

CS-2025-2-046806

Bogotá D.C., 22 de mayo de 2025

Doctor (a)

LIZ YADIRA MONROY DELGADO**Subsecretaria de Despacho****Concejo de Bogotá**

comision_tercera@concejobogota.gov.co

Calle 36 No. 28 A - 41

Bogotá D.C., Bogotá,,

CONCEJO DE BOGOTÁ 22-05-2025 07:49:04

2025ER13923 O 1 Fol:1 Anex:0

ORIGEN: CAPITAL SALUD EPS/DIANA YNETH RODRIGUEZ NIÑO**DESTINO: COMISION 3ª PERM. DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO/MO****ASUNTO: RTA PROP 622-2025****OBS: ---****REFERENCIA:** Proposición No. 622 del 10 de mayo de 2025**RADICADO:** 2025EE9119 del 14 de mayo de 2025.

Cordial saludo,

En atención al cuestionario aprobado mediante proposición No. 622 del 10 de mayo de 2025, presentado por los Honorables Concejales dr. Julian Espinosa Ortiz y dr. Julian David Rodríguez Sastoque, recibido por esta entidad el 14 de mayo de 2025, Capital Salud EPS-S S.A.S se permite brindar respuesta al requerimiento asignado, en los siguientes términos:

1. "Sobre inversión y presupuesto:**1.1. ¿Cuál ha sido el presupuesto asignado y ejecutado para el Modelo Territorial de Salud en Bogotá MÁS BIENESTAR durante los años 2024 y 2025?**

Respuesta: El Modelo Territorial de Salud "Más Bienestar" no contempla recursos directos asignados por parte de la EAPB Capital Salud para su financiación. No obstante, se reconoce a las IPS públicas especialmente a las Subredes Integradas de Servicios de Salud las actividades ejecutadas por los equipos del modelo, en el marco de los contratos de prestación de servicios de salud vigentes.

A partir del año 2025, las acciones desarrolladas por dichos equipos continúan tanto en la modalidad de evento (promoción y mantenimiento) como en la de Pago Global Prospectivo (PGP). Con el fin de garantizar mayor trazabilidad y control sobre las intervenciones extramurales del modelo, se ha suscrito otro si, garantizando mayor trazabilidad y control sobre las intervenciones del Modelo Más Bienestar.

CUPS	NOMBRE SERVICIO	PERFIL
890105	ATENCIÓN VISITA DOMICILIARIA POR ENFERMERÍA	ENFERMERÍA
990204	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD POR ENFERMERÍA	ENFERMERÍA
990104	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD POR ENFERMERÍA	ENFERMERÍA
992102	ADMINISTRACIÓN ENTRATAMIENTO (SIFILIS GESTACIONAL) va con medicamento insumos	ENFERMERÍA
906039	TREPONEMA PALLIDIUM (PRUEBA TREPONÉMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	ENFERMERÍA
906249	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS	ENFERMERÍA
890101	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA POR MEDICINA GENREAL	MEDICINA GENERAL
990201	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD POR MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL
990101	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD POR MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL
	APLICACIÓN PRUEBA APETITO (pumpinut)	MEDICINA GENERAL
890105	ATENCIÓN (VISITA DOMICILIARIA) POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	NUTRICIÓN

990205	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD POR NUTRICIÓN	NUTRICIÓN
990105	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD POR NUTRICIÓN	NUTRICIÓN
990206	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD POR PSICOLOGÍA	PSICÓLOGO
990106	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD POR PSICOLOGÍA	PSICÓLOGO

Fuente: Contrato Promoción y Mantenimiento tabla negociación 2025. Capital Salud EPS-S

"¿Qué porcentaje del presupuesto se ha destinado específicamente a: Contratación de personal Adquisición de equipos o insumos?"

Actividades de promoción y prevención

Respuesta: En lo relacionado con la contratación de personal, así como con la adquisición de equipos o insumos, no se contempla una asignación de recursos directos por parte de por parte de la EAPB Capital Salud para subsidiar estas actividades dentro del marco del Modelo Territorial de Salud "Más Bienestar". Estas acciones son gestionadas directamente por las Subredes Integradas de Servicios de Salud.

