

**MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024 CELEBRADO ENTRE LA FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

Entre los suscritos a saber, por una parte **GERSON ORLANDO BERMONT GALAVIS**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.451.376, conforme el Decreto de nombramiento No. 009 de 11 de enero de 2024, de la Alcaldía Mayor de Bogotá, actuando en su calidad de Secretario de Despacho de la **SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD** y Director Ejecutivo del **FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD**, con Nit: 800.246.953-2 que en adelante se denominará **“EL FONDO”** y por la otra; **LUIS EFRAIN FERNANDEZ OTALORA**, identificado con cédula de ciudadanía No. 79.240.900 de Bogotá D. C., quien obra en su condición de Agente Especial Interventor de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**, con NIT No. 900.959.051-7, nombrado mediante Resolución N°2025420000001676-6 del 20 de marzo de 2025 y acto de posesión del 21 de marzo de 2025; quien en adelante se denominará **“LA SUBRED”**, hemos convenido celebrar el presente **MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1** al Convenio Interadministrativo el cual se registró por las cláusulas que se establecen a continuación, previas las siguientes:

**CONSIDERACIONES**

1. Que el día 9 de diciembre de 2024, se suscribió el Convenio Interadministrativo No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024, cuyo objeto consiste en: *“Aunar esfuerzos entre el FFDS y la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, para realizar actividades de gestión del riesgo individual y colectivo, y de promoción para el cuidado de la salud, en la modalidad extramural de acuerdo con las necesidades y prioridades de la población a nivel individual, familiar y territorial en el Distrito Capital, 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”*
2. Que el plazo de ejecución para el presente convenio es de **cuatro (04) meses**, contados a partir de la suscripción del acta de inicio, previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del convenio, la cual fue suscrita con fecha 10 diciembre de 2024.
3. Que el valor del convenio a celebrar será hasta por la suma de **CINCO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y TRES MILLONES QUINIENTOS UN MIL QUINIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS CONSTANTES valor exento de IVA (\$5.843.501.564).**
4. Que, el día 11 de marzo de 2025 fue publicado en el SECOP 2 el modificadorio No. 1 quedando debidamente legalizado el 14 de marzo de 2025, el cual incluyó cuatro ajustes de la siguiente manera: Se modifica la Cláusula QUINTA – DESEMBOLSOS, se modifica la Cláusula SEXTA. – FORMA DE PAGO, se modifica la CLÁUSULA 8.1 – PRODUCTOS y se incorpora en el convenio la cláusula de APROBACIÓN Y APLICACIÓN DE LA INDEXACIÓN.
5. Que mediante oficio No 2025-EE-32095 07 de abril de 2025, la Asesora 105-07-, solicitó a la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., la aceptación de los términos generales del MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 al Convenio Interadministrativo No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024.

**MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024 CELEBRADO ENTRE LA FONDO FINANCIERO DITRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

6. Que mediante oficio número 2025-ER-14655 del 08 de abril de 2025, la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., aceptó los términos del MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 al Convenio Interadministrativo No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024.
7. Que el 25 de marzo de 2025 se realizó Comité Técnico Operativo mediante el cual se aprobó el MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 al Convenio Interadministrativo No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024.
8. Que mediante oficio No 2025-IE-12457 08 de abril de 2025, la Asesora 105-07-, solicitó la elaboración del MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 al Convenio Interadministrativo No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024.
9. Que, de conformidad con lo dispuesto en el convenio, en la normatividad vigente y en la solicitud de modificación, es viable realizar el MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 al Convenio Interadministrativo No. 7124331 de 2024. Por lo anterior se acuerdan las siguientes:

**CLÁUSULAS**

**PRIMERA: ADICIÓN: Adicionar el valor del Convenio Interadministrativo 7124331 de 2024, por valor de **DOS MIL DOSCIENTOS DOCE MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS VEINTISÉIS MONEDA CORRIENTE (\$2.212.393.426).****

**Discriminados de la siguiente manera:**

**La adición del valor de los aportes del Fondo financiero Distrital de Salud del convenio interadministrativo 7124331 de 2024, es por la suma de **DOS MIL CIENTO NOVENTA MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y UN PESOS MONEDA CORRIENTE (\$2.190.488.541).****

**Los aportes de la Subred Integrada de Servicios de Salud por concepto de la contrapartida será por valor de: \$ **\$21.904.885** pesos moneda corriente representados en los siguientes conceptos: "Recurso humano, administrativo, apoyo técnico y logístico (facturación) requeridos para la operación de los equipos básicos extramurales de hogar", la entrega de "Refrigerios para realizar actividades con los Grupos de Familias para el Bienestar Emocional, Bienestar en Salud Bucal y Bienestar y Seguridad Alimentaria y Nutricional y familias cuidadoras y en el "Fortalecimiento de Capacidades / Acompañamiento técnico para el desarrollo de competencias en los procesos de la entidad con relación a la operación de los Equipos básicos extramurales de hogar"**

**SOPORTE PRESUPUESTAL:**

**La Entidad cuenta con la disponibilidad presupuestal para amparar el convenio con cargo al rubro**

**MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024 CELEBRADO ENTRE LA FONDO FINANCIERO DITRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

código No. O230117190620240187 Denominado: "Implementación del Modelo de salud centrado en atención primaria social para el bienestar de la población Bogotá D.C.", para la vigencia 2025, según Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No. 2751 del 27 de marzo de 2025

<u>CDP</u>	<u>VALOR TOTAL CDP</u>	<u>VALOR A COMPROMETER</u>	<u>SALDO CDP</u>
<u>2751</u>	<u>\$2.190.488.541</u>	<u>\$2.190.488.541</u>	<u>\$0</u>

**PARÁGRAFO:** *En el evento de existir saldo en el CDP que ampara el presente convenio, éste debe ser liberado por la Dirección Financiera en el momento de expedir el registro presupuestal.*

**SEGUNDA:** *Prorrogar el plazo de ejecución del Convenio, desde el 10 de abril de 2025 hasta el día 31 de julio de 2025 dando continuidad a la operación de actividades de gestión del riesgo individual y colectivo, y de promoción para el cuidado de la salud, en la modalidad extramural de acuerdo con las necesidades y prioridades de la población a nivel individual, familiar y territorial en el Distrito Capital.*

**TERCERA:** Modificar el numeral 6 y el párrafo primero e incluir los numerales 7, 8 y 9 de la cláusula QUINTA. -DESEMBOLSOS, conforme a la redistribución de recursos y a la adición presupuestal, la cual quedará de la siguiente manera:

**QUINTA. - DESEMBOLSOS:** El valor de los aportes del FFDS, se desembolsarán por la SDS-FFDS de la siguiente manera:

(...)

**6. Un sexto desembolso por valor de hasta \$384.722.375 valor exento de IVA, correspondientes a los aportes del Fondo Financiero Distrital de Salud, una vez sea aprobado por el supervisor, con la entrega de los siguientes productos finales que incluyan el periodo del 1 al 30 de abril de 2025:**

- Matriz de seguimiento a compromisos con reporte de avance para el periodo de gestión. (compromiso 1)
- Informe de gestión general - Plan Programático Presupuestal – PPP, para el periodo de gestión. (compromiso 2)
- Informe cualitativo de avance para el periodo de gestión en la estructura definida por el nivel central e incluida en anexo 5. lineamientos técnicos, que incluya la ejecución técnica, administrativa, de seguimiento a los indicadores de gestión de los equipos básicos extramurales según lo establecido en los anexos del presente convenio. (compromiso 3, 6, 7, 18 y 19)
- Matriz de ejecución financiera que contenga la gestión y resultados de la disponibilidad de: insumos, talento humano con sus respectivas hojas de vida, recursos tecnológicos, logísticos, y administrativos, en el instrumento definido por la supervisión del convenio (compromiso 1, 13 y 14).
- Informe de áreas físicas con condiciones adecuadas de conformidad con las normas de seguridad y salud en el trabajo. (compromiso 3)

**MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024 CELEBRADO ENTRE LA FONDO FINANCIERO DITRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

- f. Informe de avance para el periodo de gestión correspondiente a la ejecución de la contrapartida. (compromiso 5)
- g. Informe de avance para el periodo de gestión de procesos de control social incluidas las veedurías ciudadanas y la rendición de cuentas si aplica para el periodo. (compromiso 8)
- h. Reporte de SEGPLAN de los proyectos de inversión que financian el convenio en la estructura definida por la supervisión del convenio del convenio de la Secretaría Distrital de Salud. (compromiso 7)
- i. Informe del avance para el periodo de gestión, del Plan de gestión documental para la ejecución del convenio (compromiso 9)
- j. Certificación cuenta bancaria exclusiva para el convenio, extractos bancarios y reporte de los movimientos con cargo a los centros de costos del proyecto de la subred mes vencido y una vez termine el plazo de ejecución del convenio. (compromiso 15).
- k. Certificación del mes, emitida por parte del Revisor fiscal de la Subred, por medio de la cual acredite que se encuentra al día en el pago de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, así como los propios del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 23 de la ley 1150 de 2007. (compromiso 24)

**7. Un séptimo desembolso por valor de hasta \$730.162.847 valor exento de IVA, correspondientes a los aportes del Fondo Financiero Distrital de Salud, una vez sea aprobado por el supervisor, con la entrega de los siguientes productos finales que incluyan el periodo del 1 al 31 de mayo de 2025:**

- a. Matriz de seguimiento a compromisos con reporte de avance para el periodo de gestión. (compromiso 1)
- b. Informe de gestión general - Plan Programático Presupuestal – PPP, para el periodo de gestión. (compromiso 2)
- c. Informe cualitativo de avance para el periodo de gestión en la estructura definida por el nivel central e incluida en anexo 5. lineamientos técnicos, que incluya la ejecución técnica, administrativa, de seguimiento a los indicadores de gestión de los equipos básicos extramurales según lo establecido en los anexos del presente convenio. (compromiso 3, 6, 7, 18 y 19)
- d. Matriz de ejecución financiera que contenga la gestión y resultados de la disponibilidad de: insumos, talento humano con sus respectivas hojas de vida, recursos tecnológicos, logísticos, y administrativos, en el instrumento definido por la supervisión del convenio (compromiso 1, 13 y 14).
- e. Informe de áreas físicas con condiciones adecuadas de conformidad con las normas de seguridad y salud en el trabajo. (compromiso 3)
- f. Informe de avance para el periodo de gestión correspondiente a la ejecución de la contrapartida. (compromiso 5)
- g. Informe de avance para el periodo de gestión de procesos de control social incluidas las veedurías ciudadanas y la rendición de cuentas si aplica para el periodo. (compromiso 8)
- h. Reporte de SEGPLAN de los proyectos de inversión que financian el convenio en la estructura definida por la supervisión del convenio del convenio de la Secretaría Distrital de Salud. (compromiso 7)
- i. Informe del avance para el periodo de gestión, del Plan de gestión documental para la ejecución del convenio (compromiso 9)
- j. Certificación cuenta bancaria exclusiva para el convenio, extractos bancarios y reporte de los movimientos con cargo a los centros de costos del proyecto de la subred mes vencido y una vez termine el plazo de ejecución del convenio. (compromiso 15).

**MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024 CELEBRADO ENTRE LA FONDO FINANCIERO DITRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

- k. Certificación del mes, emitida por parte del Revisor fiscal de la Subred, por medio de la cual acredite que se encuentra al día en el pago de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, así como los propios del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 23 de la ley 1150 de 2007. (compromiso 24)

**8. Un octavo desembolso por valor de hasta \$730.162.847 valor exento de IVA, correspondientes a los aportes del Fondo Financiero Distrital de Salud, una vez sea aprobado por el supervisor, con la entrega de los siguientes productos finales que incluyan el periodo del 1 al 30 de junio de 2025:**

- a. Matriz de seguimiento a compromisos con reporte de avance para el periodo de gestión. (compromiso 1)
- b. Informe de gestión general - Plan Programático Presupuestal – PPP, para el periodo de gestión. (compromiso 2)
- c. Informe cualitativo de avance para el periodo de gestión en la estructura definida por el nivel central e incluida en anexo 5. lineamientos técnicos, que incluya la ejecución técnica, administrativa, de seguimiento a los indicadores de gestión de los equipos básicos extramurales según lo establecido en los anexos del presente convenio. (compromiso 3, 6, 7, 18 y 19)
- d. Matriz de ejecución financiera que contenga la gestión y resultados de la disponibilidad de: insumos, talento humano con sus respectivas hojas de vida, recursos tecnológicos, logísticos, y administrativos, en el instrumento definido por la supervisión del convenio (compromiso 1, 13 y 14).
- e. Informe de áreas físicas con condiciones adecuadas de conformidad con las normas de seguridad y salud en el trabajo. (compromiso 3)
- f. Informe de avance para el periodo de gestión correspondiente a la ejecución de la contrapartida. (compromiso 5)
- g. Informe de avance para el periodo de gestión de procesos de control social incluidas las veedurías ciudadanas y la rendición de cuentas si aplica para el periodo. (compromiso 8)
- h. Reporte de SEGPLAN de los proyectos de inversión que financian el convenio en la estructura definida por la supervisión del convenio del convenio de la Secretaría Distrital de Salud. (compromiso 7)
- i. Informe del avance para el periodo de gestión, del Plan de gestión documental para la ejecución del convenio (compromiso 9)
- j. Certificación cuenta bancaria exclusiva para el convenio, extractos bancarios y reporte de los movimientos con cargo a los centros de costos del proyecto de la subred mes vencido y una vez termine el plazo de ejecución del convenio. (compromiso 15).
- k. Certificación del mes, emitida por parte del Revisor fiscal de la Subred, por medio de la cual acredite que se encuentra al día en el pago de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, así como los propios del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 23 de la ley 1150 de 2007. (compromiso 24)

**9. Un Noveno desembolso por valor de hasta \$869.665.289 valor exento de IVA, correspondientes a los aportes del Fondo Financiero Distrital de Salud, una vez sea aprobado por el supervisor, con la entrega de los siguientes productos finales que incluyan el periodo del 1 al 31 de julio de 2025:**



**MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024 CELEBRADO ENTRE LA FONDO FINANCIERO DITRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

- a. Matriz de seguimiento a compromisos con reporte del periodo completo de ejecución del convenio. (compromiso 1)
- b. Informe de gestión general - Plan Programático Presupuestal –PPP, para el periodo de gestión. (compromiso 2)
- c. Base de datos de actividades de gestión del riesgo individual y colectivo, y de promoción para el cuidado de la salud, en la modalidad extramural de acuerdo con la salida de información de la herramienta de captura definida por la secretaria Distrital de Salud. (compromiso 4 y 7)
- d. Informe final, que incluya la ejecución técnica, administrativa, de indicadores de gestión y de los compromisos contractuales, de acuerdo con la estructura definida. (compromiso 4)
- e. Matriz de ejecución financiera que contenga la gestión y resultados de la disponibilidad de: insumos, talento humano con sus respectivas hojas de vida, recursos tecnológicos, logísticos, y administrativos, en el instrumento definido por la supervisión del convenio (compromiso 1, 13 y 14)
- f. Informe de áreas físicas con condiciones adecuadas de conformidad con las normas de seguridad y salud en el trabajo. (compromiso 3)
- g. Informe final de gestión correspondiente a la ejecución de la contrapartida. (compromiso 5)
- h. Informe final de procesos de control social incluidas las veedurías ciudadanas y la rendición de cuentas si aplica para el periodo. (compromiso 8)
- i. Reporte de SEGPLAN de los proyectos de inversión que financian el convenio en la estructura definida por la supervisión del convenio de la Secretaría Distrital de Salud. (compromiso 7)
- j. Informe final de Plan de gestión documental para la ejecución del convenio (compromiso 9)
- k. Planilla de pago mensual del talento humano que ejecuta las acciones del convenio firmada por el representante legal. (compromiso 14)
- l. Certificación cuenta bancaria exclusiva para el convenio, extractos bancarios y reporte de los movimientos con cargo a los centros de costos del proyecto de la subred mes vencido y una vez termine el plazo de ejecución del convenio en el instrumento definido por la supervisión del convenio (compromiso 15)
- m. Informe correspondiente al artículo 3° del Decreto 634 de 2023, el cual modificó el Decreto 332 de 2020 de la Alcaldía Mayor de Bogotá. (compromiso 20 y 21)
- n. Certificación emitida por el representante legal y revisor fiscal de la Subred, por medio de la cual acredite la ejecución de la totalidad de los recursos de la contrapartida, definidos en el plan de acción de la contrapartida de la Subred. (compromiso 23)
- o. Certificación del mes, emitida por parte del Revisor fiscal de la Subred, por medio de la cual acredite que se encuentra al día en el pago de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, así como los propios del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 23 de la ley 1150 de 2007. (compromiso 24)
- p. Certificación correspondiente al periodo total del convenio, emitida por el representante legal y revisor fiscal de la Subred, por medio de la cual se acredite que se manejaron los recursos del convenio en una cuenta bancaria exclusiva, manteniendo separada la contabilidad y sin realizar unidad de caja de los recursos desembolsados a través del presente convenio, que los recursos allí depositados sólo fueron utilizados para el pago de lo requerido en la ejecución del convenio, de acuerdo con la normatividad vigente relacionada, hasta la firma de la liquidación de este. (compromiso 25)
- q. Certificación emitida por el representante legal y revisor fiscal de la Subred por medio de la cual acredite la ejecución del porcentaje gastos administrativos y de insumos asignados al convenio. (compromiso 26).

**MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024 CELEBRADO ENTRE LA FONDO FINANCIERO DITRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

**PARAGRAFO PRIMERO.** La Subred debe presentar la primera cuenta de cobro y/o factura, dentro de los primeros tres (3) días calendario a la legalización del convenio; la segunda cuenta de cobro y/o factura, dentro de los primeros cinco (5) días hábiles del mes de enero de 2025, la tercera cuenta de cobro y/o factura, dentro de los primeros cinco (5) días hábiles del mes de febrero de 2025, la cuarta cuenta de cobro y/o factura, dentro de los primeros cinco (5) días hábiles del mes de marzo de 2025, la quinta cuenta de cobro y/o factura, dentro de los primeros cinco (5) días hábiles del mes de abril de 2025, la sexta cuenta de cobro y/o factura, dentro de los primeros cinco (5) días hábiles del mes de mayo de 2025, la séptima cuenta de cobro y/o factura, dentro de los primeros cinco (5) días hábiles del mes de junio de 2025, la octava cuenta de cobro y/o factura, dentro de los primeros cinco (5) días hábiles del mes de julio de 2025 la novena cuenta de cobro y/o factura, dentro del quinto día hábil finalizado el convenio; junto con la entrega de los anexos relacionados en el numeral 6 de desembolsos. La validación de estos se realizará por parte del equipo Técnico de la secretaria Distrital de Salud.

**CUARTA:** Modificar el numeral 6 y la nota e incluir los numerales 7, 8 y 9 de la cláusula SEXTA. - FORMA DE PAGO, conforme a la redistribución de recursos y a la adición presupuestal, la cual quedará de la siguiente manera:

**SEXTA. – FORMA DE PAGO:** Las partes acuerdan que los pagos correspondientes a la ejecución del presente convenio interadministrativo se realizarán de la siguiente manera:

(...)

6. Desembolso 6: se realizará por un valor de hasta \$384.722.375 del total de los aportes del FFDS valor exento de IVA, contra cuenta de cobro que deberá radicar dentro de los primeros cinco (5) días hábiles del mes siguiente a su ejecución, adjuntando los productos determinados para este desembolso, los cuales deben ser avalados por la supervisión.
7. Desembolso 7: se realizará por un valor de hasta \$730.162.847 del total de los aportes del FFDS valor exento de IVA, contra cuenta de cobro que deberá radicar dentro de los primeros cinco (5) días hábiles del mes siguiente a su ejecución, adjuntando los productos determinados para este desembolso, los cuales deben ser avalados por la supervisión.
8. Desembolso 8: se realizará por un valor de hasta \$730.162.847 del total de los aportes del FFDS valor exento de IVA, contra cuenta de cobro que deberá radicar dentro de los primeros cinco (5) días hábiles del mes siguiente a su ejecución, adjuntando los productos determinados para este desembolso, los cuales deben ser avalados por la supervisión.
9. Desembolso 9: se realizará por un valor de hasta \$ 869.665.289 del total de los aportes del FFDS valor exento de IVA, contra cuenta de cobro que se deberá radicar dentro de los primeros cinco (5) días hábiles a la terminación del plazo de ejecución del convenio, adjuntando los productos determinados para este desembolso, los cuales deben ser avalados por la supervisión.

Nota: El supervisor del convenio certificará el pago dentro de los tres (3) días hábiles posteriores a la presentación la cuenta de cobro, aplicando una reserva de glosa del 12% al valor pactado según Anexo No. 9 "criterios de glosa". El porcentaje base de reserva de glosa definido aplicará desde el segundo al noveno desembolso y podrá ser modificado de acuerdo con las variables que se presenten durante la ejecución de este.

**MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024 CELEBRADO ENTRE LA FONDO FINANCIERO DITRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

Los recursos derivados de la reserva de glosa serán conciliados una vez finalice el seguimiento retrospectivo por parte del equipo de apoyo a la supervisión, de forma previa al requerimiento de liquidación del convenio. En caso de resultar un saldo a favor del Fondo Financiero Distrital de Salud, la Subred se compromete a devolver dichos recursos, dentro del mes siguiente a la fecha de la conciliación financiera.

**QUINTA: MODIFICAR: Modificación del anexo 5. Lineamientos técnicos, en los apartes descritos a continuación, conforme a la redistribución de recursos y a la adición presupuestal, el cual quedará así:**

**Documento operativo EBEH**

**(...) Introducción:**

(...) Este documento describe las acciones de la interacción de cuidado para la salud familiar, donde se incluyen las actividades individuales y colectivas de los equipos operativos, las cuales son desarrolladas mediante diferentes formas de abordaje, que incluyen el contacto presencial y/o virtual para responder a diversas necesidades sociales y sanitarias de las familias, y ofrecer así múltiples ventajas para los procesos de identificación, gestión de riesgos y desarrollo de acciones de promoción del cuidado de la salud, que son emprendidas por promotores de salud y los demás profesionales y técnicos que conforman los Equipos Básicos Extramurales de Hogar. (...)

(...) Interacción integral e integrada Cuidado para la Salud Familiar:

Posteriormente, como resultado del contacto con la familia, a través de mecanismos de comunicación telefónica o el abordaje de territorios priorizados, donde se adelanta la caracterización familiar y teniendo en cuenta otras fuentes de información sectorial e intersectorial, se llevan a cabo planes de cuidado territorial, familiar e individual, que fortalecen las acciones de seguimiento familiar en aquellos núcleos donde se evidencian riesgos latentes para la salud y con quienes se emprenden acciones que permiten la transformación de condiciones de riesgo a partir de un trabajo concertado entre los equipos básicos extramurales y la familia; de igual forma, los planes de cuidado familiar e individual pueden ser emprendidos con familias que, si bien no están en territorios priorizados, si cuentan con condiciones prioritarias en salud que requieren la intervención por los equipos básicos, como lo son eventos de interés en salud pública, grupos de riesgo sin atención en salud y con factores determinantes que generan riesgo para la salud (Condiciones sociales, geográficas y determinantes proximales). (...)

**Planeación del Territorio:**

(...) Se establece un abordaje progresivo de la ciudad, dividido en fases y según las categorías de priorización, las mencionadas fueron definidas a nivel distrital, teniendo en cuenta los geoprocesos y datos estadísticos utilizados; por medio de los cuales se definió una clasificación para cada uno de los sectores catastrales:

Fase uno: categorías uno (prioridad alta) y cuatro (zonas rurales)

Fase dos: se mantiene categorías uno y cuatro y se adicionan las categorías dos y tres. Lo anterior teniendo en cuenta los parámetros de análisis. La delimitación de territorios (para el 100% del Distrito Capital) será por cantidad de hogares de acuerdo con las dinámicas geográficas del abordaje fase uno. La apropiación de los profesionales en salud se realizará de acuerdo con la concentración de



**MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024 CELEBRADO ENTRE LA FONDO FINANCIERO DITRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

población priorizada (crónicos, salud mental, gestantes, conducta suicida y conducta violenta) con los cuales se establece un esquema diferencial de abordaje.

Para la organización de este abordaje, posterior al análisis del nivel distrital, se realiza la verificación de información territorial a nivel local, donde se profundiza en características adicionales y específicas del área, lo que permite adaptar las estrategias de intervención de manera más precisa y eficaz, teniendo en cuenta las particularidades de cada sector. Por ende, se identifica la necesidad de construir de manera articulada la delimitación territorial, para ello se generarán mesas de trabajo geográficas con cada subred, en las cuales se realizará la digitalización de los límites territoriales, por parte de los componentes geográficos locales con el asesoramiento del componente geográfico distrital para la fase dos. (...)

**Apropiación territorial:**

(...) La asignación de profesionales en salud (medicina, enfermería, psicología, terapeutas, odontología y ciencias ambientales) por territorios se realizará teniendo en cuenta la concentración de casos de las diferentes poblaciones priorizadas en los territorios delimitados para la operación de los promotores. (...)

**Caracterización territorial:**

En este proceso se llevará la caracterización (apropiación del territorio por parte del promotor) de las condiciones del entorno geográfico, asegurando un análisis exhaustivo que permita identificar las particularidades del territorio. Esta labor la realizará el promotor en el marco de sus actividades por medio de cartografía colaborativa, la cual será suministrada por el componente geográfico de la subred en el momento de la asignación del territorio. Este ejercicio tiene como propósito adelantar un reconocimiento y análisis integral de los territorios asignados a cada uno de los Equipos Básicos Extramurales de Hogar, para avanzar en la apropiación de este, teniendo en cuenta la delimitación territorial, factores catastrales, poblacionales, sociales, de equipamiento social, identificación de barreras, actores clave (líderes naturales y formales) e institucional, entre otros elementos importantes para el desarrollo de los procesos de gestión territorial, familiar e individual establecidos en el marco del convenio EBEH.

La apropiación territorial se desarrollará teniendo en cuenta los siguientes parámetros:

- **Preparación inicial:** En este apartado se alistan los insumos (proporcionados por componente geográfico) y se adelanta la revisión de la ficha técnica y matriz a diligenciar, de manera que se tenga claridad de los aspectos a verificar en los recorridos en territorio.
- **Desarrollo de recorridos en terreno:** Por medio de la cartografía a mano alzada los promotores harán la Identificación de factores sociales, culturales, poblacionales, infraestructura, de seguridad, áreas industriales y comerciales, de acuerdo con los registros de la matriz de recolección de la información. Estos factores influyen en las dinámicas de desarrollo, bienestar y calidad de vida de una comunidad.
- **Socialización y análisis del ejercicio en el marco de Comité de Cuidado:** Los resultados obtenidos en la actividad de recorridos en territorio se socializarán con el resto de los perfiles del EBEH, de manera que se pueda avanzar en la complementariedad y análisis de características territoriales; lo anterior con el propósito de escalar el contexto territorial y facilitar la planeación de las acciones de gestión familiar y gestión de los planes de cuidado en las familias que así lo requieran. Como paso final de este apartado se debe entregar la información levantada en terreno al componente geográfico.

**MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024 CELEBRADO ENTRE LA FONDO FINANCIERO DITRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

- **Consolidación y reporte:** *El componente geográfico local será el encargado de consolidar y compilar la información recogida en terreno. Posteriormente entregará el reporte en la capa de caracterización dentro de la GDB en los tiempos establecidos en los entregables del componente.*  
*Nota: Ver ficha técnica en caja de herramientas y entregables relacionados en la tabla resumen del producto de abordaje territorial. (...)*

**Producto 1. AVANZADA PARA EL ABORDAJE TERRITORIAL**

**(...) Actividad 2. Acercamiento al territorio y gestión con líderes comunitarios y actores intersectoriales.**

**Estrategia comunitaria para la identificación de novedades en el territorio**

Para el desarrollo de la estrategia comunitaria, se establecen dos procesos encaminados al posicionamiento de las acciones de los BEH, la comunicación permanente con diferentes actores para la actualización de novedades en el territorio y la generación de acciones de respuesta requeridas:

- Comunicación y articulación permanente con los líderes comunitarios y actores intersectoriales que han sido contactados por parte del equipo en el desarrollo de sus actividades de gestión, de manera que se potencie el posicionamiento de las acciones desarrolladas por los EBEH y se constituya una fuente de comunicación permanente donde se informe al equipo, las novedades y necesidades que requieren el abordaje de los equipos interdisciplinarios.
- Articulación con los equipos de vigilancia comunitaria quienes faciliten a través de los encuentros que tienen con las comunidades, la socialización de acciones realizadas por los EBEH en territorio; inicialmente, dando a conocer el inicio de la II fase de implementación de los EBEH y se continuará de acuerdo con la necesidad del territorio y generación de nuevos espacios potenciales para el desarrollo de esta actividad. Así mismo, se debe propender que los espacios comunitarios y el proceso de vigilancia comunitaria se conviertan en una fuente de información para conocer nuevas necesidades presentes en los territorios, presencia de familias que no han recibido el abordaje y demás situaciones relevantes que aporten al fortalecimiento de la caracterización territorio y despliegue de las acciones de los EBEH.

Las actividades de articulación tanto con los actores sociales como con vigilancia comunitaria se llevarán a cabo de manera mensual, donde se lleve a cabo la socialización de acciones desplegadas en territorio a partir de la notificación y articulación realizada, dificultades presentadas para el desarrollo de estas y la recepción de novedades que establezca el territorio.

Se precisa, que el equipo de avanzada podrá generar otras acciones, que complementen la estrategia comunitaria para la identificación de novedades, acorde a las dinámicas propias de los diferentes territorios y los procesos de gestión territorial que allí se desplieguen. (...)

**Gestión Familiar del Riesgo:**

**(...) Planeación del Abordaje Familiar:**

El proceso de planeación de la atención comprende las actividades de definición de la estrategia de abordaje, admisión y agendamiento. El grupo de planeación del abordaje es un equipo transversal, liderado por un profesional de la salud, quien se encarga de realizar las actividades de planeación y priorización de las acciones de abordaje. Asimismo, este profesional debe garantizar la operativización del proceso de agendamiento, asegurando una atención adecuada y oportuna.

**MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024 CELEBRADO ENTRE LA FONDO FINANCIERO DITRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

Para la implementación de los EBEH en la segunda fase, se fortalecerá el abordaje a través de la estrategia de **Ruteo**, con un enfoque de intervención por eventos de riesgo poblacional en salud. Esta estrategia se fundamenta en la necesidad de optimizar los recursos y mejorar la efectividad de la atención en salud, adaptándose tanto a las demandas actuales como a los contextos cambiantes de las comunidades.

Teniendo en cuenta que la intervención por eventos de riesgo poblacional permite un abordaje más estratégico y orientado a la prevención, esta modalidad facilita la identificación, priorización y actuación específica sobre los riesgos más prevalentes dentro de la población. Promueve la intervención focalizada en los grupos más vulnerables y en los eventos de riesgo más críticos, lo que favorece un manejo más eficiente de los recursos y permite una mayor cobertura en menos tiempo. Además, la estrategia de ruteo posibilita la recolección de datos y el análisis de patrones de salud en la población, lo que facilita una planificación y priorización más adecuada de las intervenciones.

En el marco de la priorización de los grupos de riesgo, se establece el orden de abordaje según el criterio de prioridad de la condición de la población sujeto de intervención:

**Riesgo Alto:** Se refiere a los usuarios que presentan un riesgo elevado, identificados a partir de la detección de condiciones y situaciones específicas reflejadas en las bases de datos proporcionada por las fuentes de información. Para estos usuarios, se contemplan dos acciones clave:

- **Direccionamiento y asignación directa al profesional** pertinente quien llevará a cabo la intervención específica según la condición del paciente.
- **Gestión desde el perfil de promotor**, quien será responsable de la intervención, realizando todas las actividades necesarias conforme a los procedimientos establecidos y asegurando la derivación adecuada al perfil correspondiente, respetando siempre la priorización del riesgo.

**Riesgo Bajo:** Está orientado a los usuarios que, aunque presentan ciertos factores de riesgo, no alcanzan un nivel alto. Estos usuarios serán gestionados y seguidos de manera continua por el perfil de promotor, quien realizará un monitoreo constante para asegurar su bienestar. Además, se adaptará a las necesidades particulares de cada usuario, según la priorización previamente establecida.

A continuación, se precisan los criterios a tener en cuenta para realizar el abordaje de los casos por perfil de promotor o profesional de los EBEH para cada grupo de riesgo:

GRUPO DE RIESGO MATERNO					
RIESGO ALTO				BAJO	
ORDEN DE ABORDAJE POBLACIONAL	DERIVACIÓN DIRECTA PROFESIONAL	ORDEN DE ABORDAJE POBLACIONAL	GESTIÓN DEL PROMOTOR DERIVADO PARA ABORDAJE POR PROFESIONAL	ORDEN DE ABORDAJE POBLACIONAL	GESTIÓN DEL PROMOTOR
1	Gestantes con Morbilidad Materna Extrema post egreso hospitalario. NO ADHERENTE	1	Población gestante sin inscripción a controles prenatales	1	Gestantes Adherentes a la RIAS con alto riesgo biopsicosocial y obstétrico.
2	Población gestante con identificación de resultados positivos en pruebas de tamización NO ADHERENTE o sin tratamiento.	2	Población gestante con identificación de riesgo CCVM NO ADHERENTE	2	Gestantes Adherentes a la RIAS.
3	Gestantes con malnutrición, bajo peso u obesidad para la edad gestacional. NO ADHERENTE pertenecientes a estrato 1 y 2.	3	Población gestante con discapacidad. NO ADHERENTE CPN		

**MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024 CELEBRADO ENTRE LA FONDO FINANCIERO DITRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

	4	<u>Población gestante migrante y/o sin aseguramiento.</u>	
	5	<u>Población gestante cuidadora, NO ADHERENTE</u>	
	6	<u>Gestantes con malnutrición, bajo peso u obesidad para la edad gestacional, NO ADHERENTE, pertenecientes a estrato &gt; 2.</u>	
	7	<u>Gestantes con Edades Extremas, NO ADHERENTE</u>	
	8	<u>Usaria gestante con notificación por antecedentes de violencia.</u>	
	9	<u>Población gestante sin condiciones de riesgo adicionales sin adherencia a controles prenatales.</u>	

