31-mar-2024	27-jun-2024
IL-2024-21	Seguimiento al cumplimiento de obligaciones relacionadas con el fortalecimiento de la meritocracia, del empleo y la función pública en el Estado Colombiano	1-jun-2023 a 31-may-2024	17-jul-2024
IL-2024-22	Evaluación del cumplimiento de las etapas y elementos del Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo - SARLAFT	1-jun-2023 a 31-may-2024	31-jul-2024
IL-2024-23	Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno - Primer semestre de 2024.	1-ene-2024 a 30-jun-2024	31-jul-2024
IL-2024-24	Seguimiento a los instrumentos técnicos y administrativos que hacen parte de la función de auditoría interna en el marco del Sistema de Control Interno - Primer semestre 2024	1-ene-2024 a 30-jun-2024	26-jul-2024
IL-2024-25	Evaluación y seguimiento de las medidas de Austeridad y Eficiencia en el Gasto Público - Segundo trimestre de 2024	1-abr-2024 a 30-jun-2024	28-ago-2024
IL-2024-26	Seguimiento a Estrategias de lucha contra la corrupción y de Atención al ciudadano - II cuatrimestre 2024	1-may-2024 a 31-ago-2024	13-sep-2024
IL-2024-27	Seguimiento al Plan de Continuidad del Negocio	1-jul-2023 a 30-jun-2024	26-sep-2024
IL-2024-28	Evaluación de la Atención al Ciudadano y Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias (PQRSD) – Primer semestre 2024	1-ene-2024 a 30-jun-2024	18-oct-2024
IL-2024-29	Seguimiento al cumplimiento de las disposiciones administrativas para el manejo y control contable de la Caja Menor	1-feb-2024 a 13-sep-2024	23-oct-2024
IL-2024-30	Seguimiento al cumplimiento del Acuerdo 744 de 2019 - Uso de la marca ciudad "Bogotá"	1-ene-2023 a 31-dic-2023	23-oct-2024
IL-2024-31	Seguimiento al cumplimiento de directrices de "Accesibilidad al espacio físico - Espacios de servicio al ciudadano en la administración pública" establecidas en la Norma Técnica Colombiana - NTC 6047	1-ago-2023 a 31-ago-2024	29-nov-2024
IL-2024-32	Evaluación de la Austeridad y Eficiencia en el Gasto Público - Tercer trimestre 2024	1-jul-2024 a 30-sep-2024	29-nov-2024
IL-2024-33	Seguimiento al cumplimiento del Plan Estratégico de Talento Humano - PETH 2024	1-ene-2024 a 30-sep-2024	27-nov-2024
IL-2024-34	Seguimiento al cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST	1-oct-2023 a 30-sep-2024	26-dic-2024

Seguimientos / Soportes de Ley

En la vigencia 2024 se llevaron a cabo los siguientes **SEGUIMIENTOS**, los cuales son realizados mediante matrices en Excel y cuyos resultados son comunicados a través de correo electrónico al Comité de Control Interno.

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

DESCRIPCIÓN	FECHA DE CORTE	FECHA ENVÍO CORREO
Seguimiento al Plan de Mejoramiento de la Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno - Sem I de 2023	31-dic-2023	8-feb-2024
Seguimiento a los Planes de Mejoramiento suscritos para subsanar los hallazgos identificados en las auditorías internas	29-feb-2024	22-mar-2024
Seguimiento al Plan de Mejoramiento de la Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno - Sem II de 2023	30-jun-2024	31-jul-2024
Seguimiento a los Planes de Mejoramiento suscritos para subsanar los hallazgos identificados en las auditorías internas	30-sep-2024	27-nov-2024

En cuanto a **REPORTES o SOPORTES DE LEY** que se realizan en aplicativos dispuestos normativamente por entes de control o líderes de política, en la vigencia 2024 se elaboraron y/o presentaron los siguientes:

- Reportes correspondientes a la vigencia 2023 en **Sistema de Vigilancia y Control Fiscal - SIVICOF** dispuesto por la Contraloría de Bogotá D.C.

INFORME O REPORTE	CÓDIGO FORMULARIO O DOCUMENTO ELECTRÓNICO	NOMBRE	CONTENIDO	FECHA DE TRANSMISIÓN O REPORTE
62 Control Fiscal Interno Especiales	CBN-1022	Informe Ejecutivo Anual de Control Interno	Evaluación Independiente Sistema Control Interno	9-feb-2024
	CBN-1019	Informe de Control Interno Contable	Evaluación del Sistema de Control Interno Contable	27-feb-2024
52 Control Fiscal Interno	CBN-1038	Informe de la Oficina de Control Interno	Informe de gestión de la Oficina de Control Interno	9-feb-2024
71 Plan de Mejoramiento Seguimiento Entidad	CB-0402S	Plan de Mejoramiento Seguimiento Entidad	Seguimiento Plan de mejoramiento suscrito por la Subred por Auditorías realizadas por Contraloría de Bogotá D.C.	13-feb-2024

- Formulario Único Reporte de Avances a la Gestión - FURAG** en aplicativo dispuesto por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP para medir el Índice de Desempeño Institucional durante la vigencia 2023 de la Subred Sur Occidente en formulario asignado a la Oficina de Control Interno.

