

SECRETARÍA DE
SALUD

000000

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD 26 de mayo de 2025

Al contestar Cite Este No. **2025-EE-50137**

Folios: Anexos: 1

ORIGEN: - 000000-Despacho**DESTINO:** LIZ YADIRA MONROY DELGADO CONCEJO DE BOGOTÁ - -**TIPO DE DOCUMENTO:** Comunicaciones oficiales**ASUNTO:** Respuesta a Proposición 622 de 2025 "Modelo Territorial de Salud en Bogotá" SDS 2025ER21616, Concejo 2025EE9119.**Señora****LIZ YADIRA MONROY DELGADO**

SUBSECRETARIA DE DESPACHO

CONCEJO DE BOGOTÁ

CLL 36 28 A 41

comision_tercera@concejobogota.gov.co

Bogotá D.C.

CONCEJO DE BOGOTÁ 26-05-2025 03:41:58

2025ER14240 O 1 Fol:1 Anex:0

ORIGEN: SDS/GERSON ORLANDO BERMONT GALAVIS**DESTINO:** COMISION 3ª PERM. DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO/MO**ASUNTO:** RTA PROP 622-2025**OBS:** ---

Asunto: Respuesta a Proposición 622 de 2025 "Modelo Territorial de Salud en Bogotá" SDS 2025ER21616, Concejo 2025EE9119.

Respetada doctora Monroy:

Cordial Saludo, por medio de la presente se da respuesta a la proposición del asunto, según las competencias de esta Secretaría.

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? Desglose por:*

- *Fuentes de financiación (distrital, nacional, privada).*
- *Ejecución Distrital y ejecución por Subred de Servicios de Salud.*

En el marco de la ejecución del Plan Distrital de Desarrollo Bogotá Camina Segura 2024 – 2027, el modelo territorial de salud MAS Bienestar se caracteriza por incorporar dentro de sus principales estrategias la Atención Primaria Social, estas acciones, están encaminadas a identificar factores sociales, económicos y políticos que inciden directamente en las condiciones de salud de los habitantes de Bogotá, lo que conlleva a que el modelo territorial en salud MAS Bienestar cuente con cuatro pilares que buscan atender de manera predictiva e integral a la comunidad. Estos son: Intersectorialidad para el Bienestar, Toma de decisiones para la Gobernanza, Participación Social transformadora y Gestión Integral del Riesgo.

En este contexto, el proyecto de inversión 8113 tiene como objetivo la "Implementación del modelo de salud centrado en Atención Primaria Social para el bienestar de la población de Bogotá D.C." A continuación, se da a conocer el proyecto de inversión y sus asignaciones para este objetivo:

Tabla 01. Presupuesto asignado y ejecutado – Proyecto 8113



| Proyecto de inversión No. 8113 “Implementación del Modelo de salud centrado en atención primaria social para el bienestar de la población de Bogotá D.C” | | | |
|--|----------------------|-----------------------|--|
| VIGENCIA | PRESUPUESTO ASIGNADO | PRESUPUESTO EJECUTADO | FUENTE DE FINANCIACION |
| 2024 | \$23.486.086.780 | \$22.947.325.483 | 12- Aporte Ordinario-Otros del Distrito para comprometer en 2024 - Vigencias futuras APROBADAS en 2024 |
| 2024 | \$780.287.303 | \$768.948.360 | Otras transferencias de la nación. |
| 2025 | \$78.189.127.328 | \$42.723.619.476 | 12- Aporte Ordinario-Otros del Distrito para comprometer en 2025 - Vigencias futuras APROBADAS en 2024 |
| 2025 | \$3.198.254.000 | \$0 | Otras transferencias de la nación |
| TOTAL | \$105.653.755.411 | \$ 66.439.893.319 | |

Fuente PAA y SEGPLAN 2024 y 2025.

La información anteriormente relacionada obedece a la ejecución presupuestal desde la Secretaría Distrital de Salud toda vez que las Subredes Integradas de Servicios de Salud al ser entidades administrativamente independientes, tienen su asignación presupuestal a través de los recursos aprobados por el Consejo Distrital de Política Económica y Fiscal (Confis) Distrital. Por esta razón, son las mismas Subredes integradas de servicios de salud quienes pueden brindar respuesta de la ejecución de sus recursos asignados.

- 1.2. ¿Qué porcentaje del presupuesto se ha destinado específicamente a:
- Contratación de personal
 - Adquisición de equipos o insumos
 - Actividades de promoción y prevención

La desagregación de presupuesto asignado al proyecto de inversión 8113 se realiza de la siguiente manera:

Tabla 02. Destinación presupuestal – Proyecto 8113

| Proyecto de inversión No. 8113 “Implementación del Modelo de salud centrado en atención primaria social para el bienestar de la población de Bogotá D.C” | | | |
|--|----------------------|-----------------------|------------|
| VIGENCIA-2024 | PRESUPUESTO ASIGNADO | PRESUPUESTO EJECUTADO | PORCENTAJE |
| TALENTO HUMANO-PROYECTO 8113 | 3.141.280.106 | 2.783.807.525 | 12% |
| ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN | 21.125.093.977 | 20.932.466.318 | 88% |
| TOTAL | 24.266.374.083 | 23.716.273.843 | |

Fuente PAA y SEGPLAN a diciembre 31 de 2024.

| Proyecto de inversión No. 8113 “Implementación del Modelo de salud centrado en atención primaria social para el bienestar de la población de Bogotá D.C” | | | |
|--|----------------------|-----------------------|------------|
| VIGENCIA-2025 | PRESUPUESTO ASIGNADO | PRESUPUESTO EJECUTADO | PORCENTAJE |

| | | | |
|---|----------------|----------------|-----|
| TALENTO HUMANO- PROYECTO 8113 | 6.683.457.736 | 4.794.297.250 | 11% |
| ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION | 74.703.923.592 | 37.929.322.226 | 89% |
| TOTAL | 81.387.381.328 | 42.723.619.476 | |

Fuente PAA y SEGPLAN a abril 30 de 2025.

2. 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.).

Es preciso mencionar que en el marco de la ejecución del Plan Distrital de Desarrollo Bogotá Camina Segura 2024 – 2027, el modelo territorial de salud MAS Bienestar se caracteriza por incorporar dentro de sus principales estrategias la Atención Primaria Social, estas acciones, están encaminadas a identificar factores sociales, económicos y políticos que inciden directamente en las condiciones de salud de los habitantes de Bogotá, lo que conlleva a que el modelo territorial en salud MAS Bienestar cuente con cuatro pilares que buscan atender de manera predictiva e integral a la comunidad. Estos son: Intersectorialidad para el Bienestar, Toma de decisiones para la Gobernanza, Participación Social transformadora y Gestión Integral del Riesgo.

Estos cuatro pilares son implementados desde la Secretaría Distrital de Salud por las diferentes dependencias que la integran de acuerdo con su competencia. En este contexto, los Equipos Territoriales son estructuras operativas interdisciplinarias, integradas por talento humano de salud, ciencias sociales y humanas, conformadas para garantizar la implementación del Modelo de Atención en Salud MAS Bienestar en el ámbito local, zonal y Distrital mediante acciones de promoción, prevención, gestión del riesgo, participación ciudadana y transformación de los determinantes sociales de la salud.

Su accionar se desarrolla con enfoque territorial, diferencial, poblacional y de derechos, y se concreta a través de diferentes líneas operativas como los Equipos Básicos Extramurales de Hogar (EBEH), equipos de Gestión Territorial y atención primaria social, equipos de la Gestión y análisis de políticas y Equipos de Salud Pública de entornos de vida cotidiana. Estos equipos tienen como propósito articular acciones sectoriales e intersectoriales en los lugares donde viven, trabajan y conviven las personas, mediante la identificación de riesgos, el acompañamiento comunitario, la educación en salud, la participación transformadora y la articulación con la red de servicios y otros sectores del desarrollo social.