GRUPO DE RIESGO CONDICIONES CRÓNICAS			
RIESGO ALTO		RIESGO BAJO	
ORDEN DE ABORDAJE POBLACIONAL	GESTIÓN DEL PROMOTOR DERIVADO PARA ABORDAJE POR PROFESIONAL	ORDEN DE ABORDAJE POBLACIONAL	GESTIÓN DEL PROMOTOR
1	<u>Paciente con patología Crónica NO controlado (cifras tensionales superiores 180/110 o Hemoglobina glicosilada mayor a 10%).</u>	1	<u>Personas con resultado de riesgo cardiovascular, según tablas OMS en riesgo alto y muy alto.</u>
2	<u>Paciente con patología Crónica NO adherente, ultimo control &gt; 12 meses.</u>	2	<u>Personas con resultado de riesgo cardiovascular, según tablas OMS en riesgo alto y muy alto.</u>
3	<u>Usuarios post egreso hospitalario IAM-ACV, sin control</u>	3	<u>Personas con resultado de tamizaje Findrisc con riesgo alto y muy alto.</u>
4	<u>Persona con capacidad de gestar con intención reproductiva con patología crónica sin atención.</u>	4	<u>Personas con resultado de tamizaje Framingham mayor a 20%, en la valoración por parte de medicina.</u>
5	<u>Usuarios con patología crónica (HTA-DM) cuidadores de personas con alta dependencia sin atención.</u>	5	<u>Pacientes con patología crónica (DM e HTA) Adherentes a la RIAS.</u>
6	<u>Paciente con patología Crónica (sin aseguramiento, y/o población migrante)</u>	6	<u>Persona con capacidad de gestar sin intención reproductiva con patología crónica sin método de regulación de la fecundidad, sin atención</u>

GRUPO DE RIESGO SALUD MENTAL			
RIESGO ALTO		RIESGO BAJO	
ORDEN DE ABORDAJE POBLACIONAL	DERIVACIÓN DIRECTA PROFESIONAL	ORDEN DE ABORDAJE POBLACIONAL	GESTIÓN DEL PROMOTOR
1	<u>Usuario notificado por riesgo estructurados para Conducta suicida (ideación, intento).</u>	1	<u>Trastornos mentales de base en tratamiento, adherentes a la RIAS.</u>
2	<u>Usuarios con Depresión según reporte por fuente</u>	2	<u>Usuarios con resultado de APGAR Familiar en disfunción moderada.</u>
3	<u>Usuarios con Ansiedad según reporte por fuente.</u>		
4	<u>Usuario con notificación por antecedentes de violencia sexual</u>		
5	<u>Usuario con notificación SIVIM por antecedentes de violencia reiterada.</u>		
6	<u>Casos de duelo asociado a suicidio consumado derivadas desde SISVECOS, así como casos de duelo identificados desde abordaje territorial.</u>		
7	<u>Usuario con conducta violenta según reporte de fuentes.</u>		
8	<u>Factor de riesgo psicosocial identificados por las fuentes de información</u>		
9	<u>Factor de riesgo psicosocial de acuerdo con identificación de promotor.</u>		
10	<u>Usaria gestante con notificación por antecedentes de violencia.</u>		

**MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024 CELEBRADO ENTRE LA FONDO FINANCIERO DITRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

11	Usuarios con resultado de APGAR Familiar en disfunción severa.
----	--

GRUPO DE RIESGO MENOR DE 18 MESES					
RIESGO ALTO					
ORDEN DE ABORDAJE POBLACIONAL	DERIVACIÓN DIRECTA PROFESIONAL	ORDEN DE ABORDAJE POBLACIONAL	GESTIÓN DEL PROMOTOR DERIVADO PARA ABORDAJE POR PROFESIONAL	ORDEN DE ABORDAJE POBLACIONAL	GESTIÓN DEL PROMOTOR
1	Niños y niñas menores de 18 meses con antecedente de hospitalización por EDA perteneciente a cohorte de riesgo (prematurez, DNT, bajo peso al nacer, patologías crónicas, defectos congénitos) y reconsultantes o reingreso.	1	Niños y niñas Dx de bronquiolitis de alto riesgo sin control en < 18 meses, enfermedad congénita cardiovascular y neurológicas, displasia broncopulmonar, trastornos congénitos de vías respiratorias, síndrome de Down, DNT aguda, inmunodeficiencia post egreso sala era no contactables o sin asistencia a control.	1	Niños y niñas menores de 18 meses con antecedente de hospitalización por IRA, Sala ERA, EDA y DNT adherentes a las RIAS.
2	Niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda moderada y severa sin acceso a servicios de salud, sin atención o no incluidos en evento 113 o con condiciones de riesgo asociadas identificadas por el SISVAN	2	Niños y niñas menores de 6 meses con bajo peso al nacer, inadherentes al programa Madre Canguro.	2	Niños y niñas menores de 18 meses SIN ADHERENCIA A LA RIAS de PyM.
3	Niños y niñas menores de 18 meses con clasificación nutricional de riesgo de desnutrición aguda según indicador de peso para la talla (RESOLUCIÓN 2465/2016), CIRCULAR 014/2023 SDS Entre -1.5 y -2.0.	3	Prematuridad y bajo peso al nacer inadherentes al programa Madre Canguro.	3	RN sin control
-	-	4	Niños y niñas menores de 18 meses con DX de Cáncer Infantil SIN ADHERENCIA al tratamiento.	4	Menores de 18 meses adherente a las RIAS
-	-	5	Casos de Morbilidad Neonatal Extrema, referidos por Vigilancia en Salud Pública, con condición de alto riesgo y necesidad de abordaje familiar.	-	

GRUPO DE RIESGO DISCAPACIDAD			
RIESGO ALTO		RIESGOS BAJO	
ORDEN DE ABORDAJE POBLACIONAL	DERIVACIÓN DIRECTA PROFESIONAL	ORDEN DE ABORDAJE POBLACIONAL	GESTIÓN DEL PROMOTOR
1	Personas con discapacidad sin atenciones para su condición.	1	Personas con discapacidad con adherencia a la RIAS.
2	Personas con discapacidad sin adherencia a las RIAS con limitación de movilidad.	-	-
3	Paciente con patología Crónica - con discapacidad.	-	-

Para el abordaje de los usuarios mediante la estrategia de ruteo, se contará con la información remitida por diversas fuentes de datos, siguiendo la identificación de un riesgo. El equipo técnico de la SDS llevará a cabo un proceso de depuración, con el objetivo de identificar a los usuarios que cumplan con los criterios de inclusión para esta estrategia, así como la información necesaria para la gestión de los casos. Aquellos usuarios que no cumplan con los criterios de inclusión serán devueltos a la fuente de información que inicialmente los remitió.

Una vez depurada la información, se procederá con un proceso de geocodificación de las direcciones, con el fin de asignar los casos a cada SISS, validando aquellos casos que ya cuentan con caracterización por parte del promotor. Es importante señalar que aquellos casos que no puedan ser geocodificados pero que cuenten con datos de contacto serán asignados a las SISS a través del aplicativo GTAPS o cualquier otro medio previamente establecido.



**MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024 CELEBRADO ENTRE LA FONDO FINANCIERO DITRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

Como parte del proceso de gestión inicial de los casos, una vez que la subred cuente con la información de los casos asignados para atención bajo la estrategia de ruteo, se realizan algunas actividades antes del desplazamiento del equipo a la vivienda del usuario, y se detallan a continuación:

- **Soporte de Información:** El grupo encargado de soporte de información de la subred realizará un cruce de bases de datos de usuarios asignados, considerando la caracterización familiar, el PGP, las bases de defunciones, y las bases de las RIAS (como Promoción y Mantenimiento, materno-perinatal, alteraciones nutricionales, entre otras) para determinar la pertinencia de la atención por parte de los EBEH, de acuerdo con el criterio o motivo de priorización.
- **Revisión por el Profesional de Acceso:** El profesional de acceso, quien coordinará las acciones desarrolladas por el equipo de acceso, revisará los usuarios asignados a la SISS para llevar a cabo las actividades de planeación necesarias para iniciar la gestión de los casos. Entre las actividades previas se incluye la revisión de bases de datos, la definición del orden de atención según prioridades, y la organización y agrupación de casos por sector catastral, de manera que el agendamiento de los usuarios se realice considerando la cercanía geográfica, optimizando los desplazamientos del EBEH en el terreno.
- **Contacto y Verificación de Datos:** Posteriormente, el promotor realizará el contacto telefónico con el usuario y verificará las fuentes de información disponibles en la subred para actualizar y/o confirmar los datos de ubicación, con el objetivo de detallar las acciones correspondientes a cada caso y garantizar que la intervención sea lo más eficiente posible.

Este proceso de gestión asegura que el abordaje de los casos sea realizado de manera ordenada y priorizada, optimizando los recursos y mejorando la efectividad en la atención de los usuarios.

Una vez los casos sean asignados a los Equipos Básicos Extramurales (EBEH), al promotor o al profesional según el tipo de riesgo, los profesionales asignados para el seguimiento a cohortes de riesgo, iniciará un monitoreo detallado del abordaje y la respuesta a las necesidades identificadas, de acuerdo con el criterio de priorización establecido. Es importante señalar que este proceso requerirá de una continua línea técnica para el desarrollo de las acciones en el marco de las estrategias integrales de abordaje, garantizando una atención adecuada y oportuna para cada caso.

**Caracterización Familiar:**

**Productos 2, 3 y 54. ABORDAJE TERRITORIAL (Urbano y Rural).**

(...) Este abordaje, se lleva a cabo a partir de la priorización de diferentes territorios en el distrito, mediante un análisis multivariado que integra criterios de vulnerabilidad, información epidemiológica, así como el desarrollo conjunto y articulación con diferentes estrategias desarrolladas a nivel sectorial e intersectorial (Detallado en el apartado de Gestión territorial), de manera que se avanza en la asignación y apropiación del territorio del promotor, quien emprende los procesos de gestión familiar a través de diferentes canales y actividades para la identificación de riesgos, su gestión y el desarrollo de acciones de promoción del cuidado.

**Forma de reporte de ejecución del producto**

- El reporte del producto se realiza con una periodicidad mensual, donde se deben relacionar el número de familias que fueron intervenidas durante el mes, con el desarrollo de todas las actividades que integra el producto. Se reportará una unidad por cada familia abordada de manera presencial en las actividades de caracterización, actualización o seguimiento, o una unidad por cada 4 familias con contacto efectivo de manera virtual, con quienes se adelanta procesos de identificación de riesgos,

**MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024 CELEBRADO ENTRE LA FONDO FINANCIERO DITRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

concertación de plan de cuidado y acciones de promoción de la salud y derivaciones, acorde a la prioridad.

- Para el caso de los perfiles que participan en jornadas de intensificación requeridas desde la Secretaría Distrital de Salud, se reportarán 2 unidades cuando se trate de media jornada y 4 cuando sea jornada completa, por cada promotor que participe.
- Para el caso de los seguimientos telefónicos (Actividad 3) se podrán reportar en el informe de gestión como una (1) unidad, al haber completado y soportado 7 seguimientos telefónicos; aplica para abordajes en la zona urbana.
- Como producto del seguimiento mensual realizado desde la Secretaría Distrital de Salud, se notificará a las subredes, los casos de los promotores que alcance el 90% o más de efectividad en la gestión de los casos de riesgo alto asignados; de manera que la subred podrá reportar en el mes siguiente 4 unidades, correspondientes a 8 horas de incentivo para que dichos promotores puedan tener un espacio de autocuidado y MAS bienestar personal.
- Una vez se adelanten jornadas de apropiación territorial, se podrán reportar 8 unidades para el caso de territorios nuevos (No apropiados ni abordados previamente), correspondiente a dos días en los cuales el talento humano podrá desarrollar las acciones definidas en la ficha técnica de apropiación territorial, soportado con los entregables definidos para dicha actividad. Si se trata de promotores nuevos en el proceso, que adelantan la apropiación de territorios que previamente ya han sido reconocidos por otro promotor; podrán reportar 2 unidades correspondientes a 4 horas en las que pueda hacer la verificación de los entregables que se diligenciaron en su momento a partir de los recorridos y análisis de las condiciones territoriales.

**Actividad 1. Atención inicial para la identificación de riesgos.**

(...) Las acciones desarrolladas por los promotores de salud serán acorde a los procesos de análisis y microplaneación que se realizan en el nivel de gestión territorial y planeación conjunta con el equipo de acceso, de manera que se logre la implementación de dos estrategias principales:

**(...) Barrido casa a casa**

(...) Los promotores deberán adelantar las acciones de barrido casa a casa, acorde a la identificación de zonas con mayor necesidad dentro de su territorio apropiado; esto incluye el análisis conjunto con el resto del equipo, de manera que se pueda identificar zonas del territorio con concentración de eventos de interés en salud pública, agrupación de familias que comparten características poblacionales, sociales, culturales, que requieran el abordaje casa a casa, condiciones particulares que sean referidas por el equipo de avanzada, u otro actor sectorial, intersectorial o comunitario, o el desarrollo de estrategias intersectoriales como las Manzanas del Cuidado, entre otras referidas por la SDS. **El barrido casa a casa se realizará acorde a la prioridad y una vez se haya garantizado el abordaje de las prioridades reportadas a los EBEH para su intervención mediante la estrategia de ruteo, o antes, en caso de tratarse de contingencias, jornadas de intensificación o requerimientos informados desde nivel central.** (...)

**(...) Ruteo para la búsqueda de casos específicos de poblaciones de riesgo**

La estrategia de ruteo, está dirigida al abordaje de casos que son priorizados a partir de diferentes procesos de articulación con actores sectoriales o intersectoriales, donde se adelanta la identificación de familias que requieren la atención por los EBEH; para ello, el equipo del componente geográfico y gestión de la SDS, realizará la depuración, georreferenciación y asignación de casos a la subred, de manera que se inicie el proceso de gestión por el equipo correspondiente al lugar de residencia de cada caso, en coherencia con la apropiación territorial. (...)

**MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024 CELEBRADO ENTRE LA FONDO FINANCIERO DITRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

Una vez recibidos los casos por la subred, se deberá adelantar un proceso de depuración, organización de abordaje según prioridad y entrega a cada promotor según apropiación territorial, con el fin de realizar contacto telefónico con el 100% de los casos que hacen parte de sus territorios para dar inicio a las acciones de gestión de riesgos y acciones de promoción de la salud. El promotor realizará el primer contacto telefónico, donde se podrá definir un estado para cada caso (programado contactado, programado no contactado, rechazado, fuera de Bogotá, Otra subred, fallecido, no requiere visita con gestión efectiva), El estado de la gestión será registrado en el aplicativo GTAPS, módulo de ruteo, de la siguiente manera:

- Programado contactado: Corresponde a contacto telefónico efectivo, aceptación de la atención, concertación y programación de la visita que realizara el perfil de los EBEH que corresponda, según información referida por la familia por el canal telefónico. (...)

**(...) Acciones propias de la atención inicial para la identificación de riesgos:**

**Contacto Virtual-Telefónico:**

El promotor contará con la base de datos de los casos con prioridad que se encuentren en su territorio y que han sido identificados y remitidos por las diferentes fuentes para el abordaje de los EBEH; a partir de ello, realizará contacto telefónico con cada una de las familias, teniendo en cuenta el orden de abordaje relacionado en las tablas del apartado de “Planeación del abordaje familiar de la Gestión Familiar del Riesgo”. En este primer contacto telefónico, se definirá un estado inicial, donde para el caso de contactos efectivos (Programado contactado), el promotor deberá adelantar las siguientes acciones durante la llamada:

- Confirmación de datos de ubicación.
- Confirmación de condición de salud por la cual fue referido el caso, de manera que se identifique si el riesgo o condición de riesgo persiste o no.
- Revisión de información de Historia Clínica, a través de Visor o mecanismo dispuesto para tal fin, de manera que se pueda corroborar asistencia a citas médicas, tratamientos instaurados, planes de manejo, etc.
- Indagar por conformación familiar y otros riesgos en salud, prioridades y/o eventos de interés en salud pública presenten en alguno de los integrantes de la familia.
- Clasificación del riesgo, acorde a la información verificada y a lo referido por la familia.

A partir de la clasificación de riesgo adelantada, el promotor deberá proceder a la instauración del plan de cuidado familiar, el cual deberá contener las acciones de promoción de la salud que realiza, acorde a la conformación familiar que logra indagar, las necesidades de la familia, campañas y acciones de información en salud que se deban realizar según alertas en salud o jornadas de promoción del cuidado.

De igual forma, como parte del plan de cuidado instaurado, se establece la concertación de compromisos con la familia y de próximos contactos presenciales. Para las familias que en el contacto telefónico se identifiquen con prioridad alta, se definirá el abordaje por el profesional del EBEH que corresponda, quien se encargará de la implementación del plan de cuidado con las estrategias integrales que se requieran según a prioridad (Tabla de criterios, prioridades estrategias de plan de cuidado familiar); en estos casos, el promotor, debe informar a la familia el perfil y nombre del profesional que lo contactará posteriormente para su abordaje presencial en la vivienda.

**MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024 CELEBRADO ENTRE LA FONDO FINANCIERO DITRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

Por su parte, las familias con riesgo bajo seguirán siendo acompañadas por el promotor de salud, quien verificará si ya cuentan con caracterización en el hogar y la fecha de la misma, de manera que para las familias que no cuenta con caracterización o que esta fue hace más de un año, en la misma llamada, se concerte la visita a realizar para su caracterización o actualización, según corresponda. En caso de contar con caracterización menor a un año, el promotor continuará con seguimientos acorde a la periodicidad establecida según prioridad familiar.

Es importante señalar que, para los usuarios que requieran realizar caracterización, actualización o que se encuentren con estado de "no contactado" (después de tres intentos de contacto en momentos diferentes), se deberá hacer la visita de manera presencial. En estos tres casos, el tiempo de visita será el siguiente: para el grupo de riesgo de gestantes, la visita debe realizarse dentro de las 48 horas posteriores al contacto telefónico; para menores de 5 años, dentro de las 72 horas; y para el grupo de riesgo de condiciones crónicas, se establece un plazo de hasta una semana para realizar el acercamiento presencial, con el fin de llevar a cabo la acción definida por el promotor de acuerdo al contacto telefónico.