DESCRIPCIÓN REPORTE	PERIODICIDAD	PERÍODO EVALUADO	FECHA EMISIÓN
Formulario Único Reporte de Avances a la Gestión - FURAG	Anual	1-ene-2023 a 31-dic-2023	9-may-2024

Auditorías Internas basadas en Riesgos

Nº INFORME	DESCRIPCIÓN Auditoría interna basada en riesgos al:	PERÍODO AUDITADO	FECHA EMISIÓN

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

AI-2024-01	Subproceso Defensa Judicial	1-ene-2022 a 31-oct-2023	2-feb-2024
AI-2024-02	Subproceso Internación adultos, niños y gineco-obstetricia	1-ene-2023 a 29-feb-2024	20-jun-2024
AI-2024-03	Subproceso Mantenimiento de Infraestructura y Equipos Industriales	1-jul-2023 a 31-mar-2024	21-ago-2024
AI-2024-04	Proceso Gestión de Contratación	1-abr-2023 a 30-abr-2024	30-sep-2024
AI-2024-05	Subproceso Tesorería	1-may-2024 a 30-nov-2024	27-dic-2024
AI-2024-06	Proceso Control Interno Disciplinario	1-sep-2023 a 30-oct-2024	27-dic-2024

La Representante Legal (Gerente) y el líder y/o responsables del proceso o subproceso auditado fueron informados oportunamente de los resultados obtenidos en las auditorías internas, con el fin de que identificaran las acciones de mejora a implementar para fortalecer los controles y la gestión de los riesgos asociados.

Los informes de auditoría interna y seguimientos antes relacionados fueron remitidos a la Representante Legal de la entidad a través del aplicativo Agilsalud, y a los demás integrantes del Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno mediante correo electrónico en la fecha de emisión del informe; así mismo, al cierre de cada período se remitió copia a los miembros de la Junta Directiva, en cumplimiento del Decreto 1083 de 2015 Artículo 2.2.21.4.7, Parágrafo 1° (modificado por el Artículo 1 del Decreto 338 de 2019), que establece: *“Los informes de auditoría, seguimientos y evaluaciones [emitidos por la Oficina de Control Interno] tendrán como destinatario principal el representante legal de la entidad y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y/o Comité de Auditoría y/o Junta Directiva, (...)”*

Además, estos informes fueron publicados en la página web de la entidad (www.subresuroccidente.gov.co) en la ruta: *Transparencia y Acceso a la Información / 4. Planeación / 4.8 Informes de la Oficina de Control Interno.*

18.2 PRINCIPALES LOGROS

- Las evaluaciones y seguimientos realizados por la Oficina de Control Interno han permitido fomentar en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente una cultura del control y coadyuvar en el fortalecimiento y mejora permanente del sistema de control interno, toda vez que, mediante las auditorías internas y/o seguimientos la Oficina de Control Interno ha podido determinar si se han definido, puesto en marcha y aplicado los controles establecidos por la entidad de manera efectiva, contribuyendo al fortalecimiento del desempeño institucional y el mantenimiento y mejora continua del sistema de control interno.
- Los informes de auditoría interna y/o seguimientos de la Oficina de Control Interno permitieron a los líderes y/o responsables de las unidades auditadas ejecutar mejoras frente a la gestión del riesgo y a las actividades y/o procesos a su cargo, así como fortalecer la respuesta desde los roles de primera y segunda línea de defensa del

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Sistema de Control Interno, generando valor para el logro de los objetivos y metas institucionales.

- La interacción con los líderes de proceso y/o responsables de las unidades auditadas y sus equipos de trabajo facilitó una articulación oportuna y adecuada para la socialización de recomendaciones y puesta en marcha de acciones de mejora, en procura del mejoramiento continuo.
- La Oficina de Control interno ha generado alertas por medio de sus informes para prevenir la materialización de riesgos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos de la entidad.

18.3 PRINCIPALES DIFICULTADES

- Falta o ausencia de soportes de la ejecución de las actividades relacionadas con los procesos, programas o proyectos de la entidad, los cuales, por lineamiento institucional deben estar cargados en el aplicativo Almera, como también la entrega de información incompleta o que no cumplía las características requeridas, por ejemplo: documentos electrónicos poco legibles, datos registrados en el documento de forma incompleta, entre otros.

18.4 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL PROCESO

La Oficina de Control Interno cumplió con las metas propuestas para la vigencia 2024 en su Plan Anual de Auditoria y generó los respectivos informes que sirvieron de insumo para la toma de decisiones e identificación de acciones de mejora institucional.

Recomendaciones:

- Es necesario que los líderes de proceso y/o áreas verifiquen que la información registrada y soportes cargados en el aplicativo Almera que dan cuenta de la ejecución de las actividades relacionadas con los procesos, programas o proyectos de la entidad, esté correcta y se encuentre completa, y que corresponda a la actividad y/o indicador a la que se está asociando.
- Capacitar a los colaboradores sobre las normas y regulaciones aplicables (tanto al proceso como a la entidad) y su importancia para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Que las áreas entreguen la información con la calidad, completitud y oportunidad requerida.

19. CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO

la Oficina de Control Disciplinario Interno es del más alto nivel, encargada de conocer, los procesos disciplinarios adelantados contra funcionarios y ex funcionarios de la Entidad, por el posible incumplimiento de deberes, omisión y extralimitación de funciones e incursión en prohibiciones establecidas en la Constitución y en la ley.