Los Equipos Territoriales operan bajo principios de cogestión, corresponsabilidad y gobernanza compartida, participando activamente en la toma de decisiones junto con las comunidades, entidades prestadoras, aseguradoras, autoridades locales y organizaciones sociales. De este modo, materializan la Atención Primaria Social y la Gestión Integral del Riesgo en Salud contribuyendo a reducir las brechas de inequidad, mejorar el acceso efectivo a servicios y garantizar el cuidado integral centrado en las personas, familias y comunidades.

Los Equipos Básicos Extramurales de Hogar (EBEH) son contratados por las Subredes Integrales de Servicios de Salud en cumplimiento a los convenios interadministrativos celebrados entre el FFDS y la Subred. Estos equipos se encuentran conformados por promotores/as de salud quienes son técnicos en salud, profesionales del área de la salud, que incluyen médico/a general, enfermero/a profesional, psicólogo/a, dietista, odontólogo/a, profesional de terapia, profesionales o técnicos ambientales o de salud ambiental y equipos étnicos y de saberes ancestrales en aquellos territorios donde se identifican poblaciones indígenas, afrodescendientes, palenqueras o ROM, se integran médicos tradicionales, parteras, sabedores ancestrales y gestores étnicos, como parte de un enfoque intercultural.

A continuación, se describe su asignación por localidad:

Tabla 03. Conformación Equipos Básicos Extramurales de Hogar (EBEH) por localidad.

| Localidad /Perfil | Agente De Cambio | Auxiliar Relevo | Enfermería | Gestor Comunitario | Medicina | Nutrición | Odontología | Promotor | Psicología | Psicólogo Clínico | Técnico Ciencias Ambientales | Terapeuta | Técnico Étnico | Profesional Étnico | Ambiental | Gestores Étnicos | Total General |
|-----------------------|------------------|-----------------|------------|--------------------|-----------|-----------|-------------|------------|------------|-------------------|------------------------------|-----------|----------------|--------------------|-----------|------------------|---------------|
| Ciudad Bolívar | - | - | 16 | 1 | 8 | - | 2 | 112 | 14 | 1 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 5 | 168 |
| Usme | - | 6 | 8 | 1 | 4 | 1 | 2 | 73 | 10 | 1 | 2 | 2 | - | 1 | 1 | 4 | 116 |
| Kennedy | - | - | 9 | 1 | - | - | 1 | 70 | 8 | 1 | 1 | 4 | 1 | - | - | 5 | 101 |
| Engativá | - | 9 | 10 | 1 | 7 | - | 2 | 44 | 8 | 1 | 1 | 2 | 5 | 4 | - | 7 | 101 |
| Bosa | - | - | 6 | - | - | - | 1 | 65 | 6 | 1 | 1 | 1 | - | - | - | - | 81 |
| Suba | - | - | 11 | 1 | 2 | - | 2 | 48 | 9 | 1 | 1 | 3 | - | - | 1 | 1 | 80 |
| San Cristóbal | - | - | 5 | 1 | 1 | - | 1 | 47 | 7 | 1 | 1 | - | 1 | 1 | 1 | 2 | 69 |
| Rafael Uribe Uribe | - | - | 6 | 1 | - | - | - | 31 | 7 | 1 | 1 | - | 1 | - | - | 4 | 52 |
| Puente Aranda | - | 7 | 1 | - | 14 | 1 | - | 13 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | - | 3 | 52 |
| Santa Fe | 1 | 4 | 2 | - | 7 | 2 | 1 | 11 | 2 | 1 | 1 | 1 | 7 | 4 | - | 3 | 47 |
| Tunjuelito | - | - | 2 | 1 | 2 | - | - | 28 | 3 | 1 | 1 | 1 | - | 1 | - | 3 | 43 |
| Los Mártires | - | - | 1 | 1 | - | - | - | 7 | 1 | - | 1 | - | - | 1 | - | 14 | 26 |
| Fontibón | - | 1 | 3 | - | - | 1 | - | 8 | 3 | - | - | 1 | - | - | - | - | 17 |
| Teusaquillo | - | - | 1 | 1 | - | - | 1 | 6 | 1 | 1 | 1 | - | 2 | - | - | 2 | 16 |
| Usaquén | - | - | 3 | - | - | - | - | 7 | 3 | - | 1 | - | - | 1 | - | 1 | 16 |
| Barrios Unidos | - | - | 1 | - | - | 1 | - | 6 | 3 | - | 1 | - | - | - | - | 2 | 14 |
| La Candelaria | 1 | - | 3 | - | - | - | - | 2 | 1 | - | - | 1 | - | 2 | - | 2 | 12 |
| Sumapaz | - | - | 1 | - | - | 1 | 1 | 4 | 2 | - | - | 1 | - | - | 2 | - | 12 |
| Chapinero | - | - | - | - | - | - | - | 4 | 3 | - | - | 1 | 1 | - | - | 2 | 11 |
| Antonio Nariño | - | - | 1 | - | - | - | 1 | 4 | 1 | - | - | 1 | - | - | - | 3 | 11 |
| Total, General | 2 | 27 | 90 | 10 | 45 | 7 | 15 | 590 | 95 | 12 | 17 | 23 | 21 | 22 | 6 | 63 | 1045 |

Fuente: base de talento humano SISS – corte 30 abril 2025.

Además, la Secretaría Distrital de Salud a través de la Subsecretaría de Participación-Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad – DPSGTyT- desde el procedimiento de Gestión Territorial que tiene como objetivo: *Diseñar e Implementar acciones que promuevan los ejercicios de participación social transformadora orientadas al Bienestar local en el marco de los pilares del modelo de atención en salud Mas Bienestar*, operativamente cuenta el Equipo de Gestión territorial y Atención primaria social, cuenta

con un gestor o gestora territorial, que es una persona de nivel profesional por cada una de las localidades y en algunos casos por su extensión y dinámica social (Bosa, Kennedy, Suba y Engativá) se tienen dos (2) profesionales, esto para un total de veinticuatro (24). Estos profesionales son acompañados por un (1) Líder de procedimiento a nivel central en la misma Dirección.

Como complemento a esto, las acciones que permiten la implementación de la estrategia de Atención Primaria Social –APS- que destaca la importancia de los determinantes sociales en salud y las condiciones de vida de las personas, reconoce que el derecho a la salud es responsabilidad de todos los sectores y el territorio y no solo del sector salud; se cuenta con un equipo líderes zonales de APS, uno para cada subdirección territorial de participación (4), también, se cuenta con una (1) líder de estrategia a nivel central en la Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía.