En cuanto a las actividades de promoción y prevención, las Subredes Integradas de Servicios de Salud disponen de recursos provenientes de los acuerdos de voluntades suscritos con la EAPB. Sin embargo, estas acciones no tienen una asignación presupuestal específica, dado que la población abordada mediante la estrategia extramural es Identificada y caracterizada según criterios definidos por el modelo, se busca la articulación con las actividades intramurales, asegurando la continuidad en la ruta de atención sin que ello implique una destinación exclusiva de recursos. De esta forma se evitan barreras de acceso y se optimiza el uso de la red de prestación de servicios.

Sobre conformación y operación de equipos:

"2.1. ¿Cuántos equipos territoriales están activos actualmente en Bogotá? Desglose por:

- **Número de equipos por localidad.**
- **Composición de cada equipo (número de médicos, enfermeros, auxiliares, etc.)."**

Respuesta: De acuerdo con el reporte emitido por la Secretaría Distrital de Salud, con corte al 19 de mayo de 2025, actualmente se encuentran activos un total de 583 promotores de salud logrando la intervención de totalidad de los sectores catastrales del Distrito Capital, lo que garantiza una cobertura territorial completa en términos de presencia comunitaria y permite fortalecer la articulación con las redes de servicios de salud y las intervenciones de salud pública A continuación, se presenta el detalle de los perfiles que conforman los equipos territoriales, distribuidos por localidad:

Tabla relación equipos territoriales por perfil y localidad.

Localidad/Perfil	Medicina	Nutrición	Odontología	Promotor	Psicología	Psicólogo clínico	Terapeuta	Total, general
Ciudad Bolívar	8	-	2	103	15	1	3	147
Usme	5	1	1	70	9	1	2	116
Kennedy	-	-	1	77	10	1	4	102
Engativá	5	-	3	46	8	1	2	97
Bosa	-	-	1	80	6	1	1	96
Suba	2	-	2	48	9	1	3	76
San Cristóbal	-	-	2	45	7	1	-	63
Puente Aranda	14	1	-	10	4	1	1	47
Santa Fe	8	2	1	6	2	1	2	46
Rafael Uribe Uribe	-	-	-	30	6	1	-	44
Tunjuelito	2	-	-	27	4	-	1	37
Fontibón	-	1	-	8	4	-	1	18

Sumapaz	-	-	1	4	2	-	1	11
Usaquén	-	-	-	6	2	-	-	10
La Candelaria	-	-	-	2	1	-	-	10
Barrios Unidos	-	-	-	5	2	-	-	9
Antonio Nariño	-	-	-	5	1	-	1	9
Teusaquillo	-	-	1	2	1	1	1	8
Chapinero	-	-	-	6	2	-	-	8
Los Mártires	-	-	-	3	2	-	1	7
Total, general	44	5	15	583	97	11	24	961

Fuente: SDS Equipo Mas Bienestar- corte mayo 2025

Es importante aclarar que los profesionales de medicina, psicología, odontología, nutrición y terapia no desarrollan sus actividades de manera exclusiva en una única localidad. Su asignación y movilidad responden criterios de priorización de casos definidos a partir de la caracterización territorial por sectores catastrales, lo que permite una intervención más eficiente y focalizada conforme a las necesidades identificadas en cada zona.

Adicionalmente, estos equipos ejecutan las actividades del Modelo *Más Bienestar* en representación de todas las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) que han suscrito el convenio interadministrativo, garantizando así una cobertura integral e interinstitucional en la prestación de los servicios de salud.

"2.2. ¿Cuáles son los criterios utilizados para asignar los equipos a las diferentes localidades? "

Respuesta: Los criterios de abordaje y asignación de equipos del Modelo de Atención +MAS *Bienestar* se fundamentan en un enfoque territorial, integral y diferencial, diseñado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Estos criterios orientan la identificación de poblaciones y territorios prioritarios con base en condiciones sociodemográficas, epidemiológicas y territoriales a continuación, se describen los principales criterios utilizados:

Análisis territorial y georreferenciación

- Delimitación de territorios a partir de los 1.170 sectores catastrales del Distrito Capital.
- Identificación de casos por vigilancia salud pública, caracterización población, servicios de salud en los diferentes territorios, patrones de concentración de riesgos, entre otros

Nivel de vulnerabilidad

- Consideración de indicadores sociales, económicos y de salud para identificar territorios con mayor riesgo en términos de salud pública.
- Clasificación de zonas con base en su grado de vulnerabilidad para definir fases de intervención.