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Esta oficina ostenta la competencia funcional para ejercer la acción disciplinaria en sede de instrucción, esto es desde el conocimiento de la noticia disciplinaria, hasta la decisión de terminación y archivo definitivo del procedimiento o la notificación del auto de formulación del pliego de cargos, según corresponda.

Circunstancia, materializada mediante Actos Administrativos Nos. 147 *“Por el cual se modifica la Estructura Organizacional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.”*, 148 *“Por el cual se modifica la Estructura Organizacional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.”* y 149 *“Por el cual se modifica el Manual Especifico de Funciones y Competencias Laborales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.”* del 25 de mayo de 2023 respectivamente, donde el presidente y secretaria de la Junta Directiva de la Entidad, dispusieron entre otras, la modificación de los manuales de funciones tanto de la Oficina de Control Disciplinario Interno, como de la naciente Oficina Jurídica, dependencia que según la órbita de sus funciones desde el 1 de junio de 2023, es la encargada de conocer la actuación disciplinaria en sede de Juzgamiento, tal como se aludió líneas atrás.

En ese orden de ideas, a partir de la referida data, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., cuenta con la garantía de división de roles, esto es, de Instrucción a cargo de la Oficina de Control Disciplinario Interno y Juzgamiento en cabeza de la Oficina Jurídica, esto sin perjuicio de la competencia en Segunda Instancia ostentada por la Gerente de la Entidad.

De ahí que, la línea técnica de acción del Despacho se encuentre sustentada entre otras en:

- Adelantar en primera instancia y hasta la notificación del pliego de cargos y/o citación audiencia del procedimiento verbal, las actuaciones disciplinarias contra funcionarios y ex funcionarios de la Entidad. Según lo previsto en el otrora Código Disciplinario Único, Ley 734 de 2002, Código General Disciplinario, ley 1952 de 2019 modificada parcialmente por la Ley 2094 de 2021 y el manual de funciones del cargo.
- Llevar a cabo jornadas de sensibilización y/o prevención en la incursión de conductas con relevancia disciplinaria a la luz de la normatividad Ibidem.
- Tramitar la totalidad de peticiones y requerimientos elevados por los agentes de control, autoridades administrativas y/o judiciales, dentro de los términos dispuestos para dichos fines.
- Atender en los términos legales las peticiones, quejas, reclamos, solicitudes (PQRS) y/o requerimientos internos y externos, en el marco del ejercicio de la acción disciplinaria.
- Presentación y elaboración de informes, entre estos: Plan de Acción Anual PAA, Matriz de Riesgos, Detrimento Patrimonial y Glosas, Cuenta Anual de SIVICOF , Directivas distritales 015-2015 y 001-2021, conjuntas, y 008 de 2021 .

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

- Atención, trámite, seguimiento y contestación en los términos previstos para dichos fines, las peticiones y/o requerimientos formulados a través del Sistema Distrital para la Gestión de Peticiones Ciudadanas – Bogotá te escucha.
- Suscripción de Acuerdos de Gestión.
- Labores administrativas de archivo y gestión documental

Del Plan de Acción Anual PAA:

En lo que respecta al cumplimiento del Plan de Acción Anual de la Oficina, cuya meta estratégica para el cuatrienio 2020 - 2024 era, *“a 2024 lograr el 100% de adherencia de funcionarios y colaboradores al Plan Preventivo Disciplinario - ¡La Oficina de Control Interno Disciplinario te lo cuenta!”* el Despacho ejecutó dos objetivos a saber:

- **Objetivo 1:**

Adelantar estrategias tendientes a la implementación del Plan Preventivo Disciplinario– ¡La Oficina de Control Interno Disciplinario Te lo Cuenta! (En adelante PPD)

- **Objetivo 2:**

A 2024 lograr el 100% de adherencia de los funcionarios y colaboradores al Plan Preventivo Disciplinario– ¡La Oficina de Control Interno Disciplinario Te lo Cuenta!

Los cuales, tuvieron un cumplimiento efectivo del 100%, tal como se desarrolla a continuación:

RESULTADOS DE LOS INDICADORES

1. Estrategias adelantadas para la Implementación del Plan Preventivo Disciplinario ¡La Oficina de Control Interno Disciplinario Te lo explica!

Para la consecución del indicador en cita, se desarrollaron 5 estrategias a saber:

Estrategias:

- **Estrategia N° 1:** Identificación de temáticas a abordar en las sensibilizaciones a realizar por parte de esta Oficina, conforme a las solicitudes de los líderes, directores, jefes, entre otros y, a las conductas con incidencia disciplinaria más recurrentes en la Oficina; que entre otras, se encaminan a, i) cumplimiento de funciones u obligaciones contractuales, ii) tratos respetuosos, iii) adecuado uso de insignias, bienes, elementos institucionales (recursos público y su uso

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

adecuado), iv) deberes y prohibiciones del servidor público, v) responsabilidad de contratistas y funcionarios públicos, vi) abordaje disciplinario en casos violencia de género (mujeres como sujetos de especial protección constitucional) y, vii) consecuencias en materia disciplinaria.