En la siguiente tabla se presenta el resumen de la distribución de las personas que hacen parte de la Gestión Territorial:

Tabla 04. Distribución de equipos de la gestión Territorial y APS

| Subdirección Territorial | Localidad | Gestión Territorial | | Atención Primaria Social | | | |
|--------------------------|----------------|---------------------|--------------|--------------------------|---------------------------|---------------------|------------------|
| | | Líder Procedimiento | Gestor Local | Líder Local APS | Profesional Universitario | Líderes Zonales APS | Líder Estrategia |
| Sur | Usme | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | Tunjuelito | | 1 | 1 | 1 | | |
| | Ciudad Bolívar | | 1 | 1 | | | |
| | Sumapaz | | 1 | 1 | | | |
| Centro Oriente | Santa Fe | | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| | San Cristóbal | | 1 | 1 | 1 | | |
| | Los Mártires | 1 | 1 | | | | |
| | La Candelaria | 1 | 1 | | | | |
| | Antonio Nariño | 1 | 1 | 1 | | | |
| | Rafael Uribe | 1 | 1 | | | | |

| | | | | | | | |
|---------------|----------------|--|---|---|---|---|--|
| Norte | Suba | | 2 | 1 | 1 | 1 | |
| | Usaquén | | 1 | 1 | | | |
| | Chapinero | | 1 | 1 | 1 | | |
| | Barrios Unidos | | 1 | 1 | | | |
| | Engativá | | 2 | 1 | 1 | | |
| | Teusaquillo | | 1 | 1 | | | |
| Sur Occidente | Kennedy | | 2 | 1 | 1 | 1 | |
| | Bosa | | 2 | 1 | | | |
| | Puente Aranda | | 1 | 1 | 1 | | |
| | Fontibón | | 1 | 1 | | | |

Fuente: Elaboración propia, a partir de la información de los procedimientos de la DPSGTyT.

Desde el proceso transversal de gestión y análisis de políticas para el bienestar de los territorios se cuenta con equipos por las 20 localidades conformadas de la siguiente manera:

- Un equipo técnico y administrativo por subred conformado por un referente técnico especializado y un apoyo técnico.
- Un equipo de gestión de las políticas conformado por:
 - Un líder operativo de políticas por localidad.
 - Seis profesionales por localidad que tienen a cargo la gestión de entre una y tres políticas públicas de las doce en las cuales el sector tiene representación. Estas políticas se encuentran distribuidas de la siguiente manera:
 - ♣ PP Seguridad alimentaria y nutricional y PP familias.
 - ♣ PP infancia y PP juventud.
 - ♣ PP envejecimiento y vejez y PP discapacidad.
 - ♣ PP salud ambiental
 - ♣ PP mujer y equidad de géneros y PP LGBTI
 - ♣ PP salud mental, PP habitabilidad en calle y PP SPA.
 - Un profesional a cargo la gestión de las políticas de adultez y trabajo y la construcción del instrumento de acción pública para salud oral por subred.
 - Cuatro profesionales a cargo de la gestión de ocho políticas en la localidad de Sumapaz, las cuales se encuentran distribuidas de la siguiente manera:
 - ♣ PP Seguridad alimentaria y nutricional y PP infancia.
 - ♣ PP mujer y equidad de géneros y PP familias.
 - ♣ PP discapacidad y PP salud mental.

♣ PP salud ambiental y PP ruralidad.

- Un profesional a cargo de la gestión de las políticas de migrantes en todas las localidades y de la política de ruralidad en las localidades de Santa Fe, Suba, Usaquén, Chapinero, Ciudad Bolívar, Usme, y Sumapaz.
- Cuatro profesionales para las políticas Indígena y Rrom y 4 profesionales para las políticas afrodescendiente y Raizal, quienes tienen operación en todas las localidades del Distrito, de acuerdo con la priorización del plan de trabajo

- Un equipo de análisis en el marco de las políticas conformado por:
Cuatro profesionales especializados y 2 profesionales universitarios por Subred

Tabla 05. Equipo proceso transversal de gestión y análisis de políticas para el bienestar de los territorios

| Subred | Localidad | Equipo Técnico y administrativo | Equipo políticas | | | | Equipo de análisis en el marco de las políticas | |
|----------------|--------------------|---|--------------------|--|---|---|---|--|
| | | | Líder de políticas | Delegado o delegada de políticas | | | | |
| Centro Oriente | Santa fe | 1 Referente técnico especializado y 1 Apoyo técnico | 1 profesional | 6 profesionales que gestionan 12 políticas | 1 profesional gestionan do las políticas de adultez y trabajo y la construcción del instrumento de acción pública de salud oral | 1 profesional que gestiona la política de migrantes en todas las localidades y la política de ruralidad en la localidad de Santa Fe | 4 profesionales para las políticas Indígena y Rrom y 4 profesionales para las políticas afrodescendiente y Raizal, quienes tienen operación en todas las localidades del Distrito, de acuerdo con la priorización del plan de trabajo | Un equipo de 4 profesionales especializados y 2 profesionales universitarios |
| | San Cristóbal | | 1 profesional | 6 profesionales que gestionan 12 políticas | | | | |
| | Los Mártires | | 1 profesional | 6 profesionales que gestionan 12 políticas | | | | |
| | La Candelaria | | 1 profesional | 6 profesionales que gestionan 12 políticas | | | | |
| | Antonio Nariño | | 1 profesional | 6 profesionales que gestionan 12 políticas | | | | |
| | Rafael Uribe Uribe | | 1 profesional | 6 profesionales que gestionan 12 políticas | | | | |
| Norte | Suba | 1 Referente técnico especializado y 1 Apoyo técnico | 1 profesional | 6 profesionales que gestionan 12 políticas | 1 profesional gestionan do las | 1 profesional que gestiona la | Un equipo de 4 profesionales especializados | |

| | | | | | | | | |
|---------------|----------------|---|---------------|--|--|--|--|--|
| | Usaquén | | 1 profesional | 6 profesionales que gestionan 12 políticas | políticas de adultez y trabajo y la construcción del instrumento de acción pública de salud oral | política de migrantes en todas las localidades y la política de ruralidad en las localidades de Suba, Usaquén, Chapinero | | os y 2 profesionales universitarios |
| | Chapinero | | 1 profesional | 6 profesionales que gestionan 12 políticas | | | | |
| | Barrios Unidos | | 1 profesional | 6 profesionales que gestionan 12 políticas | | | | |
| | Engativá | | 1 profesional | 6 profesionales que gestionan 12 políticas | | | | |
| | Teusaquillo | | 1 profesional | 6 profesionales que gestionan 12 políticas | | | | |
| Sur | Usme | 1 Referente técnico especializado y 1 Apoyo técnico | 1 profesional | 6 profesionales que gestionan 12 políticas | 1 profesional gestionan las políticas de adultez y trabajo y la construcción del instrumento de acción pública de salud oral | 1 profesional que gestiona la política de migrantes en todas las localidades y la política de ruralidad en las localidades de Ciudad Bolívar, Usme y Sumapaz | | Un equipo de 4 profesionales especializados y 2 profesionales universitarios |
| | Tunjuelito | | 1 profesional | 6 profesionales que gestionan 12 políticas | | | | |
| | Ciudad Bolívar | | 1 profesional | 6 profesionales que gestionan 12 políticas | | | | |
| | Sumapaz | | 0 | 4 profesionales que gestionan 8 políticas | | | | |
| Sur Occidente | Kennedy | 1 Referente técnico especializado y 1 Apoyo técnico | 1 profesional | 6 profesionales que gestionan 12 políticas | 1 profesional gestionan las políticas de adultez y trabajo y | 1 profesional que gestiona la política de migrantes | | Un equipo de 4 profesionales especializados y 2 profesionales |
| | Bosa | | 1 profesional | 6 profesionales que | | | | |

| | | | | | | | | |
|---------|------------------|---|----------------------|---|--|--------------------------------------|---|--------------------|
| | | | | gestionan 12 políticas | la construcci ón del instrument o de acción pública de salud oral | s en todas las localidad es | | universitario s |
| | Puente Aranda | | 1 profesio nal | 6 profesional es que gestionan 12 políticas | | | | |
| | Fontibón | | 1 profesio nal | 6 profesional es que gestionan 12 políticas | | | | |
| Totales | | 8 | 19 | 120 | 4 | 4 | 8 | 32 |

Fuente: Documento operativo proceso transversal de gestión y análisis de políticas para el bienestar de los territorios, convenio diciembre 2024 - julio 2025.