Intervenciones previas

- Historial de abordaje por modelos anteriores (como Salud a Mi Barrio/Salud a Mi Vereda).
- Aprovechamiento de experiencias y lecciones aprendidas para ajustar las estrategias actuales.

Condiciones de seguridad y accesibilidad

- Evaluación de la viabilidad operativa para el trabajo de campo de los equipos, considerando el contexto de seguridad del territorio.

Carga poblacional

- Número de hogares y personas registradas en bases de datos como BDU, registros de EPS, gestantes, y población priorizada.
- Inclusión de poblaciones en condiciones de riesgo o exclusión del sistema de salud.

Priorización por ciclo vital y riesgo

- Enfoque en grupos específicos como gestantes, niños, personas con enfermedades crónicas o con necesidades psicosociales.
- Enlace con las rutas integrales de atención en salud.

Continuidad e integración del cuidado

- Articulación entre la atención extramural (en territorio) e intramural (en las IPS), asegurando seguimiento y continuidad de los procesos de atención.

"2.3. ¿Qué actividades específicas realizan estos equipos en territorio? Liste:

Tipos de intervenciones (ej.: tamizajes, educación comunitaria y ruta de canalización)."

Respuesta: Las actividades específicas que realizan los equipos en territorio son:

- Caracterización social y ambiental del entorno hogar.
- Educación para la salud pública.
- Tamizajes (VIH- SIFILIS)
- Canalización de usuarios a servicios de atención individual (EAPB e IPS)
- Derivación de usuarios a servicios sociales
- Acompañamiento y seguimiento a los planes de cuidado instaurados, para el desarrollo de capacidades de cuidado.
- Promoción de la participación social
- Atenciones individuales en los casos priorizados

"3. Sobre cobertura y presencia territorial:

3.1. ¿En cuántas y cuáles UPZ o barrios de Bogotá tiene presencia actual el Modelo Territorial de Salud en Bogotá MÁS BIENESTAR?"

Respuesta: El Modelo Territorial de Salud +MÁS Bienestar cuenta con una delimitación territorial integral, que abarca la totalidad del Distrito Capital, incluyendo:

- Todas las Unidades de Planeamiento Zonal (UPZ) urbanas,
- Las Unidades de Planeamiento Rural (UPR),
- Y las áreas de los Cerros Orientales

Esta delimitación permite un abordaje estructurado, gradual y focalizado del territorio, garantizando una presencia operativa completa en toda la ciudad, en concordancia con los principios del enfoque territorial y diferencial del modelo.

Así las cosas, la presencia territorial se evidencia en los siguientes barrios por Subred:

Subred	Barrios
Centro Oriente	20 de Julio, Ciudad Jardín, Diana Turbay, La Candelaria, La Gloria, La Macarena, La Sabana, Las Cruces, Las Nieves, Los Libertadores, Lourdes, Marco Fidel Suárez, Marruecos, Quiroga, Restrepo, Sagrado Corazón, San Blas, San José, Santa Isabel, Sosiego.
Norte	Santa Bárbara, Santa Cecilia, El Prado, La Alhambra, Jardín Botánico, Los Andes, El Refugio, San Isidro - Patios, La Uribe, Galerías, Teusaquillo, Parque Salitre, Parque Simón Bolívar - CAN, La Esmeralda, Quinta Paredes, Ciudad Salitre Oriental, San Cristóbal Norte, Toberín, Los Cedros, Usaquén, Doce de Octubre, Casa Blanca Suba, Álamos, La Floresta, Las Ferias, Suba, El Rincón, La Academia, Guaymaral, San José de Bavaria, Country Club, Britalia, Engativá, Paseo de los Libertadores, Niza, Garcés Navas, Tibabuyes, Chico Lago, Los Alcázares, Chapinero, Bolivia, Boyacá Real, Verbenal, Minuto de Dios, Pardo Rubio, UPR Zona Norte.
Sur	Comuneros, La Flora, Monte Blanco, Parque Entrenubes, Venecia, Gran Yomasa, Alfonso López, El Mochuelo, Tunjuelito, Arborizadora, Ciudad Usme, Danubio, Ismael Perdomo, Jerusalén, San Francisco, Lucero, El Tesoro, UPR Río Tunjuelo, UPR Río Sumapaz, UPR Río Blanco.
Sur Occidente	Timiza, Apogeo, Fontibón, Ciudad Montes, Las Margaritas, Zona Industrial, Ciudad Salitre Occidental, Puente Aranda, Granjas de Techo, Bavaria, Modelia, Muzu, San Rafael, Américas, Capellanía, Carvajal, Castilla, Kennedy Central, Calandaima, Fontibón San Pablo, Tintal Norte, Aeropuerto El Dorado, Zona Franca, Tintal Sur, Corabastos, Gran Britalia, Patio Bonito, Bosa Occidental, Bosa Central, El Porvenir.