En el marco de los resultados obtenidos en el Plan Preventivo Disciplinario 2023, así como lo informado por cada uno de los líderes respecto de las conductas con presunta incidencia disciplinaria más relevantes en dicha vigencia, se fijaron los derroteros y temáticas a abordar en el curso 2024, sin solicitud de modificaciones a las mismas.

- **Estrategia N° 2:** Concertación de cronograma de sensibilizaciones a realizar en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Al respecto, se convino con cada uno de los líderes de las sedes visitadas, un cronograma para la práctica de las jornadas de sensibilización, dentro de la mentada herramienta se registraron once (11) confirmaciones por parte de los líderes, con lo cual se obtuvo la realización de veintidós (22) sensibilizaciones.

- **Estrategia N° 3:** Actualización de la presentación del Plan Preventivo Disciplinario, así como el cuestionario de aprehensión de conocimientos Quiz, en la plataforma Aula Virtual - Jornadas de Inducción y Reinducción.

Se llevó a cabo la actualización de la presentación en cada jornada de sensibilización en virtud de los requerimientos efectuados desde la Dirección Operativa de Gestión del Talento Humano con ocasión a los temas corporativos

- **Estrategia N° 4:** Realización de jornadas de sensibilización en los Centros de salud y en las sedes de la entidad.

Durante 2024, se realizaron **(24)** jornadas de sensibilización al Plan Preventivo Disciplinario por parte de esta Oficina, divididas en dieciocho (18) primer semestre y seis **(6)** segundo semestre.

Ahora bien, con ocasión al talento humano participante en las mismas, durante el IV trimestre se contó con una afluencia a las jornadas de sensibilización programadas por el Despacho de cincuenta y tres **(53)** colaboradores, esto según listados de asistencia. Así las cosas, para el segundo semestre ciento veinte **(120)** colaboradores participaron en las jornadas de sensibilización, para un total durante lo corrido 2024 de quinientos un **(501)** participantes, trescientos ochenta y un **(381)** primer semestre y los conocidos ciento veinte **(120)**, para la segunda mitad de la vigencia.

**SENSIBILIZACIONES PRESENCIALES PLAN PREVENTIVO
DISCIPLINARIO 2024 (Primer Trimestre)**

23/02/2024 - Zona Franca



01/03/2024 Tintal



**SENSIBILIZACIONES PRESENCIALES PLAN PREVENTIVO
DISCIPLINARIO 2024 (Segundo Trimestre)**

Sensibilización 17/04/2024- USS Cundinamarca



Sensibilización 17/04/2024- USS Abastos



Sensibilización 17/04/2024 USS Bomberos



Sensibilización 18/04/2024 USS Mexicana



INFORME DE GESTIÓN

Versión:	2
Fecha de aprobación:	12/08/2024
Código:	01-01-FO-0006

Sensibilización 19/04/2024 USS Patios



Sensibilización 19/04/2024 USS Carvajal



Sensibilización 23/04/2024 USS San Pablo



Sensibilización 23/04/2024 APP Bosa



INFORME DE GESTIÓN

Versión:	2
Fecha de aprobación:	12/08/2024
Código:	01-01-FO-0006

Sensibilización 24/04/2024 USS Carbonell



Sensibilización 26/04/2024 USS Asunción Bochica



Sensibilización 29/04/2024 USS Internacional



INFORME DE GESTIÓN

Versión:	2
Fecha de aprobación:	12/08/2024
Código:	01-01-FO-0006

Sensibilización 30/04/2024 USS Zona Franca



Sensibilización 22/05/2024 USS Asunción Bochica



Sensibilización 23/05/2024 USS Catalina



INFORME DE GESTIÓN

Versión:	2
Fecha de aprobación:	12/08/2024
Código:	01-01-FO-0006

Sensibilización 24/05/2024 Puerta de Teja



INFORME DE GESTIÓN

Versión:	2
Fecha de aprobación:	12/08/2024
Código:	01-01-FO-0006

Sensibilización 27/05/2024 Centro Día



SENSIBILIZACIONES PRESENCIALES PLAN PREVENTIVO DISCIPLINARIO 2024 (Tercer Trimestre)

Sensibilización 13/08/2024 – Centro de salud Villa Javier



Sensibilización 14/08/2024- Centro de salud Porvenir



CAPS TRINIDAD 30/10/2024 11:00 - 11:45 a.m.
LIDER: YORBI CONSTANZA MOSQUERA



USS PATIO BONITO 30/10/2024 2:00 - 2:45 p.m.
LIDER: YORBI CONSTANZA MOSQUERA



 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Encuentro de aprendizaje continuo a toda la SISSSO
EAC: Controles Anticorrupción 3/10/2024 10:00 - 11:30
p.m. Norma (Formación y Desarrollo Dirección de
Talento Humano)



Microsoft Teams

EAC: Controles Anticorrupción

2024-10-03 14:52 UTC

Tipos de Corrupción más comunes

TRAFICO DE INFLUENCIAS

Cuando se utilizan de manera indebida influencias para la obtención de un beneficio para su manejo y custodia.

Encuentro de aprendizaje continuo a toda la SISSSO
EAC: Plan Preventivo Disciplinario 19/12/2024 10:00 -
11:30 p.m. Norma (Formación y Desarrollo Dirección
de Talento Humano)



Todos los colaboradores de la Subred
deben participar y asistir a:

ENCUENTRO DE APRENDIZAJE CONTINUO

Plan Preventivo Disciplinario

Jueves, 19 de diciembre de 2024
Hora: 10:00 a.m. a 11:00 a.m.