Así mismo, como parte del plan de cuidado instaurado, se encuentran las derivaciones que se requieran a los diferentes actores sectoriales, intersectoriales y comunitarios, según las necesidades de la familia. Esto, a través de los mecanismos de activación de rutas mediante aplicativo SIRC, agendamiento de citas en cada subred, agendamiento en los canales dispuestos por las EPS. Estas acciones se encuentran descritas y detalladas en la actividad de "Plan de Cuidado familiar en respuesta a necesidades en salud identificadas". Todas las acciones desarrolladas, se deberán registrar en el aplicativo GTAPS.

**Contacto Presencial:**

El contacto presencial se deberá adelantar en los casos concertados en el contacto telefónico para familias sin caracterización o caracterizadas hace más de un año, que requieren actualización, las cuales corresponden a riesgo bajo; familias no contactadas en el intento telefónico de riesgo alto y familias abordadas mediante la estrategia de barrido casa a casa o estrategias referidas desde la SDS.

Para los casos abordados de manera presencial, que hacen parte de la estrategia de ruteo, se debe avanzar en el registro de la gestión, para evidenciar la resolutivez y efectividad del caso. Esta acción corresponde a gestión final del caso una vez el equipo haya realizado el desplazamiento a la vivienda del usuario luego de realizar las actividades contempladas en el primer momento (Gestión a través de contacto telefónico) y en los casos en que el usuario acepte recibir la visita de los perfiles de los EBE.

Tras haber realizado el desplazamiento a la vivienda de los usuarios programados contactados o no, se podrán obtener los siguientes estados de la visita:

- Efectiva: Usuario con atención realizada a nivel familiar o individual.
- Rechazada: Familia que manifiesta disenterimiento, dado que manifiesta no querer participar del proceso de abordaje familiar; para ello, el equipo debe comunicar claramente el objetivo y beneficios de este y contar con formato de disenterimiento de la familia.
- No residencial: Caso en el que se realiza desplazamiento a la dirección registrada para el usuario y se verifica que el predio corresponde a uso no residencial.
- Fallida: Se denomina tras realizar tres intentos de búsqueda del usuario.
- No requieren la intervención o no cumplen criterio de abordaje: Corresponde a familias que, al ser verificadas por el equipo, se identifica que no presenta riesgos en salud y no requiere concertación e



**MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024 CELEBRADO ENTRE LA FONDO FINANCIERO DITRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

implementación de plan de cuidado a través de una de las estrategias integrales de los EBEH; estas familias contarán únicamente con el registro de un abordaje por el perfil a cargo, donde se relacionen las acciones promocionales adelantadas y justificación del estado.

Esta información deberá ser registrada en el aplicativo GTAPS -Módulo de ruteo, de acuerdo con los parámetros establecidos para dar estado final a la gestión que inició en la estrategia ruteo.

- **Nota:** Se deberá realizar seguimiento de manera semanal por el profesional de apoyo, en articulación con el profesional de acceso y profesionales de seguimiento a cohortes, al avance en la gestión de los casos asignados y generar las alertas tempranas necesarias. (...)

**(...) Actividad 2. Plan de Cuidado familiar en respuesta a necesidades en salud identificadas.**

**(...) Acciones de promoción de la salud:**

Para el caso de familias con gestantes, se socializará la estrategia de Guardianes de Gestantes con MAS Bienestar, la cual es desarrollada por los profesionales de medicina del EBEH, quienes contactarán a las gestantes y un padrino que participará en las sesiones de fortalecimiento de capacidades para el cuidado de la salud de ellas y el recién nacido, así como la movilización en caso de identificar riesgos en salud o alertas que requieran la atención del equipo de salud.

**(...) Acciones de gestión de los riesgos identificados:**

**(...) Derivaciones para plan de cuidado individual:**

De igual forma, se deberá adelantar el proceso a través del aplicativo SIRC, para los usuarios que requieran activación a otras rutas, complementando la respuesta descrita anteriormente para los usuarios con clasificación tipo 3 y 4; en estos se realiza la canalización a la entidad promotora de servicios de salud (EAPB), entorno cuidador del PSPIC, entidad distrital intersectorial y/o oficina de atención al usuario de las subredes integradas de servicios de salud, para que realicen la gestión a estas necesidades según competencias. Lo anterior, como parte del proceso de prescripción social que se realice a partir de la identificación de necesidades que puedan ser resueltas a través del trabajo conjunto con otras entidades o activos comunitarios. (...)

**Actividad 3. Seguimiento Familiar.**

(...) Una vez se ha cumplido el año a partir de la caracterización familiar, se realizará abordaje presencial para la actualización de la familia, siguiendo los mismos parámetros establecidos en las actividades 1 y 2 de este producto.

Para el desarrollo de los seguimientos que adelanta el promotor en la ruralidad dispersa de la localidad de Sumapaz, se tomará la periodicidad establecida para las familias de prioridad alta, desarrollando tres seguimientos en el año a partir de la caracterización, teniendo en cuenta que entre un seguimiento y otro debe haber 3 meses; estos seguimientos se desarrollarán de manera presencial.

**(...) Productos. PLAN DE CUIDADO FAMILIAR**

(...) Las acciones de plan de cuidado familiar se adelantarán en dos modalidades; de manera presencial y con la vinculación de algunos seguimientos telefónicos de acuerdo a la prioridad, estas acciones se encuentran directamente relacionados con las prioridades identificadas en la caracterización realizada por el promotor (...)



**MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024 CELEBRADO ENTRE LA FONDO FINANCIERO DITRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

(...) Los casos a abordar por los profesionales, son contactados previamente por el promotor de salud del territorio donde reside la familia, de manera que una vez son derivados a los profesionales ya han tenido un contacto previo y clasificación inicial de riesgo, de manera que los que se priorizan para el desarrollo de las estrategias integrales son familias de prioridad alta que así lo requieren. No obstante, se cuenta con casos como los relacionados con salud materna, SAN, discapacidad y salud mental que requieren un abordaje prioritario e inmediato por los profesionales, por lo que no serán asignados para un contacto previo por promotor, sino que deberán ser abordados directamente por profesional que corresponda. Así mismo, los casos referidos para salud bucal y salud ambiental, donde los profesionales de odontología y ciencias ambientales realizarán el abordaje de manera directa a la familia.

Los casos contactados por el promotor son derivados a los profesionales correspondientes, quienes son organizados acorde a la pertinencia técnica según el criterio de priorización de la familia, y son los responsables de las acciones de caracterización (...)

**(...) Forma de reporte de ejecución del producto:**

- Se reporta una unidad por cada sesión familiar realizada.
- Para el caso de desarrollar sesiones familiares virtuales por los profesionales de terapias y enfermería, podrá reportar una unidad por cada 4 seguimientos adelantados y en caso de perfil de psicología, una unidad por cada 2 seguimientos realizados. Por su parte, para el perfil de agente de cambio, se reportará una unidad por sesión familiar, bien sea presencial o virtual; aplica para abordajes en la zona urbana.
- Como producto del seguimiento mensual realizado desde la Secretaría Distrital de Salud, se notificará a las subredes, los casos de los profesionales que alcance el 90% o más de efectividad en la gestión de los casos asignados; de manera que la subred podrá reportar en el mes siguiente 4 unidades, correspondientes a 8 horas de incentivo para que dichos profesionales puedan tener un espacio de autocuidado y MAS bienestar personal.
- Para el caso de los perfiles que participan en jornadas de intensificación requeridas desde la Secretaría Distrital de Salud, se reportarán 2 unidades cuando se trate de media jornada y 4 cuando sea jornada completa, por cada perfil que participe.

**Actividad 1. Contacto inicial con la familia para la implementación del plan de cuidado familiar.**

(...) Para los casos que, desde el proceso de planeación del abordaje, sean asignados directamente para al profesional debido a su clasificación de riesgos y criterios de priorización, el profesional deberá realizar la concertación de la visita de manera telefónica. De acuerdo al resultado de este primer contacto, se podrá definir un estado para cada caso, que podrá ser: programado contactado, programado no contactado, rechazado, fuera de Bogotá, otra subred, fallecido o no requiere visita con gestión efectiva. Este estado de la gestión será registrado en el aplicativo GTAPS, módulo de ruteo. (Ver descripción de la definición de cada estado en el numeral 1.2.3.1, ítem Ruteo para la búsqueda de casos específicos de poblaciones de riesgo). Posterior a la concertación de la visita el profesional deberá realizar acercamiento a la vivienda para el inicio del proceso y realimentar el estado final del seguimiento del 100% de los casos asignados registrando alguno de los siguientes estados de la visita:

- Efectiva: Usuario con atención realizada a nivel familiar o individual.
- Rechazada: Familia que manifiesta disenterimiento, dado que manifiesta no querer participar del proceso de abordaje familiar; para ello, el equipo debe comunicar claramente el objetivo y beneficios de este y contar con formato de disenterimiento de la familia.

**MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024 CELEBRADO ENTRE LA FONDO FINANCIERO DITRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

- No residencial: Caso en el que se realiza desplazamiento a la dirección registrada para el usuario y se verifica que el predio corresponde a uso no residencial.
- Fallida: Se denomina tras realizar tres intentos de búsqueda del usuario.
- No requieren la intervención o no cumplen criterio de abordaje: Corresponde a familias que, al ser verificadas por el equipo, se identifica que no presenta riesgos en salud y no requiere concertación e implementación de plan de cuidado a través de una de las estrategias integrales de los EBEH; estas familias contarán únicamente con el registro de un abordaje por el perfil a cargo, donde se relacionen las acciones promocionales adelantadas y justificación del estado.

Esta información deberá ser registrada en el aplicativo GTAPS-Módulo de ruteo, de acuerdo con los parámetros establecidos para dar estado final a la gestión que inició en la estrategia ruteo.

- **Nota:** Se deberá realizar seguimiento de manera semanal por el profesional de apoyo, en articulación con el profesional de acceso, al avance en la gestión de los casos asignados y generar las alertas tempranas necesarias. (...)

**Actividad 2. Caracterización Social y Ambiental (CSA).**

(...) Es por ello, que los casos que no cuenten con caracterización previa, deberán ser caracterizados por el perfil que va a desarrollar el plan de cuidado familiar; así mismo, en las familias que ya cuentan con caracterización previa, si se identifican integrantes en el hogar, que no hayan sido caracterizados, deberán ingresarlos al aplicativo, en el formulario de creación de integrante y alertas.

En caso de que la caracterización sea realizada por un perfil diferente a enfermería, no se realizará el diligenciamiento del formulario de signos y medidas antropométricas, los cuales serán desarrollados en los momentos de seguimiento o actualización a desarrollar por profesionales de enfermería o promotores, acorde a pertinencia técnica. Se precisa, que los profesionales de nutrición deberán diligenciar el formulario de medidas para los menores de 5 años en seguimiento por eventos priorizados para este perfil. (...)

**(...) Actividad 4. Implementación y Seguimiento del Plan de Cuidado Familiar.**

- Para el caso de familias con gestantes, se socializará la estrategia de Guardianes de Gestantes con MAS Bienestar, la cual es desarrollada por los profesionales de medicina del EBEH, quienes contactarán a las gestantes y un padrino que participará en las sesiones de fortalecimiento de capacidades para el cuidado de la salud de ellas y el recién nacido, así como la movilización en caso de identificar riesgos en salud o alertas que requieran la atención del equipo de salud. (...)
- (...) Lo anterior, como parte del proceso de prescripción social que se realice a partir de la identificación de necesidades que puedan ser resueltas a través del trabajo conjunto con otras entidades o activos comunitarios. (...)
- (...) **Nota 2:** En el desarrollo del plan del cuidado familiar, se establece la oportunidad de vincular acciones de seguimiento a través de la modalidad virtual como una estrategia clave para garantizar la continuidad del cuidado, fortalecer la participación familiar y optimizar los recursos disponibles. El uso de herramientas digitales y llamadas telefónicas facilita el acompañamiento integral a las familias, promoviendo la prevención de enfermedades, el bienestar en salud mental y la inclusión social. (...)

Teniendo en cuenta que, en el marco del Plan de Aceleración para la Reducción de la mortalidad materna, que se ha emprendido bajo direccionamiento del MSPS, y para el caso de Bogotá, a través de la estrategia

**MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024 CELEBRADO ENTRE LA FONDO FINANCIERO DITRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

de ángeles guardianes, se deberá adelantar estricto seguimiento a los casos reportados, según la periodicidad definida en la ficha técnica y documento de la estrategia que se encuentra en la caja de herramientas, y que dicha implementación requiere seguimientos presenciales frecuentes con la familia, se establece la posibilidad, de realizar seguimientos telefónicos, los cuales deberán ser alternados con los presenciales, garantizando que las dos primeras sesiones de abordaje familiar, y la final sean de manera presencial y los intermedios sean alternados.

Para las estrategias integrales de salud mental, es fundamental ofrecer un acompañamiento continuo durante el proceso de intervención, asegurando que el usuario reciba el apoyo necesario en todo momento. En este sentido, el profesional tendrá la oportunidad de vincular hasta el 50% de las sesiones de seguimiento en modalidad telefónica, según lo establecido en los planes de cuidado.

Específicamente, las primeras dos sesiones serán clave para la intervención, las cuales deberán ser presenciales; durante estas, se definirá el plan de cuidado y se realizará una evaluación detallada para determinar la pertinencia y oportunidad de incorporar la modalidad virtual al plan de manejo. Esta evaluación incluirá una identificación técnica de los beneficios que la modalidad virtual puede aportar al proceso terapéutico, así como un análisis de la severidad del evento y que NO represente en riesgo de letalidad el usuario índice o de algún integrante del grupo familiar, garantizando la seguridad y efectividad del acompañamiento. Por último, la sesión de cierre se llevará a cabo de manera presencial, lo que permitirá consolidar el proceso de intervención, la evaluación de los resultados y el cumplimiento de los objetivos establecidos para la implantación del plan de cuidado.

Para la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad la Terapeuta lleva a cabo cuatro sesiones con la familia que incluye a un integrante con discapacidad y a su persona cuidadora, en el marco del Plan de Cuidado Familiar – RBC. La tercera sesión podrá realizarse de manera virtual y servirá como seguimiento a las acciones implementadas por la familia, tanto aquellas recomendadas por la estrategia como las adelantadas por otros perfiles profesionales (Psicología y Auxiliar de Cuidado), en caso de que se trate de una familia vinculada a la estrategia MAS Bienestar para la Familia Cuidadora. En el caso de las familias vinculadas a la estrategia MAS Bienestar para la Persona Cuidadora, se podrá complementar con un seguimiento telefónico previo al cierre del proceso, con el fin de incorporar elementos clave del proceso familiar en las intervenciones de los demás perfiles de la estrategia, como el auxiliar de cuidado y el psicólogo.

Para el caso del Agente de cambio que brinda acompañamiento en el proceso de empoderamiento de la persona con discapacidad, en el marco del Plan de Cuidado Familiar – RBC, aportando a la ruta de inclusión de población con discapacidad, podrá realizar una sesión de seguimiento telefónico para fortalecer aspectos identificados en la familia.

Esta modalidad permite mantener una comunicación efectiva y flexible, adaptándose a las necesidades del usuario y asegurando la continuidad del proceso. Es relevante destacar que estos seguimientos corresponderán a las sesiones intermedias del proceso, brindando un espacio y oportunidad de fortalecer el desarrollo de las intervenciones, dando continuidad al plan de manejo establecido, conforme se avance en el proceso vinculado nuevas modalidades de intervención al territorio.

**Nota 3.** Para el caso los perfiles que participen en jornadas de intensificación donde no se desarrollan actividades de atención individual, requeridas desde la Secretaría Distrital de Salud, se reportará 1 unidad cuando se trate de media jornada y 2 cuando sea jornada completa, por cada profesional en enfermería que participe.

**MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024 CELEBRADO ENTRE LA FONDO FINANCIERO DITRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

**(...) Actividad 5. Evaluación y cierre del Plan de Cuidado Familiar**

**Aspectos a tener en cuenta para el abordaje en la ruralidad dispersa:**

En el caso de la ruralidad dispersa se cuenta un equipo para cada cuenca, quienes desarrollan diferentes productos establecidos por cada perfil, para el abordaje presencial a las familias, donde podrán ingresar de manera planificada a las viviendas, acorde a la necesidad identificada, la cual puede estar relacionada con eventos de interés en salud pública, prioridades poblacionales, alertas en salud y factores de riesgo que afectan las condiciones de salud de los integrantes de la misma. Para este abordaje, se debe generar la concertación de un plan de cuidado familiar que apunte al desarrollo de estrategias y acciones específicas desde la competencia del perfil que aborde la familia, así mismo estos establecerán el tiempo de abordaje que requiere la familia, esperando no exceda los 3 meses de abordaje.

**(...) Producto 20. PLAN DE CUIDADO FAMILIAR EN ZONAS DE RURALIDAD CERCANA**

- Procesos relacionados con la instauración, implementación y seguimiento de huertas caseras, fomentando en las familias como practica protectora el cultivo de hortalizas, verduras, aromáticas, entre otras, esta actividad estará liderada por los perfiles en salud ambiental. Frente a la disposición de los insumos para la implementación de estas, se suministrará por medio del 6% de insumos y estará destinado para todos los perfiles en salud ambiental de equipos básicos extramurales hogar (ruralidad cercana- ruralidad dispersa- vivienda saludable y componente étnico).

**(...) Producto 16 Y 64. PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL\_Psicología (Urbano y Rural).**

**Actividad 1. Visita Domiciliaria – Atención Individual de Psicología**

Como respuesta a la identificación inicial de acuerdo con la valoración integral de las familias cuidadoras, y según los criterios de priorización; sobrecarga moderada o severa, el profesional de psicología deberá establecer el proceso de intervención para cada usuario, el cual estará guiado por la intervención psicológica breve para adultos Enfrentando Problemas Plus EP+, esta estrategia establece el desarrollo de entre 4 a 7 sesiones individuales, planteando así la oportunidad de aportar modificaciones positivas al estado emocional del usuario con temas relevantes que impactarán el fortalecimiento de las herramientas de afrontamiento y la gestión de emociones en el paciente. (...)