Ahora bien, frente al desarrollo de intervenciones de salud pública colectiva en los entornos de vida cotidiana, actualmente desde la Secretaría Distrital de Salud se cuenta con equipos interdisciplinarios que incluyen perfiles gestores, técnicos, tecnólogos y profesionales organizados por subred, los cuales responden a las necesidades poblacionales y territoriales a través de diferentes tecnologías y productos, establecidos en los convenios suscritos con las Subredes- SISS.

Por lo anterior, se entiende como equipo territorial colectivo, la agrupación de perfiles gestores, técnicos, tecnólogos y profesionales que responden a los productos, actividades o intervenciones que desarrollan en los entornos de vida cotidiana. En ese contexto, no se cuenta con equipos exclusivos por localidad sino por Subred para operación por entornos de vida.

También se informa que, los equipos de salud pública colectiva para los entornos son contratados por las Subredes Integradas de Servicios de Salud (SISS) y se distribuyen de la siguiente manera:

Tabla 06. Distribución de equipos de salud pública colectiva en las Subredes Integradas de Servicios de Salud para los entornos de vida cotidiana.

| Subred | Localidad | No. De equipos para el entorno hogar* | No. De equipos para el entorno educativo | No. De equipos para el entorno laboral | No. De equipos para el entorno comunitario | No. De equipos para el entorno institucional | No. de equipos para localidades con ruralidad |
|--------|----------------|---------------------------------------|--|--|--|--|---|
| Norte | Usaquén | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | Chapinero | | | | | | |
| | Suba | | | | | | |
| | Barrios Unidos | | | | | | |
| | Teusaquillo | | | | | | |
| | Engativá | | | | | | |
| Sur | Usme | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | Ciudad Bolívar | | | | | | |
| | Tunjuelito | | | | | | |
| | Sumapaz | | | | | | |

| | | | | | | | |
|----------------|----------------|---|---|---|---|---|---|
| Centro Oriente | La Candelaria | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| | Los Mártires | | | | | | |
| | Antonio Nariño | | | | | | |
| | San Cristóbal | | | | | | |
| | Rafael Uribe | | | | | | |
| | Santa fe | | | | | | 1 |
| Sur Occidente | Puente Aranda | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| | Kennedy | | | | | | |
| | Bosa | | | | | | |
| | Fontibón | | | | | | |
| | Total | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 |

Fuente: SDS_SSSP_SAC. Entornos de vida cotidiana 2025.

Como puede verse en la tabla anterior, los equipos de salud pública colectiva se organizan por cada Subred de manera similar y dan cobertura a todas las acciones y gestiones de los entornos de vida en todas localidades que tiene a cargo la Subred.

Para el **entorno educativo**, se cuenta con un equipo interdisciplinario que aborda los establecimientos educativos (jardines, colegios, universidades e Instituciones de Educación para el trabajo y el desarrollo humano) de acuerdo con las necesidades y prioridades que han sido concertadas con los establecimientos y con la Secretaría de Educación.

Para el **entorno laboral**, se cuenta con un equipo interdisciplinario que aborda la población de trabajadores vinculados a la economía informal que se encuentran en diferentes espacios (urbano y rural) y zonas de comercio informal en la ciudad. También abordan y realizan gestiones para identificar, desvincular y realizar seguimiento a niños, niñas y adolescentes en trabajo infantil.

Para el entorno comunitario, se cuenta con un equipo interdisciplinario que aborda las poblaciones que transitan en los espacios públicos de la ciudad. Las acciones de este equipo son itinerantes y de generar de capacidades en las comunidades a través del fortalecimiento de redes sociales y comunitarias, a partir de la identificación de las necesidades de las comunidades la respuesta se organiza mediante jornadas, recorridos, procesos grupales o puntos fijos que se ubican en sitios estratégicos de la ciudad.

Para el **entorno institucional** se cuenta con un equipo interdisciplinario por Subred que se organiza para dar respuesta a los productos establecidos a través del abordaje de los diferentes tipos de instituciones (Centros de reclusión, hogares de protección y hogares para el cuidado de adultos mayores, entre otros).

Ahora bien, para el caso de la localidad de Sumapaz se cuenta con un equipo interdisciplinario específico que desarrolla acciones e intervenciones en todos los entornos de vida; y para el caso de las localidades con ruralidad cercana (Usaquén, Chapinero, Suba, San Cristóbal, Usme, Ciudad Bolívar y Santa Fe), igualmente en cada Subred, se cuenta con un equipo interdisciplinario que desarrolla acciones en varias localidades y en todos los entornos de vida.

En lo que se refiere a la composición de cada equipo (número de médicos, enfermeros, auxiliares, etc.), por entorno de vida, informamos que estos se encuentran conformados por diferentes profesionales, técnicos, tecnólogos y gestores comunitarios de diferentes áreas y profesiones. Es decir, los equipos son interdisciplinarios.

Dicho lo anterior, a continuación, se describe la conformación de los equipos de salud pública colectiva por cada entorno.

Tabla 07. Conformación de los equipos de salud pública para los entornos de vida cotidiana

| | |
|---|---|
| Integrantes de equipos para el entorno educativo | Se cuenta con un promedio 90 perfiles de diferentes disciplinas, por Subred, así: Enfermero, Psicólogos Universitarios, Psicólogos Especialistas, Nutricionista, Trabajador Social, Pedagogo, Comunicador Social, Odontólogo, Auxiliar De Enfermería, Terapeutas, Ingeniero Ambiental, Profesional En Artes. |
| Integrantes de equipos para el entorno laboral | Se cuenta con un promedio 38 personas (entre profesionales y técnicos) de diferentes disciplinas, por Subred, así: Profesional de Enfermería, Profesional de Psicología, Profesional de Nutrición, Profesional de Trabajo Social, Tecnólogo En Salud Ocupacional, Profesionales de La Salud Especializados en Salud y Seguridad en el Trabajo y Auxiliar De Enfermería. Para el caso de la Subred Sur Occidente, se cuenta con 36 personas entre profesionales y técnicos de diferentes disciplinas. |
| Integrantes de equipos para el entorno comunitario | Se cuenta 180 con personas promedio (entre profesionales y técnicos) de diferentes disciplinas, por Subred, así: Enfermera, Psicólogo, Nutricionista, Trabajador Social, Educador Físico, Fisioterapeuta, Médico Veterinario, Ingeniero Químico, Administrador Ambiental, Ingeniero Ambiental, Antropólogo, Pedagogo, Comunicador Social, Artistas (Músicos, Escénicos, Plásticos) Técnicos En Enfermería, Técnicos Ambientales, Gestor Comunitario, Agente De Cambio. |
| Integrantes de equipos para el entorno institucional | Se cuenta con un promedio de 29 profesionales de diferentes disciplinas, por Subred, así: Enfermería, Psicología, Terapia, Auxiliar de Enfermería, Ambiental, Técnico Ambiental, Odontología, Nutrición, Agente de Cambio. |
| Integrantes de equipos para la localidad de Sumapaz | Se cuenta con siete (7) profesionales y un (1) tecnólogo, por Subred así: Enfermera, Psicólogo, Nutricionista, Trabajador Social, Fisioterapeuta, Ingeniero Agrónomo, Gestor Comunitario, Tecnólogo en Salud Ocupacional. |
| Integrantes de equipos para las localidades con ruralidad cercana | Se cuenta con cuatro (4) profesionales por subred, así: Enfermera, Psicólogo, Ingeniero Ambiental. |

Fuente: SDS_SSSP_SAC. Entornos de vida cotidiana 2025.