Asistir al cargo por parte del personal asignado.

Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.
Plan Preventivo Disciplinario

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

- **Estrategia N° 5:** Cronograma de sensibilizaciones del plan preventivo disciplinario realizadas durante la vigencia 2024.

En lo que respecta al cronograma, el mismo no fue objeto de modificaciones

Decantado el análisis que precede, resulta conveniente indicar que, para la presente anualidad, la meta estratégica correspondió al **100% de implementación del Plan Preventivo Disciplinario**, por lo cual, con el fin de lograr el cumplimiento total de dicho porcentaje, su medición se efectuará de manera trimestral es decir que cada evaluación (I, II, III, y IV Trimestre) constituirá el 100% del porcentaje total esperado, esto es el 100% de la Meta Estratégica (100%).

En ese orden de ideas, entre octubre a diciembre, se desplegaron la totalidad de estrategias previstas para dicho interregno, es así, como a partir de las mismas, sustentadas con los correspondientes soportes y/o evidencias de cumplimiento, fue posible verificar un cumplimiento equivalente al 25% del IV Trimestre y del 100% del total programado para el acumulado anual.

Es menester precisar que, a partir de la identificación de las temáticas a tratar en las jornadas de sensibilización, previstas en la estrategia N° 1, se fijaron los derroteros para el adelantamiento de cada uno de los espacios de sensibilización a los colaboradores de la Entidad, con la participación activa de los mismos en cada una de las jornadas, tal como se detalló en precedencia.

Ahora bien, en lo concerniente a los soportes implementados para el cumplimiento de cada una de las estrategias ya conocidas, se evidenció la efectividad de los mismos, ya que a partir de los mismo fue posible alcanzar el cumplimiento porcentual, equivalente al último 25%, esperado para el curso 2024 y alcanzar la meta definitiva prevista para la conocida vigencia correspondiente al 100% del cumplimiento del total proyectado.

Así las cosas, a manera de corolario, para 2024, se dio cumplimiento al 100% del Objetivo N° 1 del Plan Preventivo Disciplinario.

2. Adherencia al Plan Preventivo Disciplinario ¡La Oficina de Control Interno Disciplinario Te lo Cuenta!

Con la finalidad de medir la adherencia de los conceptos y conocimiento impartidos en las jornadas de sensibilización, así como en el resto de los mecanismos implementados para tales efectos, el Despacho ejecutó 3 estrategias a saber:

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

- **Estrategia N° 1:** Autoevaluación (cuestionarios de aprehensión del conocimiento - quiz).

Al respecto, se continuó con la herramienta *cuestionarios aprehensión del conocimiento*, con el fin de medir la adherencia a las temáticas abordadas en las jornadas de sensibilización, no obstante, a efectos de lograr una mejor aplicabilidad en el mismo, y en el marco de los requerimientos elevados por algunos líderes en el curso de las sensibilizaciones, se optó por la modificación del formato del cuestionario, esto es, se pasó del digital contenido en el sistema de información digital ALMERA; a uno físico.

Ahora bien, en atención a la fórmula de medición del indicador objeto de análisis, esto es:

*“Numero de criterios con calificación superior al 80% Adherencia al Plan Preventivo Disciplinario / Número de criterios evaluados para medir la adherencia al Plan preventivo Disciplinario por parte de colaboradores y funcionarios * 100”*

Se tiene que, para lo corrido se obtuvo el siguiente resultado:

456 cuestionarios de aprehensión del conocimiento –Quiz con calificaciones superiores al 80% (I y II Semestre) Adherencia al Plan preventivo Disciplinario / 456 de criterios evaluados (I y II Semestre) para medir la Adherencia al Plan preventivo Disciplinario * 100 = **100**

- **Estrategia N° 2:** Tips Disciplinarios (Piezas Comunicativas).

Con la coadyuvancia de la Oficina Asesora de Comunicaciones, se publicaron y divulgaron Tips disciplinarios, tal como se sigue:

Informe de socialización de acciones comunicaciones para la promoción de los Tips Disciplinarios

En atención al ticket #001582, radicado por la Oficina de Control Disciplinario Interno, la Oficina Asesora de Comunicaciones de la Subred Sur Occidente se permite informar las acciones de comunicación, realizadas en la vigencia 2024, para la promoción de los Tips Disciplinarios, con el objetivo de que los funcionarios, servidores públicos y colaboradores vinculados por OPS conozcan las normas que rigen el correcto proceder de quienes laboran en la entidad.

Entre las acciones realizadas se destacan la realización de piezas comunicativas enmarcadas en la estrategia institucional "Nuestro ADN Subred" y que se alinean con la campaña "Claves para ser un Colaborador 10". Al igual, que se socializaron contenidos relacionados con los productos en mención en los diferentes canales internos para el conocimiento de los colaboradores.

A continuación, se relaciona las acciones realizadas:

1. Promoción de la fase de identificación de temas

Socialización piezas comunicativas que abordaban la temática de los Tips Disciplinarios para ser un Colaborador 10, a través de los canales de comunicación internos (Intranet, Feria de Servicios y comunidad de WhatsApp de la Subred Sur Occidente).