En el desarrollo del plan del cuidado individual, es fundamental ofrecer un acompañamiento continuo durante el proceso de intervención, asegurando que el paciente reciba el apoyo necesario en todo momento. En este sentido, el profesional tendrá la oportunidad de vincular hasta el 50% de las sesiones de seguimiento en modalidad telefónica, según lo establecido en los planes de cuidado.

Específicamente, las primeras dos sesiones serán clave para la intervención, razón por la cual se deberán desarrollar de manera presencial y durante estas, se definirá el plan de cuidado y se realizará una evaluación detallada para determinar la pertinencia y oportunidad de incorporar la modalidad virtual al plan de manejo. Esta evaluación incluirá una identificación técnica de los beneficios que la modalidad virtual puede aportar al proceso terapéutico, así como un análisis de la severidad del evento y que NO represente un riesgo de letalidad el usuario índice o de algún integrante del grupo familiar, garantizando la seguridad y efectividad del acompañamiento.

**(...) Productos. Grupos de Familias para el Bienestar.**

**Unidad de medida**



**MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024 CELEBRADO ENTRE LA FONDO FINANCIERO DITRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

- Corresponde a cada una de las educaciones en salud realizadas a los grupos de familias por perfil de los equipos básicos extramurales; se reporta una unidad por el desarrollo de cada una de las sesiones de grupos de familias.
- Para el caso de las sesiones de la estrategia de Guardianes de Gestantes con MAS Bienestar, se reportará 1 unidad por el desarrollo de cada sesión virtual en el mes. (...)

**Forma de reporte de ejecución del producto**

(...) Para el caso de los perfiles que desarrollan el producto de Grupos de Familias para el Bienestar por Medicina General y participan en jornadas de intensificación donde no se desarrollan actividades de atención individual, requeridas desde la Secretaría Distrital de Salud, se reportará 1 unidad cuando se trate de media jornada y 2 cuando sea jornada completa, por cada profesional en medicina que participe. Por su parte, con relación a las sesiones de la estrategia de Guardianes de Gestantes con MAS Bienestar, se reportará una unidad por cada una de las sesiones adelantadas por el profesional de medicina. (...)

**(...) Actividad 2. Desarrollo de sesión de educación para grupos de familias**

**(...)Estrategia de Guardianes de Gestantes con MAS Bienestar.**

El acompañamiento a la mujer gestante a través de su red de apoyo es fundamental para asegurar una gestación saludable y un desarrollo óptimo del producto de la gestación. Este acompañamiento, que idealmente debe ser continuo e integral, abarca no solo los aspectos físicos o biológicos de la gestación, sino también los emocionales y sociales. Fortalecer la red de apoyo de la gestante (pareja, familiares o amigos cercanos) y brindarles herramientas para la autogestión, le permitirá acceder a servicios de salud de manera segura y oportuna desde la preconcepción hasta el puerperio.

Este entorno protector y amoroso favorece la adherencia a los controles prenatales, la atención del parto y las actividades propias de la ruta materno-perinatal, lo que reduce el riesgo de complicaciones y promueve la gestión integral del riesgo en la salud del binomio.

Teniendo en cuenta lo anterior, la estrategia es desarrollada por profesionales de medicina y plantea que todas las mujeres gestantes que han sido abordadas por los diferentes perfiles del equipo sean apadrinadas por una persona cercana (Pareja, familiar, amigo, conocido, etc), quienes serán las figuras de guardianes para favorecer una gestación sana y feliz.

Para ello, el profesional de medicina contará con el apoyo del equipo de gestión, quien suministrará la relación de las gestantes abordadas en el mes inmediatamente anterior por los diferentes perfiles del Equipos Básico Extramural de Hogar, junto con sus datos de contacto, de manera que cuente con la información para adelantar la convocatoria a sesiones virtuales de fortalecimiento de capacidades para el cuidado de la salud de la gestante y su recién nacido. De igual forma, el equipo operativo apoyará la socialización de la estrategia en las familias con gestantes que aborda, así como la convocatoria a las sesiones virtuales que planea y programe los profesionales de medicina.

Para el desarrollo de las sesiones, cada profesional de medicina deberá organizar grupos de padrinos y gestantes; cada sesión debe contar con por lo menos 5 participantes que sean padrinos, quienes podrán estar acompañados o no, de las gestantes que apoyan. Por cada grupo de padrinos, se deberá adelantar tres sesiones virtuales en el transcurso del mes, en las que se aborden los contenidos básicos de los cuidados en



**MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024 CELEBRADO ENTRE LA FONDO FINANCIERO DITRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

el periodo de gestación, parto y posparto, las actividades de la ruta de materno perinatal, signos de alarma y momentos en los que se debe acudir a los servicios de salud, derechos sexuales y reproductivos, entre otros.

Con este proceso, los padrinos conocerán la importancia del desarrollo de actividades de salud con las gestantes, de manera que apoyarán la asistencia a las atenciones en salud, el desarrollo de prácticas de cuidado en el hogar, y serán el canal de comunicación del EBEH en caso de identificar factores de riesgo o signos de alarma que requieran el apoyo a la gestante.

En la medida que el profesional avanza en el contacto de las gestantes y la identificación de sus padrinos, deberá consolidar una base de datos con la información de identificación y contacto de cada una de las gestantes vinculadas a la estrategia y su padrino. El profesional de medicina debe garantizar que en las sesiones participen por lo menos el 50% de los padrinos de las gestantes caracterizadas por el EBEH en el mes inmediatamente anterior.

Como soporte de cada sesión, se deberá contar con la ficha técnica correspondiente, registro de la sesión en el módulo GTAPS, registro de los asistentes en formulario digital y pantallazo de la sesión adelantada. (...)

**(...) Plan de Cuidado Territorial**

**Comité de cuidado**

**Forma de reporte de ejecución del producto**

Se realiza reporte mensual de los avances de acuerdo con el plan de acción.

Por cada perfil que participa en los comités de cuidado, se debe hacer el reporte proporcional al periodo de vinculación a la subred y por ende al tiempo de ejecución de actividades operativas en el mes, teniendo como punto de referencia, que para los perfiles con dedicación del mes completo, se cuenta con 24 horas de comité de cuidado. Todas las horas reportadas en este producto, deberán estar soportadas a partir de los entregables relacionados en el documento operativo correspondiente.

**(...) Actividad 2. Comité de Cuidado del Equipo Territorial para el análisis y apropiación territorial, familiar e individual.**

En el componente de gestión territorial, también se adelanta la revisión del avance y efectividad que se tiene del territorio, de manera que al reconocer la cantidad de predios y hogares aproximados que se encuentran allí, se pueda monitorear y evaluar la cobertura, posicionamiento y corresponsabilidad de las familias y comunidades con los equipos extramurales y el modelo de atención en salud MAS Bienestar. Este proceso está acompañado de la socialización y análisis del equipo de la situación territorial, a partir de los ejercicios de apropiación que adelanta el promotor y que como parte del proceso contempla el reconocimiento del territorio a través de recorridos, la generación de matriz con información clave de las dinámicas sociales, culturales, características prediales y poblacionales, y posterior al análisis en el espacio de comité de cuidado, el informe con las conclusiones (Ver ficha técnica de apropiación territorial).

**Monitoreo y evaluación**

**(...)**

INDICADORES DE GESTION EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES							
No	Nombre	Definición	Numerador	Denominador	Uso	Línea de Base	Observación
1	Porcentaje de familias con cumplimiento de plan de cuidado familiar bajo	Este indicador mide el porcentaje de familias dentro de la población objetivo que tienen cierre del plan de	Número de familias con cierre identificadas con Cumplimiento del	Número de familias con cierre	* Evaluar la efectividad de las acciones de gestión del riesgo familiar en modalidad extramural.	95%	Este indicador debe tener la medición a nivel local, por sector catastral y equipo EBE y Promotor de salud

**MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024 CELEBRADO ENTRE LA FONDO FINANCIERO DITRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

	<u>Supervisión de los EBEH</u>	<u>cuidado familiar por los EBEH en un período de tiempo específico.</u>	<u>Plan de Cuidad Familiar concertado</u>		<u>* Monitorear el desempeño de los EBE y realizar ajustes necesarios para mejorar la cobertura.</u>		
2	Porcentaje de Gestantes con Sífilis Gestacional que completan el Tratamiento bajo Supervisión de los EBEH	Este indicador mide el porcentaje de mujeres embarazadas diagnosticadas con sífilis que han completado el tratamiento recomendado bajo la supervisión de los Equipos Básicos Extramurales (EBEH).	Total, de mujeres embarazadas diagnosticadas con sífilis que han completado el tratamiento durante el período de evaluación.	Total, de mujeres embarazadas diagnosticadas con sífilis remitidas por las EPS o diagnosticadas por los EBEH durante el período de evaluación.	* Evaluar la efectividad de los programas de tratamiento de sífilis gestacional. * Identificar barreras en la administración y adherencia al tratamiento. * Planificar y asignar recursos de manera más eficiente. * Monitorear y mejorar la calidad de la atención prenatal.	100%	Este indicador requiere medición local y por EPS
3	Porcentaje de la población menor de 5 años del territorio asignado al EBEH con esquema de vacunación completo para la edad.	Este indicador mide el porcentaje de niños menores de 5 años en el territorio asignado a los Equipos Básicos Extramurales (EBEH) que han recibido todas las vacunas establecidas para su edad según el programa nacional de vacunación.	Total de niños menores de 5 años que han recibido todas las vacunas definidas para su edad durante el período de evaluación.	Total de niños menores de 5 años en el territorio asignado a los EBEH durante el período de evaluación.	* Evaluar la efectividad de los programas de vacunación infantil. * Identificar áreas geográficas o grupos poblacionales con baja cobertura de vacunación. * Planificar y asignar recursos de manera más eficiente. * Monitorear y mejorar la calidad de los servicios de vacunación.	95%	Este indicador requiere medición local y por EPS
4	<u>Porcentaje de Gestantes con Sífilis Gestacional que presentan reinfección.</u>	<u>Este indicador mide el porcentaje de mujeres embarazadas diagnosticadas con sífilis que han presentado reinfección bajo la supervisión de los Equipos Básicos Extramurales (EBEH).</u>	<u>Total, de mujeres embarazadas diagnosticadas con sífilis con reinfección durante el período de evaluación.</u>	<u>Total, de mujeres embarazadas diagnosticadas con sífilis remitidas por las EPS o diagnosticadas por los EBEH durante el período de evaluación.</u>	<u>* Evaluar la efectividad de los programas de tratamiento de sífilis gestacional.</u> <u>* Identificar barreras en la administración y adherencia al tratamiento.</u> <u>* Planificar y asignar recursos de manera más eficiente.</u> <u>* Monitorear y mejorar la calidad de la atención prenatal.</u>	<u>100%</u>	<u>Este indicador requiere medición local y por EPS</u>
5	<u>Porcentaje de Recuperación nutricional en menores de 5 años con DNT Y RIESGO</u>	<u>Este indicador mide el porcentaje de menores de 5 años que recuperaron peso bajo la supervisión de los Equipos Básicos</u>	<u>Menor de 5 años con recuperación de peso Zscore Mayor que -1,5</u>	<u>Menor de 5 años Identificada con DNT en intervención por los EBEH</u>	<u>* Evaluar la efectividad de los programas de vacunación infantil.</u> <u>* Identificar áreas geográficas o grupos poblacionales con baja cobertura de vacunación.</u> <u>* Planificar y asignar recursos de manera más eficiente.</u> <u>* Monitorear y mejorar la calidad de los servicios de vacunación.</u>	<u>95%</u>	<u>Este indicador requiere medición local y por EPS</u>
6	<u>Fortalecimiento en habilidades de afrontamiento</u>	<u>Este indicador mide el porcentaje de usuarios que mejoran habilidades de afrontamiento bajo la supervisión de los Equipos Básicos</u>	<u>Usuarios con plan de cuidado terminado que mejoran habilidades de afrontamiento</u>	<u>Usuarios con plan de cuidado familiar terminado para habilidades de afrontamiento</u>	<u>Evaluar la efectividad de las acciones de gestión del riesgo familiar en modalidad extramural.</u>  <u>* Monitorear el desempeño de los EBE y realizar ajustes necesarios para mejorar la cobertura.</u>	<u>Por establecer</u>	<u>Este indicador requiere medición local y por EPS</u>
7	<u>Paciente controlado HTA</u>	<u>Este indicador mide el porcentaje de usuarios con cifras tensionales en rangos normales en población con HTA bajo la supervisión de los Equipos Básicos</u>	<u>Usuarios con cifras tensionales en rangos normales terminado la implementación de plan de cuidado</u>	<u>Usuarios con plan de cuidado de automanejo terminado</u>	<u>Evaluar la efectividad de las acciones de gestión del riesgo familiar en modalidad extramural.</u>  <u>* Monitorear el desempeño de los EBE y realizar ajustes necesarios para mejorar la cobertura.</u>	<u>Por establecer</u>	<u>Este indicador debe tener medición por:</u> <u>* EPS que deriva casos</u> <u>* Población de grupo de riesgo por EPS (gestantes, menores de 5 años, usuarios con HTA y DM) y demás definidas en comité técnico.</u>
8	<u>Paciente controlado DM</u>	<u>Este indicador mide el porcentaje de usuarios con cifras tensionales en rangos normales en población con DM bajo la supervisión de los Equipos Básicos</u>	<u>Usuarios con glucometría en rangos normales terminado la implementación de plan de cuidado</u>	<u>Usuarios con plan de cuidado de automanejo terminado</u>	<u>Evaluar la efectividad de las acciones de gestión del riesgo familiar en modalidad extramural.</u>  <u>* Monitorear el desempeño de los EBE y realizar ajustes necesarios para mejorar la cobertura.</u>	<u>Por establecer</u>	<u>Este indicador debe tener medición por:</u> <u>* EPS que deriva casos</u> <u>* Población de grupo de riesgo por EPS (gestantes, menores de 5 años, usuarios con HTA y DM) y</u>

**MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024 CELEBRADO ENTRE LA FONDO FINANCIERO DITRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

							demás definidas en comité técnico.
9	<u>Efectividad en la Gestión de casos Ruteo</u>	<u>Este indicador mide el porcentaje de usuarios en la estrategia Ruteo con intervenciones efectivas bajo la supervisión de los Equipos Básicos</u>	<u>Número de casos con intervención efectiva por parte de los EBEH</u>	<u>Número de casos con gestión efectiva</u>	<u>* Evaluar la efectividad de las intervenciones en territorio de la modalidad de ruteo de los Equipos Básicos Extramurales.</u> <u>* Identificar sectores catastrales o grupos poblacionales con baja cobertura.</u> <u>* Monitorear el desempeño de los EBE y realizar ajustes necesarios para mejorar la cobertura.</u>	<u>Por establecer</u>	<u>Este indicador debe tener medición por:</u> <u>* EPS que deriva casos</u> <u>* Población de grupo de riesgo por EPS (gestantes, menores de 5 años, usuarios con HTA y DM) y demás definidas en comité técnico.</u>

**Modificación del Documento Operativo de Gestión EBEH, que quedará así:**

**(...) PRODUCTO 48. Mesogestión de la salud pública, de los Equipos Básicos Extramurales de Hogar “Bienestar para nuestro hogar”:**

**Actividad 1. Mesogestión a cargo de la Coordinación de los Equipos Básicos Extramurales**

- Reporte de informe de gestión mensual, con el seguimiento a la ejecución programática y financiera del convenio, favoreciendo el cumplimiento de las actividades programadas e identificando causas de subejecución que se puedan presentar en la implementación de los productos, a fin de tomar decisiones para su mitigación. Para ello, se debe tener la proyección de planes de acción de aquellos productos de las diferentes interacciones integrales e integradas, que aplique.  
En este informe, se deberá tener en cuenta las horas a reportar para los productos de comité de cuidado de los diferentes perfiles que conforman el equipo, las cuales deben ser proporcionales al periodo de vinculación a la subred y por ende al tiempo de ejecución de actividades operativas en el mes, teniendo como punto de referencia, que, para los perfiles con dedicación del mes completo, se cuenta con 24 horas de comité de cuidado. Todas las horas reportadas en este producto, deberán estar soportadas a partir de los entregables relacionados en el documento operativo correspondiente.
- Realizar reunión de seguimiento técnico con el equipo dinamizador, profesionales de acceso, cohorte y apoyo a la gestión operativa, para potenciar acciones, reconocer los avances en la operación, e implementar acciones de mejora que se requieran desde el punto de vista técnico, administrativo y financiero.
- Desarrollo de reunión mensual de equipo, donde se adelante acciones de liderazgo y direccionamiento técnico y operativo, para la implementación de las diferentes actividades de los EBEH, así como la socialización y reconocimiento de los perfiles que, por la efectividad alcanzada en la gestión familiar asignada, tienen incentivo. (...)

**(...) PRODUCTO 49. Dinamización de las acciones de los equipos básicos extramurales de Hogar.**

**Actividad 1. Liderazgo para la dinamización de las acciones de los Equipos Básicos Extramurales de Hogar.**

- Los líderes deberán realizar el enlace a nivel local, sectorial e intersectorial para el desarrollo de las actividades de acuerdo con el direccionamiento de SDS. Esto incluye la participación en las Mesas Locales de Atención Primaria Social y espacios convocados por otras dependencias de la subred.

**MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024 CELEBRADO ENTRE LA FONDO FINANCIERO DITRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

como lo son el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y demás direcciones, donde se deberá viabilizar la implementación de las acciones de los EBEH, así como el posicionamiento de los equipos en los diferentes espacios y en la articulación con diferentes actores comunitarios, sectoriales e intersectoriales.

- Generar estrategias de abordaje y oportunidades de mejora para la operación de los EBEH, a partir del análisis realizado por el equipo dinamizador, las cuales se deben operativizar de manera conjunta y coordinada con los profesionales de apoyo, profesionales de acceso, cohortes y equipos operativos.
- Articulación y orientación técnica a profesionales de apoyo, de acceso y cohortes, quienes posteriormente en el marco del acompañamiento en campo y seguimiento permanente, direccionan al equipo operativo frente a las acciones a desarrollar, producto de hallazgos en el monitoreo.
- Elaboración de guías que orientan los contactos telefónicos realizados por los promotores, para a comunicación con la familia, acorde a estructura y prioridad definida desde la SDS, la cual deberá ser socializada a los promotores de las cuatro subredes en los espacios de asistencia técnica para su implementación.
- Mantener articulación con el equipo del entorno cuidador institucional, para la planeación de las jornadas de salud desarrolladas en el marco de la Atención Primaria Social, en instituciones de protección a poblaciones vulnerables dentro de las que se encuentran Comunidades, de vida, comunidades de cuidado, instituciones de protección a personas con discapacidad, población privada de la libertad, entre otras, de manera que se puedan emprender y desarrollar actividades coordinadas y complementarias. De igual forma, se deberá adelantar espacio de balance y evaluación posterior al desarrollo de las jornadas, donde se verifiquen las actividades desarrolladas, las órdenes generadas y su respuesta posterior, así como los principales hallazgos en condiciones de salud, que servirán como insumo para que desde el equipo del entorno institucional desarrollen actividades que contribuyan al desarrollo de los planes de manejo, en el marco de las sesiones colectivas contempladas en los planes de cuidado institucional que realizan.

**Actividad 2. Gestión de la información para la planeación, toma de decisiones y análisis de resultados en los equipos básicos extramurales.**

- Con el objetivo de proporcionar herramientas efectivas a los Equipos Básicos Extramurales de Salud (EBEH) y facilitar la toma de decisiones informadas, se implementarán diversos tableros de control. Estos tableros permitirán asegurar que las acciones sean más efectivas, alineadas con las necesidades y proporcionen un seguimiento claro del desempeño de los equipos. Además, facilitarán la identificación de áreas que requieren atención y la toma de decisiones en tiempo real. Los tableros para implementar incluyen:
- Tablero de Apropiación Territorial: Facilita el análisis de la cobertura geográfica y la presencia de los EBEH en las zonas de intervención, ayudando a identificar el proceso de apropiación territorial (Equipo Gerencia de la información y Equipo geográfico).
- Tablero de Calidad: Detecta hallazgos en el registro de la información y alerta a los profesionales de apoyo a la gestión operativa con el fin de realizar el seguimiento con el colaborador correspondiente.
- Tablero de Oportunidad y Congruencia: Verifica la oportunidad de las intervenciones y la congruencia con los planes de cuidado y las necesidades de los usuarios.

**MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024 CELEBRADO ENTRE LA FONDO FINANCIERO DITRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

- Tablero de Cumplimiento y Rendimiento: se centrará en el seguimiento de la ejecución de los planes de trabajo y actividades de los EBEH Se enfoca en el seguimiento constante de las cohortes de riesgo, garantizando un adecuado abordaje de los usuarios.
- Tablero de efectividad y oportunidad: Verifica que se cumplan los tiempos establecidos desde la concertación de la visita por EBEH hasta la realización de esta, así mismo la efectividad de la visita en relación con la concertación.
- Tablero de monitoreo calidad y pertinencia: Verificar que el proceso de derivación y acciones a desarrollar establecidas en el primer contacto telefónico cumpla con lo definido en el documento operativo de acuerdo a la información registrada en el aplicativo dispuesto para tal fin.
- Garantizar el principio de seguridad de la información de acuerdo con el artículo 4, ley 1266 de Tablero de Seguimiento y Monitoreo a las Cohortes de Riesgo 2018.

**Acciones propias relacionadas con el aplicativo en línea GTAPS:**

De acuerdo con los resultados y alertas generados a partir del monitoreo de los tableros de control, se llevará a cabo una articulación continua con la coordinación y los dinamizadores. Esta colaboración tendrá como objetivo analizar los hallazgos, identificar áreas de mejora y tomar las acciones correctivas necesarias. Así mismo el equipo de gestión de la información deberá organizarse estratégicamente y operativamente para dar cumplimiento a los mínimos relacionados con el aplicativo, que se enuncian a continuación, para ello, con el propósito de avanzar en el proceso de precritica, seguimiento y control de la información ingresada a las diferencias módulos y formularios (...)

**Actividad 4. Gestión y Seguimiento a Cohortes de Riesgo.**

La implementación de un equipo de seguimiento a cohortes se plantea como una estrategia fundamental para garantizar un acompañamiento técnico, oportuno y diferenciado a los grupos priorizados. Para ello, se establece la necesidad de contar con un equipo especializado que desarrolle acciones de seguimiento nominal y fortalecimiento técnico en función de las necesidades específicas de cada cohorte de riesgo.

Para el desarrollo de esta actividad, la conformación del equipo se organizará de la siguiente manera, asegurando un enfoque integral y especializado para cada grupo de riesgo. Cada profesional será responsable de la atención y seguimiento de una cohorte específica, lo que permitirá una gestión más eficaz y personalizada. La distribución del equipo será la siguiente:

- 1 profesional de enfermería que tendrá a su cargo el seguimiento a las Cohortes de Gestantes, condiciones crónicas y vacunación para estos grupos de riesgo.
- 1 profesional de enfermería que tendrá a su cargo el seguimiento a las Cohortes de menor de 18 meses, salud oral y vacunación para estos grupos de riesgo.
- 1 profesional de Psicología que tendrá a cargo la cohorte de Salud Mental
- 1 profesional de terapia ocupacional que tendrá a cargo la cohorte de Discapacidad y Salud Ambiental.

El objetivo principal de esta estrategia es asegurar el cumplimiento de las actividades definidas para cada grupo priorizado. Esto implica un monitoreo constante de los planes de acción, la identificación de alertas tempranas y la implementación de estrategias que promuevan la adherencia a las intervenciones programadas. Además, se busca consolidar un proceso continuo de evaluación y ajuste de las estrategias, favoreciendo un abordaje integral y eficiente.



**MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024 CELEBRADO ENTRE LA FONDO FINANCIERO DITRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

La inclusión de estos perfiles de seguimiento permite optimizar la gestión del riesgo de las cohortes priorizadas, fortaleciendo la articulación entre los diferentes actores involucrados y asegurando una respuesta adaptada a las particularidades de cada cohorte; Gestantes, niños y niñas menores de 18 meses, usuarios con condiciones crónicas, problemas en salud mental y Discapacidad.

El seguimiento a las cohortes de riesgo: es un proceso dinámico y adaptativo que requiere del profesional asignado una gran capacidad para evaluar, intervenir y ofrecer apoyo en todas las etapas de la implementación de los planes de cuidado. Este proceso asegura que los usuarios reciban atención continua, adecuada y personalizada, adaptándose a sus necesidades y garantizando una respuesta efectiva a los problemas de salud mental identificados.

El profesional asignado juega un papel fundamental en la supervisión de la implementación de los planes de cuidado, en el monitoreo de la evolución de los usuarios y en el fortalecimiento técnico del equipo de salud mediante la identificación de oportunidades de mejora. A continuación, se detallan las actividades clave que llevará a cabo este profesional durante el proceso de seguimiento:

- Acciones de Planeación:

En esta fase inicial, el profesional encargado del seguimiento a las cohortes liderará la socialización con los profesionales y promotores, explicando de manera detallada el orden de priorización de los usuarios, el cual estará basado en los criterios de riesgo establecidos, así como la presentación de los resultados esperados de acuerdo con los indicadores establecidos para cada una de las cohortes y la definición de las estrategias a implementar para el seguimiento a cada cohorte de riesgo.

- Acciones de Ejecución:

El profesional realizará un seguimiento regular a la implementación de los planes de cuidado para asegurar que los objetivos se estén cumpliendo y que los usuarios reciban el apoyo necesario en cada etapa del proceso. Esto incluye revisiones periódicas de los avances y ajustes en los planes concertados según sea necesario a través de:

- Acompañamiento en campo que permita un seguimiento y monitoreo a la oportunidad en la gestión y respuesta del plan de cuidado en los casos asignados, así como la verificación de pertinencia de intervención del profesional.
- Fortalecimiento técnico; que aporte a la capacitación y actualización continua de los colaboradores de salud que conforman los Equipos Básicos Extramurales de Hogar – EBEH, así como el fortalecimiento técnico para el cumplimiento de las acciones de intervención establecidas en cada cohorte de riesgo.
- Acciones de Control:

El monitoreo es un componente esencial en el seguimiento de las cohortes de riesgo, ya que permite evaluar de manera continua y sistemática el progreso de los usuarios y la efectividad de las intervenciones a través de:

- El monitoreo continuo de los indicadores es esencial para asegurar el cumplimiento de las metas establecidas para cada cohorte. Este proceso implica revisar periódicamente el avance de los indicadores y compararlos con las metas previamente definidas. Para ello, se utilizarán los tableros de control, en articulación con el profesional de acceso, lo que permitirá un seguimiento detallado de la gestión y respuesta de los casos asignados. Los tableros de control ofrecen una herramienta visual que

**MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024 CELEBRADO ENTRE LA FONDO FINANCIERO DITRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

refleja, en tiempo real, el progreso y la respuesta de cada caso, facilitando una gestión más eficiente y enfocada en los resultados. Además, se realizará la verificación del proceso de gestión y concertación del profesional para asegurar el despliegue adecuado de las intervenciones. Finalmente, se llevará a cabo el seguimiento al reporte de la gestión e intervención a través de la herramienta GTAPS, asegurando que todas las actividades cumplan con los criterios de calidad establecidos, garantizando una atención integral y efectiva para los usuarios.

- Revisión de la cobertura de intervención contemplando la evaluación de todas las cohortes de riesgo, identificando la respuesta efectiva a las derivaciones y agendamiento según necesidades identificadas.

- Análisis y Acciones de Refuerzo:

En esta fase, es fundamental realizar un análisis de los resultados obtenidos en la fase de control, con el objetivo de identificar tanto los logros alcanzados como las oportunidades de mejora. Este análisis se llevará a cabo mediante la evaluación de resultados, que consistirá en revisar los datos recogidos durante la fase de seguimiento para medir el desempeño en los indicadores clave. Además, se proporcionará un refuerzo técnico a los profesionales, con oportunidad de mejora basado en los resultados de sus actividades, para identificar áreas en las que se puedan mejorar y ajustar las estrategias de intervención de acuerdo con los hallazgos obtenidos. Este proceso de revisión y ajuste continuo es esencial para asegurar que los planes de cuidado sean implementados de manera efectiva y que se logren los mejores resultados posibles en el seguimiento de las cohortes.

- Acciones de Retroalimentación:

En esta fase, es crucial implementar ajustes y mejoras basados en el análisis realizado de los resultados obtenidos hasta el momento. Estos ajustes pueden implicar cambios en los enfoques, estrategias o procesos utilizados, con el fin de optimizar los resultados en intervenciones futuras. Esto requiere de una revisión detallada de los aspectos que han funcionado bien, así como de aquellos que no han dado los resultados esperados. A partir de esta evaluación, se podrán identificar áreas de oportunidad, tanto a nivel operativo como técnico, que deben ser mejoradas.

- Las modificaciones a implementar podrían incluir, generación de alertas al equipo coordinador relacionadas con optimización de los procesos de atención, capacitación adicional para el equipo de profesionales, articulación sectorial para el acceso oportuno a la programación de citas, con el fin de mejorar la calidad de la atención brindada. Asimismo, es fundamental revisar la coordinación intersectorial, fortaleciendo la complementariedad de las respuestas.
- En la misma línea, el profesional encargado del seguimiento a las cohortes de riesgo deberá participar activamente en los espacios de análisis que contribuyan al fortalecimiento de las estrategias de intervención para cada grupo de riesgo. Su participación será clave para identificar áreas de mejora, proponer ajustes necesarios y asegurar que las acciones implementadas se alineen con las necesidades específicas de cada cohorte, optimizando así la efectividad de la atención brindada.

**Actividad 6. Gestión, Seguimiento y monitoreo a las actividades de admisión y agendamiento**

- El líder de acceso brindará línea técnica de manera transversal para el desarrollo de las acciones de agendamiento realizadas por el grupo de acceso y admisión, a cargo de los técnicos en sistemas, en articulación continua con los profesionales de apoyo a la gestión operativa.

**MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024 CELEBRADO ENTRE LA FONDO FINANCIERO DITRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

- Realizar una articulación estrecha con los profesionales de seguimiento a las cohortes para gestionar los tableros de control, asegurando un monitoreo eficiente y continuo de las cohortes de riesgo. Esto permitirá un seguimiento detallado de los indicadores y facilitará ajustes oportunos en las estrategias de intervención.
- En el marco de las acciones de articulación con los profesionales de apoyo, se deberá generar alertas tempranas relacionadas con las oportunidades de mejora en el proceso de agendamiento, con el objetivo de optimizar los resultados obtenidos en dicho proceso.
- Realizar un ejercicio mensual de verificación aleatoria de las acciones del proceso de agendamiento realizadas por el grupo de acceso, con el objetivo de identificar oportunidades de mejora y detectar posibles puntos de fortalecimiento. (...)

**(...) PRODUCTO 50. Microgestión de la salud pública, de los Equipos Básicos Extramurales de Hogar "Bienestar para nuestro hogar"**

**Actividad 1. Desarrollo de la microgestión en las diferentes acciones integradas de los equipos básicos extramurales de Hogar.**

- Realizar acompañamiento en campo al equipo operativo a cargo, para la orientación técnica y operativa, verificación del desarrollo de los productos, realimentación al talento humano, definición y puesta en marcha de acciones de mejora en caso de ser necesario. Este proceso se debe adelantar cada mes, con al menos con 8 perfiles a cargo, de manera que a medida que se avanza en el ejercicio se logre acompañar al 100% del talento humano.
- Realizar articulación continua con líder y grupo de acceso con el fin de conocer resultados y novedades del proceso de agendamiento de los territorios a cargo, identificando oportunidades de mejora con el fin de fortalecer dicho proceso, enfocando las acciones a la adecuada identificación de usuarios con requerimientos de agendamiento en unidades básicas resolutivas y respuesta oportuna a estos requerimientos. (...)

**(...) PRODUCTO 51: Apoyo a la microgestión de los Equipos Básicos Extramurales de Hogar.**

**Actividad 1. Apoyo a la microgestión desde el sistema de información.**

- Presentar los resultados obtenidos tras la implementación de los tableros de control.
- Analizar los beneficios y oportunidades de mejora identificados.
- Recoger retroalimentación de los profesionales de apoyo y de cohortes para optimizar su uso.
- Fomentar la apropiación de la herramienta en la toma de decisiones. (...)

**(...) PRODUCTO 52: Gestión para el acceso a las acciones de los Equipos Básicos Extramurales de Hogar.**

Este producto abarca el desarrollo de acciones relacionadas con el proceso de agendamiento, la sistematización de la información, la asignación de citas y el contacto con los usuarios, a partir de los casos que requieren agendamiento de órdenes identificados por los promotores y profesionales de los EBEH. La distribución de estos perfiles se realizará proporcional a los profesionales de apoyo.

**Actividad 1. Gestión para el acceso.**

La gestión a cargo de los perfiles digitadores incluye las siguientes actividades:

**MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024 CELEBRADO ENTRE LA FONDO FINANCIERO DITRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

- Seguimiento a las citas agendadas por el promotor en unidades básicas resolutorias, para los integrantes de familias clasificados en grupo de riesgo 4:

El Grupo de acceso utilizará como insumo los usuarios que tengan citas agendadas por el promotor y profesional, con el fin de realizar un proceso de recordación de citas y seguimiento a la asistencia.

- **Agendamiento de citas para población capitada con la subred:**

Se llevará a cabo el registro de las citas agendadas para la población asignada, incluyendo el registro del contacto telefónico para la recordación de citas y el seguimiento a la asistencia. Esta información se ingresará en la herramienta dispuesta para tal fin, garantizando un adecuado seguimiento y control de las citas programadas.

- **Generar alertas tempranas frente al proceso de agendamiento**

Realizar una articulación continua con el líder de acceso y los profesionales de apoyo con el fin de socializar los resultados y novedades del proceso de agendamiento en relación con las derivaciones o requerimientos generados por los profesionales asignados a los territorios a su cargo. Esto permitirá identificar oportunidades de mejora para fortalecer el proceso, enfocando las acciones en la adecuada identificación de usuarios con requerimientos de agendamiento en unidades básicas resolutorias y en brindar una respuesta oportuna a dichos requerimientos. (...)

**(...) PRODUCTO 53: Gestión de la Información y Soporte a nivel distrital.**

**Actividad 1. Depuración, consolidación y análisis de información a nivel distrital, y soporte a la implementación del aplicativo.**

- Desarrollar las acciones requeridas para el fortalecimiento del aplicativo en línea, así como de las nuevas iniciativas de sistemas de información relacionados con las estrategias y fases de implementación de los EBEH. Dentro de esta acción se incluye la generación de flujos de proceso, captura y diligenciamiento de información.
- Desarrollo de planificación y estrategia de pruebas a nuevos desarrollos; diseño y ejecución de pruebas, verificando la funcionalidad de cada una de las funciones (Validaciones, guardado de la información, vistas, proceso lógico, continuidad, etc); Análisis y seguimiento de defectos; pruebas de rendimiento y seguridad. Todo lo anterior debe estar soportados y contar con registro que incluya pantallazos del aplicativo, en un documento de pruebas y análisis de calidad.
- Generación de manuales de usuario de los diferentes módulos del aplicativo y demás sistemas de información que se requiera. (...)