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

A continuación, se describen los criterios utilizados en cada uno de los diferentes equipos descritos en el numeral anterior:

Como parte de la planeación territorial para el abordaje de los **Equipos Básicos de Salud Extramurales de hogar (EBEH)**, se realizó un análisis multivariado a nivel de sector catastral. Este análisis integró variables socioeconómicas, demográficas, de

morbimortalidad, la temporalidad en los abordajes territoriales anteriores, la comprensión territorial por parte de los equipos y la efectividad operativa en fases previas. Como resultado, se categorizaron los sectores catastrales urbanos en tres niveles de prioridad (1 a 3), siendo la categoría 1 la de mayor prioridad. A los sectores catastrales rurales se les asignó la categoría 4, dada su condición geográfica y particularidades de acceso.

En la fase I, que inicio en octubre de 2024, se priorizó la delimitación y apropiación territorial por parte de los profesionales de salud en los sectores clasificados como categorías 1 y 4, alcanzando un total de 696 sectores catastrales distribuidos en las distintas localidades del Distrito. Esta delimitación contempló presencia tanto en zonas urbanas y en el total de las zonas rurales, de esta forma se distribuyen los equipos por localidad de acuerdo a las características de cada uno de los sectores que la componen.

En la fase II, que dio inicio en el mes de abril de 2025, se realizó una planeación territorial con el objetivo de alcanzar una cobertura del 100 % de la ciudad, incluyendo la totalidad de los 1.170 sectores catastrales, distribuidos en las 112 UPZ y las 4 UPR. Esta ampliación se sustentó en el análisis de casos provenientes de distintas bases de datos de la Secretaría Distrital de Salud, como registros de crónicos de EPS, SaludData (BDUA), reportes de gestantes, prioridades identificadas por los EBEH y el SIRC, además de los hallazgos operativos de la fase I. Esta información permitió identificar patrones geográficos de concentración de casos y redefinir los territorios de intervención.

La asignación del talento humano se estructuró con base en esta delimitación territorial. Cada promotor de salud apropia un territorio específico, mientras que los perfiles profesionales como médicos, nutricionistas, odontólogos, psicólogos, terapeutas y profesionales ambientales apropian grupos de territorios, definidos según la distribución de los casos, la densidad poblacional y las características geográficas y sociales de cada zona. Esta estrategia busca garantizar una atención integral, oportuna y efectiva en todo el territorio distrital.

En lo que respecta a la distribución de los **Gestores Territoriales y de APS**, el criterio que se emplea es territorial, pues se busca que cada una de las localidades cuente con por lo menos un gestor o gestora al igual que por lo menos un (1) líder de APS. Es importante destacar, para el caso de APS que al ser un procedimiento que está empezando su implementación en territorio, requiere de un fortalecimiento técnico adicional, por lo cual se cuenta además con los profesionales universitarios y los líderes zonales de APS, referidos en la respuesta a la pregunta anterior.

El proceso desarrollado por los equipos de **Gestión y Análisis de Políticas para el bienestar** en los territorios¹ como elemento fundamental de la Gestión de la Salud Pública

¹ El proceso transversal del Gestion y analisis de politicas se encuentra normado por:

1. Resoluciones del Ministerio de Salud y Protección Social:

Resolución 2626 de 2019, Resolución 1035 de 2022, Resolución 2367 de 2023, Resolución 295 de 2023, Resolución 100 de 2024, Resolución 3280 de 2018, Resolución 518 de 2015.

2. Acuerdos del Concejo de Bogotá:

Acuerdo 584 de 2015, Acuerdo 175 de 2005, Acuerdo 371 de 2009, Acuerdo 359 de 2009, Acuerdo 254 de 2006.

3. Decretos de la Alcaldía Mayor de Bogotá

tiene como objetivo incidir en las decisiones gubernamentales y sociales de las localidades del Distrito, a través del fortalecimiento de la gestión y el análisis de las políticas públicas para el mejoramiento de las condiciones y situaciones que afectan la vida y la salud. En este sentido, se conforman los equipos locales para dar respuesta a las necesidades del territorio en el marco de las políticas públicas en las cuales participa el sector.

Igualmente, este proceso transversal, permite contribuir al reconocimiento y activación de respuestas a las necesidades de las poblaciones priorizadas desde las agendas públicas de las Políticas, los planes de acción distrital de las mismas y las instancias y espacios de coordinación para la implementación y seguimiento de cada política.

Frente a las **acciones colectivas** desarrollados por los Equipos de salud colectiva, es necesario indicar que la Resolución 100 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social, establece lineamientos para la Planeación Integral para la Salud, incluyendo la priorización de territorios para la organización de equipos de salud pública. En ese sentido, la priorización territorial debe basarse en aspectos como: Los resultados del análisis de la Situación de Salud en las localidades de Bogotá; los determinantes sociales que afectan de la salud de la población, como acceso a servicios, condiciones socioeconómicas y ambientales; la presencia en el territorio de grupos o comunidades con especial protección (por ejemplo, comunidades indígenas, afrocolombianas, raizales, palenqueras y campesinas, entre otras); la organización y presencia de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y la participación de las comunidades en la formulación y ejecución del Plan Territorial de Salud.

Por otra parte, las Resoluciones 518 de 2015, 3280 de 2018 y 295 de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social, establecen que las intervenciones de Salud Pública Colectiva se deben prestar para todas las personas que lo requieran en todos los barrios y territorios de la ciudad.

En el contexto anterior, la Secretaría de Salud de Bogotá ha utilizado una serie de criterios técnicos, sociales y territoriales para asignar equipos interdisciplinarios de salud pública colectiva a las diferentes localidades de la ciudad. Estos criterios están alineados con los lineamientos y normativas nacionales descritas anteriormente y buscan garantizar una atención equitativa, oportuna y centrada en las necesidades de la población.

Dicho lo anterior, a continuación, se describen los principales criterios utilizados:

- Zonas de pobreza multidimensional: Se priorizan áreas geográficas de Bogotá, donde una parte significativa de la población vive en condiciones de privación en

Decreto 062 de 2014, Decreto 544 de 2011, Decreto 582 de 2011, Decreto 520 de 2011, Decreto 166 de 2010, Decreto 345 de 2010, Decreto 151 de 2008, Decreto 403 de 2008, Decreto 470 de 2007, Decreto 089 de 2023, Decreto 543 de 2011, Decreto 554 de 2011, Decreto 560 de 2015, Decreto 545 del 2011, Decreto 596 de 2011, Decreto 691 de 2011, Decreto 600 de 2023.

4. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Resolución 049 de 2015
5. CONPES Distritales de las Políticas Públicas tales como: CONPES 11 de 2019, CONPES 08 de 2019, CONPES 21 diciembre 2021, CONPES 16 de 2021, CONPES 14 de 2020, CONPES 37 de 2023, CONPES 38 de 2023, CONPES 39 de 2023, CONPES 40 de 2023, CONPES 41 de 2023.

múltiples aspectos de salud y bienestar, no solo en términos de ingresos económicos.