1.1. Intranet

En la intranet se encuentra publicado el banner que promueve los Tips Disciplinarios para que los colaboradores accedan a la información relacionada con el tema. El enlace de la publicación se encuentra en: <https://intranet.subredsuroccidente.gov.co>



Ilustración 1 - Evidencia de publicación de las claves para ser un Colaborador 10.

Vale la pena señalar que el banner mencionado, direcciona a la sección de campañas institucionales, que se encuentra en la intranet. Allí, los colaboradores pueden consultar cada una de las piezas diseñadas para promover los Tips Disciplinarios.



Ilustración 2 - Evidencia de publicación de piezas de Tips Disciplinarios en la intranet.



Ilustración 3 - Evidencia de publicación de piezas de Tips Disciplinarios en la intranet.

También, se realizó una nota informativa interna, publicada en la intranet, titulada "Recomendaciones para ser un Colaborador 10". Enlace de publicación: <https://intranet.subredsuroccidente.gov.co/case/recomendaciones-para-ser-un-colaborador-10>

Recomendaciones para ser un Colaborador 10



El servidor público es responsable de la calidad de su trabajo y debe cumplir con las normas que rigen el correcto proceder de quienes laboran en la entidad. Para ello, es importante que conozca los Tips Disciplinarios para ser un Colaborador 10, los cuales son el resultado de la experiencia y el conocimiento de quienes laboran en la entidad.

Ministerio de la Salud
Contrato de la Salud
Gestión de la Salud
Gestión de la Salud
Gestión de la Salud
Gestión de la Salud
Gestión de la Salud
Gestión de la Salud
Gestión de la Salud
Gestión de la Salud

Ilustración 4 - Evidencia de publicación de nota sobre Tips Disciplinarios en la intranet.

INFORME DE GESTIÓN

Versión:	2
Fecha de aprobación:	12/08/2024
Código:	01-01-FO-0006

1.2. Publicación en Surocsito Informa

En la edición 130 del informativo interno semanal "Surocsito Informa", se realizó una nota con el título "Recomendaciones para ser un Colaborador 10", para invitar a los colaboradores de la Subred a conocer los Tips Disciplinarios.



Ilustración 5 - Evidencia de publicación de nota sobre Tips Disciplinarios en Surocsito Informa con envío masivo a base de correos institucionales, planta y OPS.

Vale la pena señalar que la edición del semanario referenciado se publicó 13 de septiembre en la intranet institucional y se envió de manera masiva por correo electrónico a una base de más de 6.000 cuentas de colaboradores, así como a la comunidad de WhatsApp, que agrupa a 1035 colaboradores.

1.3. Publicación en la Feria de Servicios en línea

La Feria de Servicios en línea es una estrategia de comunicación a través de es un correo electrónico masivo, que se envía de manera semanal a los correos institucionales y personales de más de 6.000 colaboradores. A lo largo de la vigencia 2024, se promovió la consulta de los Tips Disciplinarios.



Ilustración 6 - Evidencia de publicación de pieza de promoción de los Tips Disciplinarios en Feria de Servicios en Línea enviada los días 10, 17, 24 y 31 de enero de 2024, con envío masivo a base de correos institucionales, planta y OPS.



Ilustración 7 - Evidencia de publicación de pieza de promoción de los Tips Disciplinarios en Feria de Servicios en Línea enviada los días 7 y 21 de febrero, 30 de abril y 15 de mayo de 2024, con envío masivo a base de correos institucionales, planta y OPS.