**Modificación Documento Medición de Calidad, el cual quedará así:**

**(...) DESARROLLO DE CONTENIDO**

N°	Salida de Información	Período de la Información	N° Campos	Producto
1	Caracterización	Solo mes	10	2, 3, 54

**MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024 CELEBRADO ENTRE LA FONDO FINANCIERO DITRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

2	Medidas y <u>Signos</u>	Solo mes	<u>16</u>	2, 3, 4, 54, 55
3	Plano Salud Oral	Solo mes	<u>14</u>	10, 59
4	Plano DNT	Solo mes	<u>19</u>	4, 7, 55, 57
5	Plano ERA-IRA	Solo mes	<u>16</u>	4, 55
6	MME	Solo mes	<u>23</u>	4, 55
7	Plano Crónicos	Solo mes	19	4, 55
8	Sífilis gestacional	Solo mes	<u>18</u>	4, 55
9	Plano acompañamiento psicosocial	Solo mes	<u>14</u>	5, 56
10	Conducta suicida	Solo mes	<u>20</u>	5, 6, 56,
11	Violencia reiterada	Solo mes	<u>16</u>	5, 6, 56,
12	Apoyo psicosocial en duelo	Solo mes	<u>17</u>	5, 6, 56,
13	Plano riesgos ambientales	Solo mes	58	11, 60
14	Atenciones	Solo mes	<u>55</u>	12, 13, 14, 15, 17, 62, 63, 65,
15	Plan de Cuidado	Solo mes	23	12, 13, 14, 15, 17, 62, 63, 65,
16	Resultado salud mental	Solo mes	33	16, 64
17	RBC – Mas Bienestar para la persona cuidadora	Solo mes	<u>12</u>	18, 61
18	EMBERA - GITANOS	Solo mes	47	37, 38, 40
19	Gestión - Ruteo	Solo mes	13	49
20	Admisión	Solo mes	11	49

**(...) Cálculo de la calidad de las Salidas de información para los productos.**

Para la siguiente fase de implementación de los EBEH, se incorporará un mayor número de variables en el proceso de medición de la calidad. Asimismo, se especifica que los hallazgos de concordancia, es decir, aquellos relacionados con la consistencia y alineación de los datos, ahora se integran en la salida de información generada por la base de datos de caracterizaciones. Esta incorporación permite una evaluación más exhaustiva y precisa de la calidad de los datos, un análisis más completo y confiable para la toma de decisiones. (...)

**Modificación Documento Operativo Enfoque Étnico EBEH, el cual quedará así:**

**(...) Producto 31. Plan de cuidado familiar con familias étnicas negras y afrocolombianas:**

**Actividad 1. Formulación e implementación de Plan de Cuidado Diferencial en Familias de comunidades Negras y Afrocolombianas:**

(...) **Tercer momento:** Se espera que cada uno de los equipos kilombos, desarrollen una pieza comunicativa adicional para presentar durante el mes de junio, por lo cual se establece para la subred Sur: Medicina ancestral, subred norte temática espiritualidad, subred centro oriente dimensión de materno infantil y subred



**MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024 CELEBRADO ENTRE LA FONDO FINANCIERO DITRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

sur occidente dimensión en salud ambiental, cada una de estas deberán visualizar la integración de contenidos según creencias, usos y costumbres propias de la comunidad. (...)

**(...) Productos 37 y 38. Gestión integral del riesgo en familias indígenas Emberá - Subred Centro Oriente/Subred Norte**

**Principales roles de los perfiles que desarrollan que conforman el equipo interdisciplinario:**

- (...) Técnico auxiliar de enfermera: Difundir estrategias de educación en salud pública, con enfoque étnico diferencial para el cuidado de la comunidad, entre las cuales se encuentran, menores de 5 años con riesgo de desnutrición, personas con sospecha o condición crónica confirmada, personas con condición crónica y demás prioridades que requieran de seguimiento acorde a procesos de planeación.
- (...) Psicóloga o Trabajadora social y auxiliar de enfermería para gestiones en salud: apoyo a la gestión sectorial e intersectorial (...)

**Actividad 2. Unidad de atención integral comunitaria – UAIC**

**Momento 1. Valoración inicial:** Diligenciamiento de la herramienta de UAIC dispuesto en el aplicativo GTAPS-SDS.

**Actividad 3. Seguimiento a hospitalizados**

**Momento 1. Seguimiento a usuarios hospitalizados en USS**

Se realiza seguimiento diario a los usuarios hospitalizados en las diferentes unidades de servicios de salud del distrito y cargaran de manera diaria el seguimiento en las diferentes fuentes de recolección de la información, garantizando la totalidad de los seguimientos hospitalarios. Este seguimiento debe incluir un abordaje integral desde el usuario hospitalizado, familia y personal de salud intrahospitalario para mitigar cualquier tipo de barreras. Los seguimientos estarán supeditados al número de personas hospitalizadas, en caso de aumentar la demanda de casos, se deberá priorizar aquellos usuarios que se encuentren en curso de vida primera infancia e infancia, persona gestante o aquellos que se encuentren en unidades especializadas como unidad de cuidado intensivo- intermedio. (...)

**Actividad 4. Apoyo a la gestión sectorial e intersectorial**

**\*Derivación para atenciones individuales de medicina:**

**Consideraciones relacionadas con el aplicativo:**

- De manera inicial, por parte del componente geográfico, se deberá asignar el predio correspondiente al punto de asentamiento abordado a cada uno de los equipos.
- El equipo indicará cuantas unidades habitacionales (líderes) tiene cada predio para así mismo ser generado desde el componente geográfico.
- Una vez creado el predio, cada equipo realizara la confirmación del estado del predio en modulo PREDIOS.
- Posterior a esto en el módulo HOGARES, acorde a lo dialogado y por las dinámicas cambiantes de la población, se asignará una unidad habitacional por cada uno de los líderes comunitarios reconocidos, en el cual se ingresarán las personas de la comunidad que se identifican con cada uno de ellos.
- Teniendo en cuenta que una unidad habitacional (líder comunitario) puede tener hasta 300 personas o más a cargo se realizarán agrupaciones de dicha población en subgrupos de a 15, los cuales estarán

**MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024 CELEBRADO ENTRE LA FONDO FINANCIERO DITRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

divididos por el complemento denominado SALON, de esta manera los primeros 15 identificados pertenecerán al salón 1, los 15 siguientes al salón 2 y así sucesivamente, lo anterior permitirá tener un mejor manejo de la herramienta.

- Luego de ser creadas los salones, se realizará el diligenciamiento del formulario acorde a la actividad desarrollada.

**(...) Producto 39 gestión del riesgo en familias indígenas Wounaan baud mos - subred sur**

La nación Wounaan cabildo indígena Wounaan de Bogotá D.C Comunidad Baud Mos desde hace más de cinco siglos, vive en los límites de los departamentos del Chocó y Valle del cauca. En los resguardos Indígena Wounaan habitan en confinamiento por los grupos al margen de la ley.

Inicialmente en el año 2000, fue forzado violentamente a desplazarse algunas familias del municipio litoral del san juan de los resguardos Papayo, Unión Balsalito, Río Taparal, Chachajo, Puerto Pizarro, río pichima quebrada y San Antonio de Togoroma quebrada, municipio de Andagolla del Medio San juan resguardos, Santa Maria de Pangala, Chagpien, unión Wounaan, municipio de Río Sucio, resguardos Jaqual río chintado, territorio ancestral cacarica y en el municipio de Bajo Baudó Pizarro, los resguardos bellavista-unión Pitalito y río Orpua, todos por los grupos Al margen de la ley en el departamento del Chocó.

Actualmente, las familias Wounaan habitan en la ciudad de Bogotá D.C, en la localidad ciudad Bolívar, sector lucero bajo, medio y alto, debido al desplazamiento forzado, por lo cual están incluidos en el registro único de víctimas desde el 22 de agosto de 2003.

**Perfiles con enfoque desde la medicina ancestral:**

**Perfiles complementarios:**

**Técnico en salud**

El perfil de técnico en salud se concibe como un perfil con pertenencia étnica, quien facilita la integralidad del abordaje en salud de la comunidad y permite el dialogo constante entre los saberes ancestrales y occidentales de la comunidad Wounaan.

- Brindará el aporte en salud desde la medicina occidental, identificando riesgos y alertas en salud, población sujeta de abordaje de tipo resolutivo e individual, integrando las acciones desde la mirada tradicional y la ancestral
- Sera el encargado de registrar las acciones desarrolladas por parte del equipo en la herramienta disponible, aplicativo en línea **GTAPS-SDS**.
- Mantendrá constante dialogo con el gestor comunitario para posicionar las necesidades presentes por parte de la población.
- Realizara proceso de gestión del riesgo ya sea por medio de la activación de rutas o canalización a servicios sectoriales e intersectoriales (SIRC) o derivación a los demás perfiles de equipos básicos extramurales hogar, teniendo en cuenta los criterios propios para el proceso de derivación.
- Brindar educación en salud acorde a los riesgos y necesidades identificadas en las familias y espacios comunitarios, lo anterior integrando conocimientos desde la salud occidental como la tradicional.

**Gestor comunitario:**

**MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024 CELEBRADO ENTRE LA FONDO FINANCIERO DITRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

El perfil de gestor comunitario se concibe como un perfil con pertenencia étnica, quien será dispuesto por parte de la comunidad, **deberá contar con capacidades y habilidades de lectoescritura y manejo básico de herramientas ofimáticas**, entre las acciones a desarrollar se encuentran:

- Facilitar la comunicación (traducción) entre la comunidad y los equipos de salud, teniendo en cuenta sus características culturales. Así mismo, desde su saber propio contribuirán a las acciones de educación en temáticas de salud, así como el acompañamiento a citas médicas, procesos de hospitalización con el fin de mediar interlocución con la comunidad, relacionado con el plan de manejo médico.
- Solicitud de citas médicas, reclamación de medicamentos y procesos de autorización con las diferentes EAPB.
- Participar de las actividades de salud programadas con el cabildo, brindar información de los avances realizados por parte del equipo, en los tiempos que las autoridades lo demanden y otras actividades de apoyo que requieran del equipo, en el marco de la gestión comunitaria.
- Apoyar procesos de derivación por signos de alarma o urgencia vital en los diferentes cursos de vida, activación de ruta 123, entre otros.
- Proceso de planeación, demanda inducida y organización de los lugares en los cuales se desarrollen acciones comunitarias y colectivas por parte del equipo.
- Las demás acciones que sean requeridas en el desarrollo de las actividades establecidas para el cumplimiento del producto.

**Actividad 1. Identificación de desarmonías y riesgos en salud en las familias de la comunidad.**

**Momento 3: Seguimiento a las desarmonías y riesgos en salud**

- Realizar acciones de Wawia – Consejo mayor a los integrantes del cabildo indígena Wounaan de Bogotá D.C Comunidad Baud Mos, lo cual bajo la concepción ancestral es todo aquello que influye de manera positiva en la salud mental de los individuos y la comunidad; en caso de identificarse alertas o riesgos psicosociales, el equipo podrá realizar la derivación para recibir abordaje colectivo por parte del perfil de psicología, el cual no tendrá pertenencia étnica.
- Realizar monitoreo y seguimiento de las condiciones de salud de los integrantes de las familias del cabildo indígena Wounaan de Bogotá D.C Comunidad Baud Mos, en el Marco del Modelo Territorial de Salud.

**Momento 4: cierre familiar/ rogativa Ēwāndam y espiritual**

- El equipo deberá realizar el registro del cumplimiento a los objetivos trazados, con el fin de determinar la finalización del abordaje a la familia o su continuación. Dicho balance se registrará en el aplicativo en línea **GTAPS-SDS** dispuesto desde nivel central, cumplimiento a compromisos y se deberá registrar la fecha del cierre familiar.

**Actividad 2. Acciones propias desde los Saberes Ancestrales (Medicina Ancestral y Partería)**

- Brindar atenciones desde la medicina ancestral por parte de medico tradicional y las parteras en las IPS en las que se encuentren las personas hospitalizadas. Es importante aclarar que, dichas atenciones se realizarán posterior al diálogo y concertación con las áreas administrativas de las IPS, estas deberán estar soportadas en formato de sesión colectiva/ aplicativo en línea **GTAPS-SDS**.
- Realizar acciones de Wawia – Consejo mayor a los integrantes del cabildo indígena Wounaan de Bogotá D.C Comunidad Baud Mos.

**MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024 CELEBRADO ENTRE LA FONDO FINANCIERO DITRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

- Gestión, información y orientación de casos de barreras de aseguramiento y/o acceso a salud a cargo del gestor comunitario.
- Participar de espacios comunitarios para la construcción de la estrategia de abordaje en salud para el cabildo indígena Wounaan de Bogotá D.C Comunidad Baud Mos.

**(...) Producto 40: Gestión del riesgo en salud para las familias con pertenencia Rrom- gitano- Subred Suroccidente**

**Actividad 4: Construcción de saberes y gestión del conocimiento, para la atención en salud del Pueblo Rrom – Gitano.**

**Componentes para las unidades de Análisis:**

Identificar la articulación del modelo de atención en salud con el enfoque étnico diferencial Rrom gitano, estableciendo recomendaciones en el marco de los hallazgos de los puntos anteriores. Entrega: Primera semana de Mayo.

**Nota:** Durante el mes de mayo, se programará un espacio junto con referentes distritales para la revisión y ajustes del documento operativo para la próxima vigencia, lo anterior teniendo en cuenta el documento final de análisis en salud propio para la comunidad entregado a nivel central.

**2. Pieza comunicativa**

Para el periodo comprendido entre abril y julio se generará una pieza comunicativa bimensual que recoja temas de interés identificados durante las atenciones; teniendo en cuenta que la generación de información es clave para la focalización de la estrategia de atención integral diferencial, coordinada con la instancia de representación, las cuales deberán ser remitidas a nivel central en los meses mayo y julio.

**(...) Producto 34. Plan de cuidado familiar diferencial en familias étnicas, palenqueras.**

**Desarrollo de contenidos diferenciales:**

**Tercer momento:** Se espera que el equipo desarrolle una pieza comunicativa adicional para presentar durante el mes de junio, con temática de Salud materno infantil, cada una de estas deberán visualizar la integración de contenidos según creencias, usos y costumbres propias de la comunidad.

**Modificación Documento Manual de Agendamiento:**

- Del documento se elimina la actividad del líder de acceso correspondiente a la consulta en el Sistema de Información para la Gestión Integral del Riesgo en Salud - SIGIRES para verificar últimas atenciones de los usuarios desde su asegurador de manera que se pueda definir la pertinencia en la intervención realizada.
- Se incorporan a los profesionales como actores para el agendamiento al igual que el promotor.

**Modificación Ficha Técnica Rehabilitación Basada en Comunidad RBC, la cual quedará de la siguiente manera:**

**(...) 3. Metodología:**

Esta acción la desarrollan los perfiles de RBC en articulación con el trabajo de los Equipos Básicos Extramurales que gestionan el riesgo en los territorios. El perfil de terapeuta y agente de cambio de RBC, tendrán la asignación de un número de familias con personas con discapacidad del territorio para implementar la acción de RBC de asesoría en el hogar en 4 sesiones en un periodo de hasta 3 meses (En caso de requerir mayor tiempo de intervención deberá estar justificado en el marco del comité de cuidado), cuya frecuencia se coordina con la familia y se define acorde con prioridades. Dichas familias son canalizadas por los promotores de los equipos básicos a partir de la caracterización. Se vinculan, además, profesionales en psicología, para

**MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024 CELEBRADO ENTRE LA FONDO FINANCIERO DITRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

orientar en aspectos de bienestar mental y convivencia familiar en caso de ser necesario activar la ruta de salud mental. (...)

El Agente de Cambio, trabaja con las familias que de acuerdo con la evaluación de riesgo de integrantes con discapacidad de la familia y requieran una activación de atenciones individuales u otros apoyos diferenciales. Este perfil orienta el autorreconocimiento de condición y situación en la persona con discapacidad, la persona cuidadora y la familia, motiva la toma de conciencia y el papel de la familia como red primaria de apoyo. Activa las rutas de atención y participación, informando sobre estas y educando en la utilización de estas.

**(...) 3.2 Entregables:**

Actas de reunión y coordinación del equipo (terapeuta, Agente de Cambio y Auxiliar de cuidado para articular los posibles casos, así como las acciones adelantadas con cada familia, para dar cumplimiento al plan de cuidado concertado). En esta acta se deberá incluir la justificación técnica de los casos en los que por razones de fuerza mayor se extienda el periodo de acompañamiento y se superen los 3 meses.