- Carga de enfermedad y condiciones de salud pública: Se priorizan localidades con mayores indicadores de morbilidad, mortalidad, enfermedades transmisibles y no transmisibles, así como problemáticas sociales que afectan la salud (como violencia, consumo de sustancias psicoactivas, mayor presencia de eventos de interés en salud Pública, etc.).
- Población en condición de vulnerabilidad: Se da prioridad a zonas con alta concentración de población vulnerable: niños, adultos mayores, mujeres embarazadas sin control prenatal, personas con discapacidad, comunidades étnicas, migrantes y personas en situación de pobreza extrema.
- Accesibilidad geográfica y barreras de acceso a los servicios de salud: Se consideran localidades con dificultades de acceso a servicios de salud tradicionales, ya sea por lejanía, falta de transporte o infraestructura insuficiente para su prestación.
- Capacidad instalada y cobertura de servicios existentes: Se evalúa la disponibilidad de servicios de salud en cada localidad para evitar duplicidades y fortalecer zonas con baja cobertura.
- Resultados de intervenciones previas: Se tienen en cuenta los aprendizajes y resultados de experiencias anteriores (salud a mi Barrio-Salud a mi vereda), con equipos extramurales, para replicar buenas prácticas o corregir deficiencias.
- Participación comunitaria y articulación intersectorial: Se valora la existencia de redes comunitarias activas, organizaciones sociales y voluntad de trabajo conjunto con otras entidades del territorio.

Para el caso de la ruralidad, se asignan equipos a las zonas donde se concentra población con problemas de salud mental, mujeres gestantes, personas con enfermedades crónicas y niños menores de 18 meses.

2.3. *¿Qué actividades específicas realizan estos equipos en territorio?*

Liste:

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

Desde los **Equipos Básicos Extramurales de Hogar** se llevan a cabo los procesos de gestión estratégica, gestión territorial, gestión familiar, gestión de planes de cuidado familiar e individual, seguimiento y evaluación; estos procesos incluyen las siguientes actividades:

Gestión Estratégica:

- Planeación técnica, operativa, administrativa y financiera de la operación de los EBEH.
- Direccionamiento técnico a los equipos operativos.
- Articulación sectorial e intersectorial para viabilizar las respuestas integrales a las familias abordadas.
- Gestión de la información y desde el componente geográfico.

Gestión Territorial:

- Planeación territorial, a través de análisis multivariado para la priorización y delimitación de territorios.

- Apropiación Territorial a cargo de los equipos operativos, para conocer aspectos poblacionales, territoriales, sociales, de salud, entre otros, para orientar el abordaje del territorio asignado.
- Avanzada para el abordaje territorial, desarrollando acciones que favorezcan el despliegue de los EBEH en zonas de difícil acceso por condiciones geográficas, de seguridad, propiedad horizontal, entre otros.

Gestión Familiar:

- Caracterización social y ambiental del entorno hogar.
- Aplicación de tamizajes y escalas de clasificación de riesgo.
- Canalización o agendamiento de usuarios a servicios de atención individual (EAPB e IPS) y a intervenciones colectivas desde el equipo interdisciplinario que aborda la familia.
- Derivación de usuarios a servicios sociales o intersectoriales.
- Información en salud.
- Promoción de la participación social transformadora.

Gestión de Planes de Cuidado Familiar e Individual:

- Concertación de planes de cuidado familiar e individual a partir de las necesidades identificadas en el hogar, para la promoción del cuidado de la salud y la gestión integral del riesgo.
- Implementación de planes de cuidado familiar e individual a través de estrategias integrales según prioridad.
- Acompañamiento y seguimiento familiar, para el desarrollo de capacidades de cuidado.
- Abordaje étnico diferencial a población afrodescendiente, palenquera, gitana, indígena, a través de acciones que integran la medicina ancestral y que son desarrolladas por equipos con pertenencia étnica.
- Educación para la salud pública.
- Vacunación.
- Atenciones individuales en los casos priorizados según el caso por profesional de medicina o enfermería de acuerdo con la necesidad identificada.

Seguimiento y Evaluación:

- Medición de resultados.
- Seguimiento a cohortes de riesgo priorizado a través de las profesionales de cohortes.
- Reportes de información relacionados con el cumplimiento de metas de proyectos de inversión, en el marco del Plan Territorial de Salud.

Por su parte, las actividades desarrolladas en el marco de la **Gestión Territorial y la Atención Primaria Social (APS)** comprenden:

Gestión Territorial:

- Identificación, caracterización y desarrollo de planes de acción con organizaciones.
- Georeferenciación y mapeo de actores sociales y organizaciones locales.
- Desarrollo de laboratorios sociales territoriales Listos (Laboratorios de innovación social y transformación en salud) Territoriales, esto de acuerdo con la agenda temática del modelo MAS Bienestar.

- Representación y participación en escenarios locales definidos por la DPSGTyT en cada Subdirección como en los espacios comunitarios locales priorizados.

Atención Primaria Social:

- Apoyo en la elaboración del Plan Local de Bienestar.
- Apoyo en la elaboración del documento base de MAS Bienestar.
- Participación en la mesa local de bienestar.
- Apoyo en el desarrollo de la jornada de salud de MAS BIENESTAR.
- Participación en las instancias de participación oficiales en cada localidad, espacios mínimos a participar, Unidad de Apoyo técnico (UAT), Concejo Local de Gobierno (CLG), Junta Administradora Local (JAL).

El proceso transversal de **Gestión y Análisis de Políticas** para el Bienestar en los Territorios es estratégico, dinámico y permite materializar la interacción y coordinación entre diferentes sectores y actores en las instancias y espacios para la formulación, implementación, seguimiento, análisis y evaluación de las políticas, incidiendo y contribuyendo en la generación de respuestas coordinadas a nivel sectorial, intersectorial, con participación social a problemas sociales que afectan la salud y la vida de las poblaciones y sus territorios, los cuales se materializan en acciones conjuntas y compromisos intersectoriales.

Este proceso transversal tiene como sustento:

- El reconocimiento y materialización de la gobernanza, gobernabilidad, la participación social y la intersectorialidad, los cuales son transversales en el marco de la Gestión para la Salud Pública.
- “Evita la superposición de las políticas, asegurar prioridades de políticas y garantizar la cohesión y coherencia entre ellas y promover una perspectiva holística que supere la mirada sectorial y estrecha de las políticas”.²
- Identificar la localidad como la unidad administrativa para la gestión de las políticas en Bogotá D.C. con las dinámicas sociales que se desarrollan en ella, reconociendo que en cada una existen territorios priorizados y que la ciudad cuenta con Unidades de Planeamiento Rural en las siguientes localidades: Sumapaz, Usme, Ciudad Bolívar, Usaquén, Chapinero, Suba y Santa Fe, por lo que se hace necesario identificar las particularidad de la ruralidad y su relación con el área urbana para hacer una lectura integral del territorio.
- Incorporar los enfoques: poblacional, diferencial, de género, territorial y ambiental en las acciones y actividades que materializan la gestión de las políticas.
- El Análisis como proceso fundamental para la toma de decisiones.

Lo anterior, implica reconocer las condiciones y situaciones de calidad de vida, salud y enfermedad en los territorios para generar procesos de planeación, implementación y seguimiento de estas, que se desarrollan entre sectores públicos y privados, otros actores de interés y la comunidad, a través de las interacciones integradas e integrales que lo conforman.

² Licha, Isabel. Coordinación de la política social: criterios para avanzar / Isabel Licha, Carlos Gerardo Molina. p. cm. (INDES Working paper series; I-58) Includes bibliographical references. 1. Social planning—Latin America. I. Molina, Carlos Gerardo. II. Inter-American Institute for Social Development. III. Series. 361.25 L812--dc22 2006

El equipo local de políticas favorece la organización y despliegue de las acciones sectoriales, y que estas sean acordes a las situaciones o necesidades identificadas en los territorios y al mismo tiempo desde el ejercicio de fortalecimiento de la intersectorialidad procura que las respuestas de los otros sectores también lo sean.