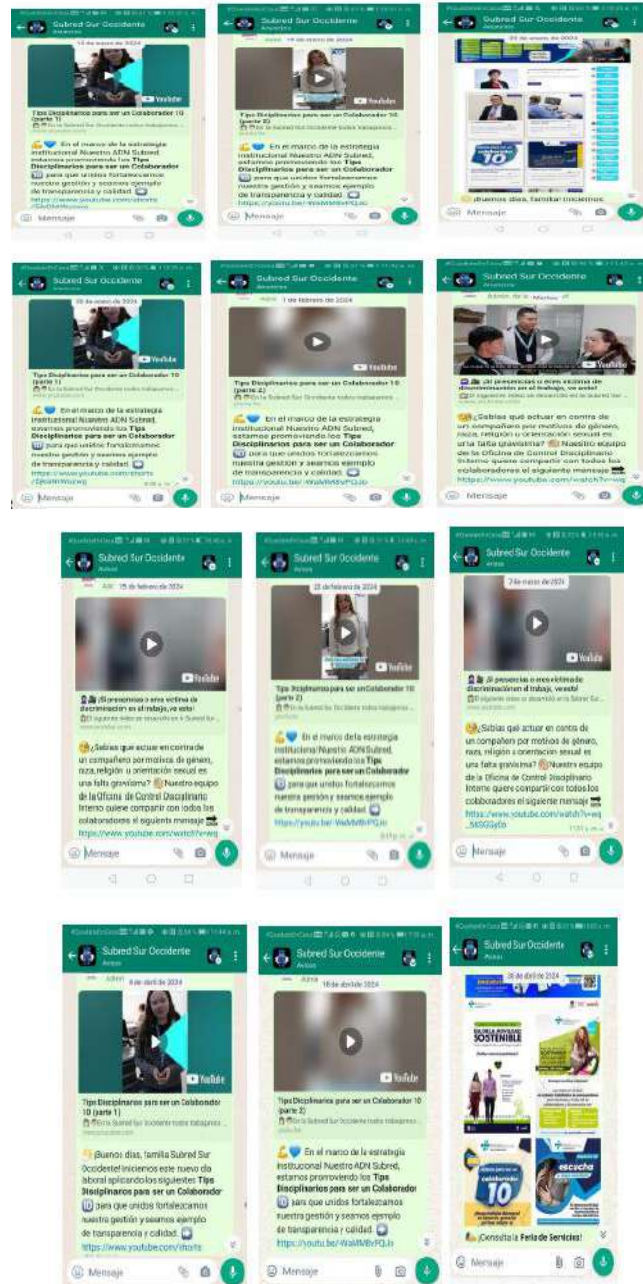


INFORME DE GESTIÓN

Versión:	2
Fecha de aprobación:	12/08/2024
Código:	01-01-FO-0006

1.4. Publicaciones en comunidad de WhatsApp

En WhatsApp contamos con una comunidad conformada por más de 1000 colaboradores, quienes se informan a través de este canal de las diferentes actividades institucionales y de los contenidos de los diferentes productos comunicacionales que se desarrollan para promover diferentes temas de interés. Se relacionan a continuación las publicaciones en este canal durante la vigencia 2024 sobre los Tipos Disciplinarios:



- **Estrategia N° 3:** Consolidado de conductas con posible incidencia disciplinaria más recurrentes en la vigencia 2024

Los resultados consignados en la matriz arriba referida obedecieron a las quejas (artículo 86 CGD) conocidas y tramitadas por el Despacho y lo consignado en la Base de

"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE ESE, SU IMPRESIÓN SE CONSIDERARÁ UNA COPIA NO CONTROLADA DEL MISMO, NO SE AUTORIZA SU REPRODUCCIÓN."

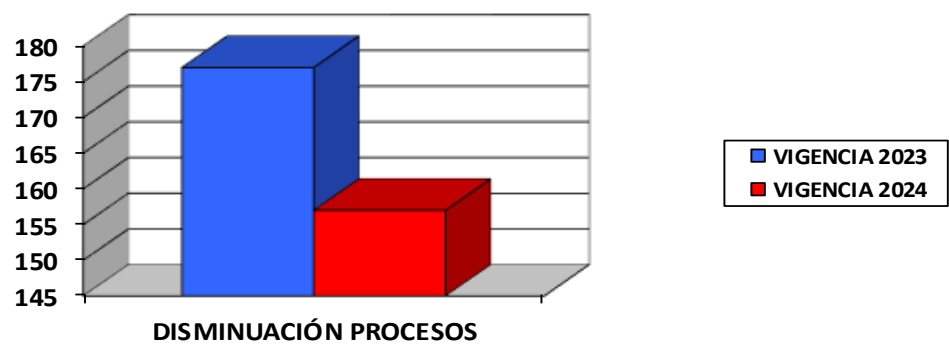
Datos del Despacho, donde se evidenció en extracto lo siguiente:

ABUSO DE AUTORIDAD	APROPRIACION O UTILIZACION INDEBIDA DE DINEROS O RECURSOS PUBLICOS	AUSENTISMO DEL CARGO, FUNCION O SERVICIO	EXTRALIMITACION DE FUNCIONES	FALCEDAD O ADULTERACION DE DOCUMENTOS	INCUMPLIMIENTO DEL MANUAL DE FUNCIONES, PROCEDIMIENTOS, PROTOCOLOS	INCUMPLIMIENTO HORARIO DE TRABAJO	IRREGULARIDADES ADMINISTRATIVAS	IRREGULARIDADES ADES EN ATENCION AL USUARIO EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	IRREGULARIDADES EN CONTRATACION ESTATAL	MORA O OMISION AL DERECHO DE PETICION	OTRAS	PERDIDA O DAÑO DE DOCUMENTOS O ELEMENTOS	PROHIBICIONES GENERALES	SOLICITAR DINERO, DADIVAS, AGASAJOS, REGALOS O CUALQUIER OTRA CLASE DE BENEFICIO S (PRESUNTO S ACTOS DE CORRUPCION)	TRATOS IRRESPECTUOSOS	VIOLENCIA DE GENERO
1	1	3	3	1	2	2	4	6	7	6	7	1	1	3	6	3

Estado de la Oficina de Control Interno Disciplinario a diciembre 2024.

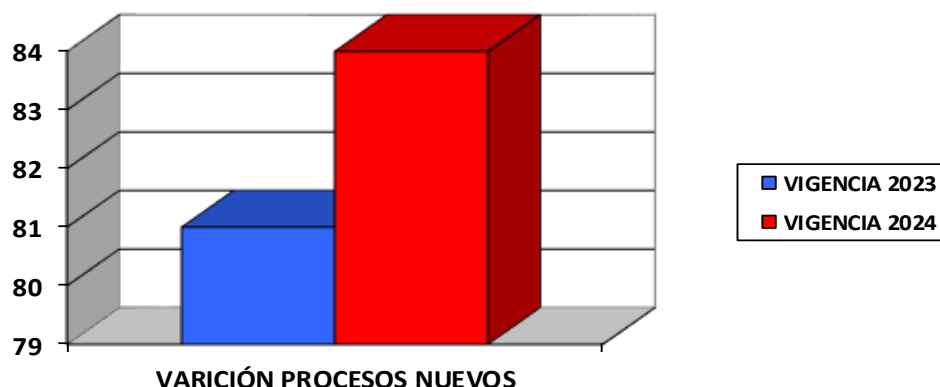
A diciembre 31, el Despacho reportó un total de ciento cincuenta y siete actuaciones disciplinarias.