Fuente: SDS Equipo Mas Bienestar– corte mayo 2025.

"3.2. ¿Con qué frecuencia los equipos visitan presencial y físicamente cada localidad? Proporcione:

- **Número de visitas mensuales por localidad.**
- **Tiempo promedio de permanencia en territorio por visita.**
- **Descripción de los casos en los que se asigne seguimiento o segunda visita."**

Respuesta: El número de atenciones por localidad depende tanto de los casos remitidos por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) como de aquellos identificados directamente por los promotores de salud en el territorio. Por esta razón, la cantidad de atenciones puede variar según la dinámica de cada zona y los casos priorizados por cada EPS.

Es importante destacar que los equipos territoriales también responden a requerimientos provenientes de diversas fuentes, como los sistemas de vigilancia en salud pública, las entidades del sector salud, el sector social de la administración distrital, entre otros. Esto permite una articulación más amplia y una atención más oportuna a las necesidades identificadas en cada comunidad.

En relación con el tiempo promedio de las visitas realizadas por los Equipos Básicos Territoriales del modelo +MAS Bienestar en Bogotá puede variar según el tipo de intervención, las condiciones del entorno y las necesidades de la población atendida. Sin embargo, con base en la operación estándar del modelo, se pueden establecer los siguientes promedios aproximados:

TIPO DE VISITA	TIEMPO PROMEDIO ESTIMADO POR VISITA
Visita inicial de caracterización familiar	30 a 45 minutos
Seguimiento individual o familiar en salud	20 a 30 minutos
Visita de intervención psicosocial	30 a 60 minutos
Educación en salud o actividades comunitarias	45 minutos a 1 hora
Remisión y gestión de casos (extramural)	Variable (20 a 60 minutos aprox.)

Fuente: Documento estratégico y los lineamientos operativos Modelo Mas Bienestar.

Estos tiempos pueden no ser estándar dependiendo algunas consideraciones adicionales como el tiempo puede extenderse en zonas rurales o de difícil acceso, el profesional que aborda a los usuarios entre otros.

Asimismo, los equipos territoriales realizan seguimientos o segundas visitas a los casos priorizados, de acuerdo con condiciones o eventos de interés en salud pública. Estas situaciones incluyen, entre otras, desnutrición, bajo peso, morbilidad materna extrema, conducta suicida,

embarazo, violencia intrafamiliar y enfermedades crónicas no transmisibles, así como otros factores de riesgo identificados durante la caracterización inicial.

Los promotores de salud también pueden remitir casos específicos a los profesionales del equipo extramural para realizar una segunda visita o un seguimiento más especializado, dependiendo del tipo de riesgo detectado o de las necesidades particulares de los integrantes del núcleo familiar.

Una vez se ha caracterizado a la familia y determinado su nivel de riesgo, se diseña un plan de cuidado que define la frecuencia de los seguimientos. Estos pueden programarse cada tres, cuatro o hasta doce meses, según la evolución del caso, los compromisos establecidos en el plan de cuidado familiar y la aparición de nuevos factores de vulnerabilidad.