Además, el proceso transversal desde la gestión del conocimiento pretende generar información suficiente, pertinente y confiable para la toma de decisiones en salud y la acción de la salud pública que aporte al Modelo de Atención en Salud de Bogotá + MAS Bienestar, así como al quehacer de las políticas públicas, por lo cual se encuentra intrínseco en las demás interacciones.

Por su parte **los equipos de salud pública colectiva para los entornos de vida** realizan las siguientes acciones y gestiones:

Tabla 0. Acciones de equipos para los entornos de vida

| | |
|---------------------|--|
| Entorno educativo | <ul style="list-style-type: none"> – Caracterización social y ambiental del entorno educativo – Desarrollo de Plan de Cuidado Escolar por sede de institución educativa – Información en salud – Educación para la salud pública – Tamizajes (VIH, Sífilis, Hepatitis B, Findrisc, Visual Auditivo, ASSIIT, RQC, AUDIT, SQR) – Conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias – Jornadas de salud (Jornadas Salud y Bienestar en universidades y de promoción de la Salud y gestión del riesgo en jardines y colegios) – Zonas de Orientación y centros de escucha. ZOE (Zonas de Orientación Escolar). ZOU (Zonas de Orientación Universitaria) – Canalizaciones hacia la oferta Distrital e Intersectorial y Activación de rutas de atención Integral para la atención colectiva e individual (EAPB e IPS) y canalización personas sin afiliación al sistema de Salud. – Derivación de usuarios a servicios sociales – Promoción de la participación social transformadora |
| Entorno laboral | <ul style="list-style-type: none"> – Caracterización social y ambiental del entorno laboral – Desarrollo de Plan de Cuidado laboral por unidad de trabajo informal – Desarrollo de Plan de Cuidado familiar por NNA identificado en trabajo infantil – Información en salud – Educación para la salud pública – Tamizajes (VIH, Sífilis, Hepatitis B, OMS, Findrisc, EPOC, ASSIST, RQC, SQR) – Conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias – Canalizaciones hacia la oferta Distrital e Intersectorial y Activación de rutas de atención Integral para la atención colectiva e individual (EAPB e IPS) y canalización personas sin afiliación al sistema de Salud. – Derivación de usuarios a servicios sociales – Promoción de la participación social transformadora |
| Entorno comunitario | <ul style="list-style-type: none"> – Actividades realizadas en el espacio público o grupos comunitarios. – Caracterización social y ambiental del entorno comunitario – Educación para la salud pública – Tamizajes en condiciones crónicas no transmisibles, tamizajes en salud mental, tamizajes en salud sexual y reproductiva. – Pruebas de VIH, sífilis y hepatitis B – Conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias, en seguridad alimentaria y nutricional, salud sexual y reproductiva, condiciones crónicas, salud mental, salud ambiental, salud materno infantil, Rehabilitación basada en comunidad – RBC – Jornadas de salud MAS bienestar – Escucha activa |

| | |
|---------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> – Canalizaciones hacia la oferta Distrital e Intersectorial y Activación de rutas de atención Integral para la atención colectiva e individual (EAPB e IPS) y canalización personas sin afiliación al sistema de Salud. – Derivación de usuarios a servicios sociales – Promoción de la participación social transformadora |
| Entorno institucional | <ul style="list-style-type: none"> – Concertación e implementación de planes de cuidado institucional y seguimiento a los mismos – Información en salud – Educación para la salud pública – Tamizajes – Canalizaciones hacia la oferta Distrital e Intersectorial y Activación de rutas de atención Integral para la atención colectiva e individual (EAPB e IPS) y canalización personas sin afiliación al sistema de Salud. – Promoción de la participación social transformadora |
| Equipos para la ruralidad | <ul style="list-style-type: none"> – Caracterización social y ambiental – Implementación de planes de cuidado familiar y seguimiento a los mismos – Información en salud – Educación para la salud pública – Tamizajes – Rehabilitación basada en comunidad – RBC – Canalizaciones hacia la oferta Distrital e Intersectorial y Activación de rutas de atención Integral para la atención colectiva e individual (EAPB e IPS) y canalización personas sin afiliación al sistema de Salud. – Derivación de usuarios a servicios sociales – Vacunación de personas – Promoción de la participación social transformadora |
| Ruralidad | <ul style="list-style-type: none"> – Caracterización familiar para la identificación de riesgos y alertas en salud. – Implementación de planes de cuidado familiar y seguimiento a los mismos. – Información en salud. – Educación para la salud pública. – Tamizajes. – Rehabilitación basada en comunidad – RBC. – Canalizaciones hacia la oferta Distrital e Intersectorial y Activación de rutas de atención Integral para la atención colectiva e individual (EAPB e IPS) y canalización personas sin afiliación al sistema de Salud. – Derivación de usuarios a servicios sociales. – Vacunación de personas. – Promoción de la participación social transformadora – Asistencia y orientación a las familias y comunidades para la implementación de huertas caseras. |

Fuente: SDS_SSSP_SAC. Entornos de vida cotidiana 2025.

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?

Desde los **Equipos Básicos Extramurales de Hogar (EBEH)**, para garantizar una cobertura integral, se realizó una delimitación territorial detallada que abarca la totalidad del distrito, incluyendo todas las UPZ urbanas, las UPR rurales y áreas de los Cerros Orientales. Esta delimitación permite un abordaje estructurado y completo del territorio, asegurando que el Modelo MÁS Bienestar alcance un cubrimiento total de la ciudad de Bogotá.

En la fase 1 de operaciones de los EBEH, se contó con presencia (apropiación) en territorios correspondientes a 585 sectores catastrales clasificados en las categorías 1 y 4, que agrupan sectores de alta prioridad y zonas rurales. Esta apropiación territorial representó el

50 % del total de los 1.170 sectores catastrales de la ciudad y tuvo presencia en 91 de las 112 Unidades de Planeamiento Zonal (UPZ), lo que equivale a una cobertura del 81,2 %. Adicionalmente, se contó con apropiación territorial en la totalidad de las 4 Unidades de Planeamiento Rural (UPR).

En la fase 2, que inició el 10 de abril de 2025, se realizó la delimitación de la totalidad del territorio distrital, abarcando tanto las Unidades de Planeamiento Zonal (UPZ) como las Unidades de Planeamiento Rural (UPR). De esta manera, se proyecta la presencia en el 100 % de las UPZ y UPR, así como los sectores catastrales que las componen.

Así las cosas, la presencia territorial se evidencia en los siguientes UPZ por Subred con corte a 15 de mayo 2025:

Subred 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.

Subred 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 y La UPR Zona Norte.

Subred Sur:

Comuneros, La Flora, Monte Blanco, Parque Entrenubes, Venecia, Gran Yomasa, Alfonso López, El Mochuelo, Tunjuelito, Arbozadora, Ciudad Usme, Danubio, Ismael Perdomo, Jerusalén, San Francisco, Lucero, El Tesoro y las UPR; Río Tunjuelo, Río Sumapaz y UPR Río Blanco.

Subred 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.

Por su parte, para el desarrollo de las actividades que desde **Gestión Territorial y Atención Primaria Social –APS-** se llevan a cabo en territorio, desde la Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad –DPSGTyT- se tiene presencia permanente en las veinte (20) localidades, operando en algunos espacios físicos de las Alcaldías Locales o en espacios de la Subdirecciones Locales de Integración social, al igual que en otros espacios sociales o comunitarios, pues se deben realizar actividades de coordinación sectorial, intersectorial y comunitaria.

Como se mencionó previamente, **los equipos del proceso transversal de Gestión y Análisis de Políticas para el Bienestar y los equipos de Salud colectiva** tienen presencia en las 20 localidades del Distrito capital.