De ahí que entre las vigencias 2023 a 2024, se evidenció una disminución de procesos disciplinarios equivalente a 20,



Ahora bien, entre el 1 de enero al 31 de diciembre se conocieron ochenta y cuatro (84) nuevos procesos, los cuales tuvieron su génesis en quejas, querellas, denuncias, informes, actuaciones de oficio, medios de comunicación, compulsación de copias, llamadas telefónicas, correos electrónicos, páginas web, anónimos entre otros. A diferencia del mismo periodo pero en la vigencia 2023, donde se tramitaron ochenta y un (81) actuaciones nuevas.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	



Ahora bien, en lo que respecta a las conductas con presunta incidencia disciplinaria más recurrentes durante lo corrido del periodo 2024, se evidenciaron las siguientes:

1. Irregularidades en contratación estatal (7)
2. Tratos irrespetuosos (6)
3. Irregularidades en la prestación del Servicio de Salud (6)

Otro aspecto relevante es la producción de providencias en el curso evaluado, la cual ascendió a 347 autos, entre los cuales se enmarcan los siguientes:

Se proyectaron entre otras las siguientes providencias:

- Indagaciones previas: **57**
- Inhibitorios: **17**
- Investigaciones disciplinarias: **35**
- Prorrogas investigación: **16**
- Cierre y traslado para alegatos previos a la calificación: **28**
- Terminación y Archivo: **74**
- Pliegos de Cargos: **7**
- Pruebas y/o sustanciación: **24**
- Suspensión provisional: **1**

De lo que antecede, se precisa que según mandato normativo del Código General Disciplinario Ley 1954 de 2019 modificada parcialmente por la Ley 2094 de 2021, y de los acuerdos de Junta Directiva Nos. 147, 148 y 149 de 2023, la Oficina de Control Interno Disciplinario según mandato normativo sólo tiene conocimiento de la actuación disciplinaria hasta la etapa de instrucción, es decir desde la avocación de la noticia disciplinaria hasta la terminación y archivo del procedimiento, notificación del pliego de cargos o instalación de audiencia del procedimiento verbal.

	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

Coligado a lo anterior y con ocasión a las decisiones adoptadas se efectuaron los siguientes de ingreso y egreso de documentales (oficios y pruebas):

• **SALIDAS:**

- 611

• **ENTRADAS:**

- 831

19.1 PRINCIPALES LOGROS

- Depuración y actualización base de datos del Despacho.
- Implementación formato Auto terminación y archivo personal vinculado mediante contrato de prestación de servicios.
- Actualización indicadores del Despacho, de cara a la operatividad del mismo.
- Asignación auxiliares - estudiantes es de la Escuela de Auxiliares en Enfermería ESAE para la gestión documental y archivística del Despacho.
- Continuidad jornadas de sensibilización Plan preventivo disciplinario.
- Apoyo y coadyuvancia en los Encuentros de Aprendizaje Continuo – Articulación de funciones entre la Oficina de Control Disciplinario Interno y la Dirección Operativa de Gestión del Talento Humano.
- Implantación comunicación quejoso informante disciplinario,
- Visibilidad y reconocimiento de las funciones de la Oficina de Control Interno Disciplinario, en el marco del Plan Preventivo Disciplinario.

19.2 PRINCIPALES DIFICULTADES

- Ubicación del archivo histórico del Despacho.
- Dificultades logísticas de las herramientas ofimáticas idóneas, para la celebración de diligencias ordenadas en el curso de los procesos disciplinarios a cargo. (equipos de cómputo sin audio y sin video)
- Constantes fallas en la cobertura de servicios de internet.
- Debilidades en el procesos de papelería (suministro de insumos)
- Falta de herramientas misceláneas.
- Falta de correo certificado a efectos de surtir notificaciones procesales

19.3 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL PROCESO

La Oficina de Control Interno Disciplinario, se ha caracterizado por mantener el 100% en el cumplimiento de las metas operativas (gestiones propias del ejercicio de la acción

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE GESTIÓN	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/08/2024	
		Código:	01-01-FO-0006	

disciplinaria a nivel institucional); así como, lo inherente al Plan de Acción Anual y Plan de Desarrollo Institucional, tal como se pudo observar.

Es notorio el avance respecto a las políticas de prevención y sensibilización que el Despacho se ha propuesto, toda vez que como ha quedado evidenciado, la divulgación y reconocimiento del Plan Preventivo Disciplinario, alcanzó resultados satisfactorios, respecto del total de colaboradores participantes de manera presencial, virtual o incluso de manera interactiva con los elementos y herramientas de dicha política preventiva, así como con los resultados obtenidos en los cuestionarios de aprensión del conocimiento (quiz evaluaciones).

Sin perjuicio de lo anterior, se espera que para la vigencia 2024, se logren resultados positivos de cara a los comportamientos con incidencia disciplinaria más recurrentes para 2024.