**(...) 3.3 Proceso**

Desarrollo de sesiones de terapeuta:

SESIÓN	CONTENIDO
Sesión 3 – seguimiento al plan	<u>Esta sesión tendrá la posibilidad de realizarse de manera telefónica en esta se adelantarán las siguientes acciones que permiten avanzar en el fortalecimiento de las condiciones de la familia.</u>

Desarrollo de sesión Agente de Cambio

SESIÓN	CONTENIDO
Sesión 1-2 de seguimiento al plan de cuidado	<p><u>El agente de cambio realizará 2 sesiones de acompañamiento a las familias con discapacidad o limitación funcional, una de manera presencial, acompañando cualquiera de las sesiones de la terapeuta (1,2,3, o 4); excepto la sesión que se haga de manera telefónica.</u></p> <p><u>Y otra de ellas se podrá realizar seguimiento telefónico, en el marco de las siguientes posibilidades temáticas, teniendo en cuenta cada caso, según lo identificado en las sesiones de la terapeuta, donde se podrán agotar las siguientes acciones.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Educación y sensibilización, facilitando espacios formativos sobre derechos, autonomía y oportunidades para personas con discapacidad, promoviendo una visión inclusiva en la comunidad.</u></li> <li>• <u>Fortalecimiento de redes de apoyo, impulsando la creación de grupos comunitarios donde las familias puedan compartir experiencias, estrategias y recursos para afrontar los desafíos de la discapacidad.</u></li> <li>• <u>Acceso a servicios, actuando como enlace entre las personas con discapacidad y los servicios de salud, educación, empleo y protección social, garantizando que conozcan y accedan a sus derechos.</u></li> <li>• <u>Promoción de la equidad en el acceso a servicios de salud, facilitando el conocimiento de derechos y garantizando el acceso a servicios de promoción, prevención, atención y rehabilitación.</u></li> <li>• <u>Fomento del desarrollo de habilidades para el autocuidado y la gestión de la salud, promoviendo la adherencia a tratamientos, la autonomía en el manejo del bienestar y el acceso a tecnologías de apoyo que mejoren la calidad de vida.</u></li> <li>• <u>Participación social y comunitaria, impulsando la integración en actividades culturales, recreativas y deportivas para fomentar la interacción con el entorno y reducir el estigma.</u></li> <li>• <u>Fortalecimiento de la autonomía y la vida independiente, promoviendo el desarrollo de habilidades para la toma de decisiones, la movilidad, la comunicación y la gestión de la vida cotidiana.</u></li> </ul>



**MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024 CELEBRADO ENTRE LA FONDO FINANCIERO DITRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

**(...) 4.2.2 Criterios de inclusión y priorización**

**(...) Criterios de priorización**

Personas gestantes cuidadoras. (...)

\*El Auxiliar de Cuidado brindará apoyo a las gestantes que, además de su embarazo, cumplen el rol de cuidadoras de personas con discapacidad o personas mayores con limitación funcional con condiciones de dependencia moderada o severa, permitiéndoles asistir a sus controles prenatales o las acciones propias de la ruta integral de atención en salud durante el tiempo del relevo.

**Modificación Ficha Técnica Salud Mental, la cual quedará de la siguiente manera:**

**Se adiciona en la primera página el siguiente apartado:**

**(...) IMPLEMENTACION PLANES DE CUIDADO INDIVIDUAL, FAMILIAR Y COLECTIVO EN SALUD MENTAL**

Las acciones de plan de cuidado familiar se adelantarán en dos modalidades; de manera presencial y con la vinculación de algunos seguimientos telefónicos de acuerdo con la prioridad, estas acciones se encuentran directamente relacionados con las prioridades establecidas para el Grupo de Riesgo Salud Mental.

En el desarrollo de los planes de cuidado para, se establece la oportunidad de vincular acciones de seguimiento a través de la modalidad virtual como una estrategia clave para garantizar la continuidad del cuidado, fortalecer la participación familiar y optimizar los recursos disponibles. El uso de herramientas digitales y llamadas telefónicas facilita el acompañamiento integral a las familias, promoviendo la prevención de enfermedades, el bienestar en salud mental y la inclusión social.

Para las estrategias integrales de salud mental, es fundamental ofrecer un acompañamiento continuo durante el proceso de intervención, asegurando que el usuario reciba el apoyo necesario en todo momento. En este sentido, el profesional tendrá la oportunidad de vincular hasta el 50% de las sesiones de seguimiento en modalidad telefónica, según lo establecido en los planes de cuidado.

Específicamente, las primeras dos sesiones serán clave para la intervención, durante estas, se definirá el plan de cuidado y se realizará una evaluación detallada para determinar la pertinencia y oportunidad de incorporar la modalidad virtual al plan de manejo. Esta evaluación incluirá una identificación técnica de los beneficios que la modalidad virtual puede aportar al proceso terapéutico, así como un análisis de la severidad del evento y que NO represente en riesgo de letalidad para el usuario índice o de algún integrante del grupo familiar, garantizando la seguridad y efectividad del acompañamiento.

Por último, la sesión de cierre se llevará a cabo de manera presencial, lo que permitirá consolidar el proceso de intervención, la evaluación de los resultados y el cumplimiento de los objetivos establecidos para la implantación del plan de cuidado.

Para el despliegue de los seguimientos telefónicos en el marco de la implementación de los planes de cuidado familiar, se deberá garantizar la estructura de intervención familiar, cumpliendo con la normativa que establece la necesidad de contar con el acompañamiento de un adulto responsable para el usuario índice menor de edad. Esto garantizará que el proceso de atención se lleve a cabo de manera integral y conforme a los lineamientos técnicos. En el caso de los planes de cuidado individual no se desarrollan actividades en menores de edad, toda vez que es para personas cuidadoras.

Estrategia de acompañamiento psicosocial

**(...)3. Metodología**

Para la implementación de la estrategia de acompañamiento psicosocial, se establece la aplicación de los tamizajes SRQ y RQC; como un requisito obligatorio. Para las demás estrategias, será utilizado por el profesional acorde a la identificación de riesgos, que así lo amerite. Se deberá realizar el diligenciamiento de los tamizajes SRQ y RQC en el aplicativo GTAPS.

**MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024 CELEBRADO ENTRE LA FONDO FINANCIERO DITRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

**Modificación de la Caja de Herramientas**

En la caja de herramientas, en la planilla de firmas se ajusta el siguiente párrafo:

(...) El o los usuarios aquí relacionados, conocen y autorizan de manera voluntaria, libre, expresa e inequívoca el tratamiento de datos e información sensible que se recolectan y registran tanto en este formato como en el aplicativo en línea donde se ingresa la información relacionada con las acciones, en el marco de la ejecución de los convenios Interadministrativos de los Equipos Básicos Extramurales, los cuales serán almacenados, procesados, usados, compilados, transmitidos, transferidos, actualizados y dispuestos para este fin, conforme a lo que establece la Ley 1581 de 2012, capítulo 25 del Decreto 1074 del 2015 (único reglamentario del sector comercio, industria y turismo) y la política de la Secretaría Distrital de Salud de tratamiento y protección de datos que se puede consultar en el siguiente link: [https://www.saludcapital.gov.co/Documents/Politica\\_Proteccion\\_Datos\\_P.pdf](https://www.saludcapital.gov.co/Documents/Politica_Proteccion_Datos_P.pdf) y la Política de Protección y Tratamiento de Datos Personales (o su equivalente) de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte/Sur/Sur Occidente/Centro Oriente E.S.E."

La Secretaría Distrital de Salud y la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte/Sur/Sur Occidente/Centro Oriente E.S.E son los responsables del tratamiento de los datos personales consignados por él o los usuarios, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, del Decreto 1074 de 2015 y de la política de tratamiento de datos personales de las entidades, respetando los derechos de los titulares y acatando las obligaciones que esto implica.

La impresión de este documento se considera COPIA NO CONTROLADA y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

En la planilla firmas PCF y PCI se adicionan los campos de: código de familia, código de predio y evento/prioridad

En la planilla firmas se incluye la correspondiente a las atenciones individuales por medicina

Adicionalmente, se incluye la ficha metodológica apropiación territorial, matriz de información apropiación territorial EBEH.

**SEXTA: MODIFICAR Modificación Anexo 6. Plan programático y presupuestal -PPP**

Modificar el cabezote del anexo 6. Plan programático y presupuestal -PPP, incluyendo los siguientes campos:

PILAR DEL MODELO			CAPA		7. CODIGO ACTIVIDAD EN PPP Y LINEAMIENTO	8. PRODUCTO	9. UNIDAD DE MEDIDA	10. NIVEL DE OPERACIÓN	11. VALOR UNITARIO	VALOR UNITARIO INDEXADO			
SANTA FE	SAN CRISTOBAL	MARTIRES	ANTONIO NARIÑO	CANDELARIA	RAFAEL URIBE URIBE	SUBRED	DISTRITO	TOTAL META PROGRAMADA	21. VALOR INICIAL VIGENCIA 2024	22. VALOR INICIAL VIGENCIA 2025 INDEXADO	23. VALOR DE LA ADICIÓN	24. VALOR TOTAL DEL CONVENIO	
	SUBRED												
Diciembre /2024	Enero/2025 (1)	Enero/2025 (2)	Febrero/2025	Marzo /2025	abril /2025	abril redistribución 2024	Mayo reprogramación Abril 2025	Mayo redistribución 2024	Mayo redistribución 2025	Junio redistribución 2025	Junio adición 2025	Julio adición 2025	Meta Total

**MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024 CELEBRADO ENTRE LA FONDO FINANCIERO DITRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

DISTRITO													Meta Total
Diciembre /2024	Enero/2025 (1)	Enero/2025 (2)	Febrero/2025	Marzo /2025	abril /2025	abril redistribución 2024	Mayo reprogramación Abril 2025	Mayo redistribución 2024	Mayo redistribución 2025	Junio redistribución 2025	Junio adición 2025	Julio adición 2025	

META TOTAL PROGRAMADA													Meta Total
Diciembre /2024	Enero/2025 (1)	Enero/2025 (2)	Febrero/2025	Marzo /2025	abril /2025	abril redistribución 2024	Mayo reprogramación Abril 2025	Mayo redistribución 2024	Mayo redistribución 2025	Junio redistribución 2025	Junio adición 2025	Julio adición 2025	

De acuerdo con el ajuste en la estructura del cabezote y las actividades programadas, el anexo 6. Plan programático y presupuestal -PPP quedará así:

7. CODIGO ACTIVIDAD EN PPP Y LINEAMIENTO	Diciembre /2024	Enero/2025 (1)	Enero/2025 (2)	Febrero/2025	Marzo /2025	abril /2025	abril redistribución 2024	Mayo reprogramación Abril 2025	Mayo redistribución 2024	Mayo redistribución 2025	Junio redistribución 2025	Junio adición 2025	Julio adición 2025	Meta Total
1	1,40	0,60	1,75	3,00	4,00	1,20	2,80	-	0,97	3,03	0,58	3,42	4,00	11,95
2	1.870,40	3.470,60	6.478,36	7.162,46	9.360,00	9.360,00	-	2.080,00	2.278,76	5.001,24	1.367,08	7.992,92	9.360,00	37.701,82
3	23,00	-	16,00	12,00	64,00	19,00	45,00	-	15,58	48,42	9,35	54,65	64,00	134,00
4	486,00	111,00	520,00	774,00	1.226,00	366,00	859,00	-	298,23	926,77	178,92	1.046,08	1.225,00	3.483,00
5	806,00	282,00	958,00	1.281,00	1.368,00	410,00	958,00	-	333,05	1.034,95	199,80	1.168,20	1.368,00	5.105,00
6	88,00	27,00	72,00	129,00	185,00	55,00	130,00	-	45,04	139,96	27,02	157,98	185,00	556,00
7	89,00	21,00	59,00	76,00	127,00	38,00	89,00	-	30,92	96,08	18,55	108,45	127,00	410,00
8	-	-	20,00	108,00	385,00	116,00	269,00	-	93,73	291,27	56,23	328,77	385,00	629,00
9	-	-	-	12,00	231,00	69,00	162,00	-	56,24	174,76	33,74	197,26	231,00	312,00
10	168,00	69,00	162,00	231,00	231,00	69,00	162,00	-	56,24	174,76	33,74	197,26	231,00	930,00
11	120,00	39,00	121,00	180,00	308,00	92,00	216,00	-	74,98	233,02	44,99	263,01	308,00	860,00
12	317,00	99,00	430,00	623,00	676,00	676,00	-	156,00	164,58	355,42	98,73	577,27	676,00	2.821,00
13	-	-	-	-	79,00	22,00	57,00	-	19,23	59,77	11,54	67,46	79,00	101,00
14	-	-	-	3,00	380,00	114,00	266,00	-	92,51	287,49	55,50	324,50	380,00	497,00
15	-	-	-	-	38,00	11,00	27,00	-	9,25	28,75	5,55	32,45	38,00	49,00
16	7,00	3,00	12,00	22,00	95,00	28,00	67,00	-	23,13	71,87	13,88	81,12	95,00	167,00
17	-	-	-	-	32,00	10,00	22,00	-	7,79	24,21	4,67	27,33	32,00	42,00
18	27,00	7,00	13,00	20,00	140,00	42,00	98,00	-	34,08	105,92	20,45	119,55	140,00	249,00
19	0,70	0,30	1,16	2,00	2,00	0,60	1,40	-	0,49	1,51	0,29	1,71	2,00	6,76
20	44,00	18,90	44,10	63,00	63,00	18,00	45,00	-	15,34	47,66	9,20	53,80	63,00	251,00
21	1,00	-	14,00	22,00	35,00	35,00	-	8,00	8,52	18,48	5,11	29,89	35,00	107,00
22	-	-	1,00	1,00	1,00	-	1,00	-	0,24	0,76	0,15	0,85	1,00	3,00
23	-	-	-	-	6,00	2,00	4,00	-	1,46	4,54	0,88	5,12	6,00	8,00
24	-	-	3,00	29,00	38,00	11,00	27,00	-	9,25	28,75	5,55	32,45	38,00	81,00
25	-	-	-	3,00	6,00	2,00	4,00	-	1,46	4,54	0,88	5,12	6,00	11,00

**MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024 CELEBRADO ENTRE LA FONDO FINANCIERO DITRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

26	-	-	3,00	4,00	10,00	3,00	7,00	-	2,43	7,57	1,46	8,54	10,00	20,00
27	-	2,00	4,00	6,00	6,00	2,00	4,00	-	1,46	4,54	0,88	5,12	6,00	20,00
28	-	-	-	4,00	8,00	2,00	6,00	-	1,95	6,05	1,17	6,83	8,00	14,00
29	-	-	-	-	6,00	2,00	3,00	-	1,22	3,78	0,73	4,27	5,00	8,00
30	-	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-	0,24	0,76	0,15	0,85	1,00	2,00
31	48,60	8,60	63,40	130,00	160,00	48,00	112,00	-	38,95	121,05	23,37	136,63	160,00	458,60
32	3,60	-	3,60	7,60	8,00	2,00	6,00	-	1,95	6,05	1,17	6,83	8,00	24,80
33	7,20	1,80	5,40	15,00	16,00	5,00	11,00	-	3,90	12,10	2,34	13,66	16,00	50,40
34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
37	0,58	0,25	0,60	0,99	1,00	0,30	0,83	-	0,27	0,85	0,16	0,96	1,13	3,72
38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
41	-	0,90	2,10	5,00	5,00	1,50	3,50	-	1,22	3,78	0,73	4,27	5,00	14,50
42	72,00	34,20	79,80	125,00	148,00	148,00	-	0,40	36,03	111,57	21,62	126,38	148,00	607,00
43	5,00	1,80	4,20	6,00	8,00	8,00	-	0,90	1,95	5,15	1,17	6,83	8,00	33,00
44	31,00	14,70	30,00	48,00	59,00	17,70	41,30	-	14,36	44,64	8,62	50,38	59,00	200,40
45	2,00	0,60	1,40	2,00	3,00	0,90	2,10	-	0,73	2,27	0,44	2,56	3,00	9,90
46	-	6,00	12,60	26,00	27,00	8,10	18,90	-	6,57	20,43	3,94	23,06	27,00	79,70
47	-	2,10	2,20	4,67	7,00	2,10	4,90	-	1,70	5,30	1,02	5,98	7,00	18,07
48	0,32	0,10	0,70	1,00	1,00	0,30	0,70	-	0,24	0,76	0,15	0,85	1,00	3,42
49	0,70	0,72	0,28	1,00	1,00	0,30	1,23	0,09	0,37	1,06	0,22	1,31	1,53	4,00
50	5,00	2,40	5,60	8,00	8,00	2,40	3,60	-	1,46	4,54	0,88	5,12	6,00	31,40
51	2,00	1,20	2,80	4,00	4,00	1,20	2,80	-	0,97	3,03	0,58	3,42	4,00	15,20
52	2,10	1,20	2,80	4,30	7,00	2,10	3,90	-	1,46	4,54	0,88	5,12	6,00	19,50
53	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
54	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
55	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
56	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
57	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
58	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
59	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

**MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1 AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR.7124331 de 2024 CELEBRADO ENTRE LA FONDO FINANCIERO DITRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
61	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
62	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
63	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
66	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
67	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
68	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
69	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	4.228,60	4.226,98	9.151,85	11.159,01	15.574,00	11.823,70	3.745,96	2.245,39	3.790,54	9.533,72	2.274,04	13.295,62	15.569,66	56.164,14
Fuente: Anexo 6. Informe de Gestión Plan Programático y Presupuestal - PPP.														

**SÉPTIMA** Hacen parte integral del presente **MODIFICATORIO No. 2, PRÓRROGA No. 1 Y ADICIÓN No. 1**, los siguientes documentos: 1). Memorandos radicados conforme se relacionan en las consideraciones. 2). Solicitud de modificación emitido por los supervisores del convenio. 3) Memorando de aceptación de la subred.

**OCTAVA: MANIFESTACIONES:** Las partes manifiestan libremente que han procedido a la lectura total y cuidadosa del presente documento por lo que en consecuencia se obligan en todas sus manifestaciones.

**NOVENA VIGENCIA:** Los demás términos del Convenio Interadministrativo No. 7124556 continúan vigentes

**DÉCIMA: PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN:** El presente documento requiere para su perfeccionamiento de la suscripción por las partes en el SECOP II, y para su ejecución de la expedición del registro presupuestal.