"3.2. ¿Se están realizando tele-consultas o video-consultas? Señale la diferencia entre cada una, y proporcione:

- **¿Qué personal realiza la tele-consulta?**
- **Número de tele-consultas mensuales por localidad.**
- **Tiempo promedio de atención en cada tele-consulta.**
- **¿Qué personal realiza la video-consulta?**
- **Número de video-consultas mensuales por localidad.**
- **Tiempo promedio de atención en cada video-consulta."**

Respuesta: El Modelo de Atención +MAS Bienestar contempla dentro de sus estrategias, el abordaje de la población a través de la modalidad virtual con el fin de complementar la atención presencial en los territorios. En este sentido, se ha identificado la necesidad de que la red de prestación de servicios avance en la habilitación de la modalidad virtual, dado que actualmente solo dos de las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud implementado esta estrategia, para el despliegue de esta actividad.

"3.3 Mencione el número de canalizaciones efectivas que se han realizado en cada caso abordado por parte de los equipos territoriales en el modelo. Incluir criterio poblacional y epidemiológico para ser abordado por parte del Modelo Territorial de Salud en Bogotá MÁS BIENESTAR."

Respuesta: Desde las diferentes fuentes de solicitud de atención a la población afiliada a Capital Salud, y en el marco del Modelo Territorial de Salud *Más Bienestar*, se han realizado 12.035 canalizaciones efectivas en el periodo comprendido entre noviembre de 2024 y abril de 2025.

Estas canalizaciones han priorizado el abordaje territorial con base en criterios poblacionales y epidemiológicos, tales como:

- Personas con enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión, diabetes, EPOC, entre otras).
- Mujeres gestantes y puérperas.
- Niños y niñas menores de 5 años.
- Adultos mayores con alto grado de dependencia.
- Población en instituciones de protección.

"3.4 Mencione si se ha realizado entrega de medicamentos posterior a las visitas realizadas por los equipos territoriales del Modelo Territorial de Salud en Bogotá MÁS BIENESTAR. Especifique:

- **Número de medicamentos entregados**
- **Tipo de medicamentos dispensados."**

Respuesta: El Modelo Territorial de Salud +MAS Bienestar no contempla actualmente la entrega o dispensación de medicamentos como parte de las actividades realizadas por los Equipos Básicos Territoriales. En consecuencia, no se dispone de información relacionada con el número ni el tipo de medicamentos entregados posterior a las visitas domiciliarias ya que este componente no hace parte del alcance operativo definido para dichos equipos.

"4. Sobre objetivos y seguimiento:

4.1. ¿Cuáles son las metas cuantificables establecidas para el Modelo Territorial de Salud en Bogotá MÁS BIENESTAR? Especifique:"

• Número total personas atendidas

Respuesta: En el marco del Modelo Territorial de Salud en Bogotá +MAS Bienestar, la Secretaría Distrital de Salud ha definido metas cuantificables orientadas a garantizar un abordaje integral y progresivo de la población priorizada, con base en criterios de vulnerabilidad y necesidades en salud pública. La cual puede presentar ajustes de acuerdo con las capacidades operativas de los equipos, los reportes de las EAPB, y el análisis continuo de información proveniente de fuentes como SaludData, SIRC y registros institucionales de la Secretaría Distrital de Salud. Dentro de las actividades ejecutadas durante los años 2024 y 2025 de la población afiliada a Capital salud fue:

Reporte número de atenciones por actividades

EPS- S	SERVICIO	SUBRED SUR	SUBRED NORTE	SUBRED CENTRO ORIENTE	SUBRED SUROCCIDENTE	TOTAL RED
		TOTAL CANT	TOTAL CANT	TOTAL CANT	TOTAL CANT	TOTAL CANT
CAPITAL SALUD	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR ENFERMERÍA	22	50	510	12	594
	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR MEDICINA GENERAL	3,911	2,373	2,143	2,943	11,370
	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	7	0	16	5	28
	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR ENFERMERÍA	20	1	22	0	43
	TOTAL CAPITAL SALUD	3,960	2,424	2,691	2,960	12,035

Fuente: Equipos territoriales Noviembre 2024- Abril 2025.

• Indicadores de salud pública a impactar

Indicadores en salud pública

El modelo está orientado a mejorar los siguientes indicadores clave:

1. Reducción de la morbilidad materna extrema.
2. Disminución de la desnutrición infantil y del bajo peso al nacer.
3. Reducción de las tasas de embarazo adolescente.
4. Detección temprana y seguimiento de enfermedades crónicas no transmisibles (como diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares).
5. Reducción de intentos de suicidio y mejora del abordaje en salud mental comunitaria.
6. Detección y atención de casos de violencia intrafamiliar y de género.
7. Aumento de la cobertura en vacunación y seguimiento de esquemas completos.
8. Fortalecimiento del seguimiento a gestantes y recién nacidos.
9. Identificación y reducción de factores de riesgo ambientales y sociales.

Indicadores operativos y de gestión

Además, el modelo establece metas en términos de gestión y operación:

1. Número de personas caracterizadas por los Equipos Básicos Territoriales.
2. Porcentaje de seguimiento a casos priorizados.
3. Cobertura poblacional efectiva en sectores catastrales asignados.
4. Porcentaje de planes de cuidado familiar implementados.
5. Número de visitas realizadas (primeras y seguimientos).
6. Remisiones realizadas a servicios intramurales o redes de apoyo institucional.
7. Articulación con programas sociales y comunitarios distritales.

"4.2. ¿Qué mecanismos de seguimiento y evaluación se han implementado? Adjunte:

- **Informes de resultados obtenidos hasta la fecha.**
- **Metodología de evaluación de impacto."**

Respuesta: La evaluación de los resultados obtenidos por el Modelo Territorial de Salud +MAS Bienestar está a cargo de la Secretaría Distrital de Salud, en su calidad de entidad responsable del diseño, implementación y seguimiento del modelo en toda la ciudad de Bogotá.

Dado que este modelo contempla el abordaje integral de la población a nivel distrital e involucra la intervención de todas las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) con presencia en Bogotá, su seguimiento se articula a través de mecanismos técnicos y operativos definidos por la Secretaría.

La metodología de evaluación de impacto incluye el análisis de indicadores en salud pública, operativos y de gestión, así como el uso de sistemas de información como SaludData, reportes de las Subredes Integradas de Servicios de Salud, y bases de datos compartidas con las EAPB. Los informes de resultados son elaborados periódicamente por la Secretaría Distrital de Salud como parte de sus funciones de vigilancia, monitoreo y evaluación de políticas públicas en salud.

Actualmente, dichos informes se encuentran en proceso de consolidación y, para efectos de consulta y análisis, deben ser solicitados directamente a la Secretaría Distrital de Salud, en su calidad de entidad competente para su elaboración, validación y emisión oficial.

"4.3. ¿Se han realizado ajustes al modelo basados en estos resultados? Describa cuáles."

Respuesta: Los ajustes al Modelo Territorial de Salud +MAS Bienestar son responsabilidad exclusiva de la Secretaría Distrital de Salud, en su calidad de entidad diseñadora y coordinadora del modelo a nivel distrital.

Cualquier modificación o ajuste en la operación, focalización territorial, priorización de población o articulación intersectorial se realiza con base en los análisis técnicos, resultados de seguimiento y evaluación, y evolución de las condiciones en salud pública del territorio. Estas decisiones responden a los hallazgos reportados por las Subredes Integradas de Servicios de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), y las fuentes oficiales de información como SaludData y los sistemas de vigilancia epidemiológica.

La Secretaría lidera un proceso permanente de revisión técnica del modelo, con el objetivo de garantizar su pertinencia, efectividad y capacidad de respuesta frente a las necesidades de la población bogotana.

"5. Documentación requerida:

5.1. Adjunte copia digital de:

- **Manuales o protocolos operativos del modelo.**
- **Convenios interinstitucionales que apoyen la implementación."**

Respuesta: Se anexa carpeta comprimida con la información solicitada.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Diana Yineth Rodriguez Niño".

DIANA YINETH RODRIGUEZ NIÑO
Directora Jurídica

Elaboró: JULY PAOLA CASTAÑEDA VANEGAS / DJU / Coordinador de Procesos y Requerimientos

Revisó: . JULY PAOLA CASTAÑEDA VANEGAS / DJU

Aprobó: DIANA YINETH RODRIGUEZ NIÑO / DJU

Anexos Carpeta denominada "MAS BIENESTAR"

Insumo Suministrado Por: Ivonne Andrea Rincón Unibio - Directora Medica

Vo. Bo. Diana Marcela Salazar Barragan - Asesora de Gerencia