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

- *Número de visitas mensuales por localidad.*

Las actividades desarrolladas por los **Equipos Básicos Extramurales de Hogar** son emprendidas por equipos interdisciplinarios asignados a territorios de la ciudad, su abordaje se realiza a través de dos (2) modalidades:

1. Barrido casa a casa donde el promotor en salud del equipo (técnico en salud) adelanta el recorrido por las manzanas del territorio apropiado, realizando el acercamiento a las familias que residen allí, y
2. Ruteo, donde se realiza el contacto telefónico y presencial a las familias en las que ya se han identificado prioridades y eventos de interés en salud pública que requieren un abordaje en su domicilio y los cuales son notificados a los EBEH desde diferentes fuentes, que incluyen los sistemas de vigilancia en salud pública, las entidades promotoras de servicios de salud, sector social de la administración, entre otros.

Con estas familias se adelanta un proceso de caracterización familiar, donde se determinan, confirman o destacan riesgos y alertas en salud que requieran un mayor seguimiento y gestión a través de la concertación e implementación de planes de cuidado familiar e individual. Estos planes de cuidado son desarrollados, a partir de la implementación de estrategias integrales acorde a las prioridades y necesidades de cada una de las familias; dentro de estas estrategias se encuentra:

- Estrategia Ángeles Guardianes y estrategia Gestantes con MAS Bienestar: Para el abordaje de familias con gestantes con alto riesgo en salud.
- Estrategia de Atención Integral a Enfermedades Prevalentes en la Infancia-AIEPI y estrategia de prevención y control de Infección Respiratoria Aguda-IRA: Para el abordaje de familias con menores de 5 años.
- Estrategia de Planes de Automanejo y promoción de la actividad física: Para el abordaje de familias con personas con patología crónica.
- Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad: Para el abordaje de familias con discapacidad.
- Estrategias Confróntate 7, fortalecimiento de prácticas de crianza, acompañamiento psicosocial y acompañamiento psicológico en casos de duelo: Para el abordaje de familias con necesidades en salud mental.
- Estrategia Cuidado y autocuidado para la salud bucal familiar: Para familias con necesidades en Salud Bucal.
- Estrategia de Recuperación Nutricional, Promoción de la Alimentación Saludable y la lactancia materna exclusiva: Para familias con riesgos en Seguridad Alimentaria y Nutricional.
- Estrategia Vivienda Saludable y agricultura urbana: Para el abordaje de familias desde la salud ambiental.
- Estrategia de Abordaje Étnico Diferencial: Para el abordaje de familias afrodescendientes, palenqueras, gitanas e indígenas.

Teniendo en cuenta lo anterior, la cantidad de visitas a desarrollar en un (1) mes por localidad está determinado por la cantidad de casos que se notifiquen desde las diferentes fuentes, o las características propias de los territorios de cada localidad, donde acorde a sus particularidades se deban adelantar acciones de barrido. Sin embargo, a continuación, se muestra una tabla, con el número promedio de visitas mensuales adelantadas por localidad, calculado del periodo 17 de octubre de 2024 al 30 de abril de 2025:

Tabla 09. Promedio de visitas mensuales adelantadas por localidad EBEH

| SISS | Localidad | N° Promedio Visitas |
|----------------|--------------------|---------------------|
| NORTE | USAQUÉN | 1.346 |
| NORTE | CHAPINERO | 325 |
| NORTE | ENGATIVÁ | 5.055 |
| NORTE | SUBA | 5.550 |
| NORTE | BARRIOS UNIDOS | 531 |
| NORTE | TEUSAQUILLO | 307 |
| SUR | USME | 7.439 |
| SUR | TUNJUELITO | 1.212 |
| SUR | CIUDAD BOLÍVAR | 11.805 |
| SUR | SUMAPAZ | 645 |
| CENTRO ORIENTE | SANTA FE | 889 |
| CENTRO ORIENTE | SAN CRISTÓBAL | 5.398 |
| CENTRO ORIENTE | LOS MÁRTIRES | 493 |
| CENTRO ORIENTE | ANTONIO NARIÑO | 165 |
| CENTRO ORIENTE | CANDELARIA | 107 |
| CENTRO ORIENTE | RAFAEL URIBE URIBE | 4.092 |
| SUR OCCIDENTE | BOSA | 7.424 |
| SUR OCCIDENTE | KENNEDY | 5.473 |
| SUR OCCIDENTE | FONTIBÓN | 1.604 |
| SUR OCCIDENTE | PUENTE ARANDA | 2.334 |
| Total | | 62.193 |

Fuente: Base de datos aplicativo GTAPS; Caracterización, planes de cuidado familiar y atenciones individuales. Periodo 17 de octubre de 2024 al 30 de abril de 2025.

- *Tiempo promedio de permanencia en territorio por visita.*

Las visitas desarrolladas por los **Equipos Básicos Extramurales de Hogar** tienen una duración que oscila entre 2 y 3,5 horas, dependiendo de la zona de la ciudad en la que se desarrolla (Urbana, rural cercana o rural dispersa); así como acorde a la actividad que desarrollan y el perfil que realiza la actividad: Promotor, profesionales universitarios o profesionales especializados.

- *Descripción de los casos en los que se asigne seguimiento o segunda visita.*

A partir de la caracterización familiar realizada, se establece la prioridad de la familia, teniendo como parámetro, los riesgos en salud identificados y a partir de ello se llevan a cabo las sesiones de seguimiento e implementación de planes de cuidado familiar:

Sesiones de seguimiento familiar: Son desarrolladas por los promotores en salud, a cargo del territorio en el que se encuentra ubicada la familia:

- Familia Prioridad alta: 3 seguimientos en el año.
- Familia Prioridad media: 2 seguimientos en el año.
- Familia Prioridad baja: 1 seguimiento en el año.

Implementación de planes de cuidado familiar: Son desarrollados por el equipo interdisciplinario y en particular por el profesional con mayor pertinencia acorde a la necesidad de cada familia (enfermería, psicología, terapias, nutrición, ciencias ambientales, odontología); estos planes de cuidado familiar tienen en promedio una duración de tres meses y dos contactos al mes; sin embargo, dicha cantidad y frecuencia depende del riesgo identificado en cada familia.

Dentro de las familias que cuentan con estos planes de cuidado familiar y/o individual, se encuentran aquellas identificadas con alto riesgo, prioridad y ocurrencia de eventos de interés en salud materna, infancia, salud mental, discapacidad, condiciones crónicas, salud ambiental, seguridad alimentaria y nutricional, salud bucal, entre otra

Así mismo, en el reconocimiento de las diversidades de las familias se adelantan acciones integrales de abordaje étnico diferencial y que orientan la construcción de los planes de cuidado y su acompañamiento con los pueblos Negro Afrocolombiano, Palenquero, con un promedio de 2 visitas mensuales, en periodo de 3 meses; para el caso del pueblo Rrom-Gitano cuenta con un promedio de 3 visitas mensuales en un periodo de 4 meses teniendo en cuenta las particularidades del pueblo en el distrito capital.

En el caso de los pueblos Indígenas, el pueblo Wounaan Baud Mos, realiza al menos 3 visitas mensuales por un periodo de 2 meses. Mientras que para el pueblo Embera de las comunidades Chami, Dobida y Katio; que habitan las UPI (Unidades de Protección Integral) del La Rioja y La Florida, así como en los Albergues temporales, el seguimiento es diario. Se resalta que en todos los casos las atenciones articulan e integran el uso de la medicina ancestral desde cada uno de los sistemas de conocimiento propio, a través de sabedores ancestrales y parteras, favoreciendo a su vez las estructuras organizativas propias a través de las concertaciones con autoridades o instancias de representación.

Los **equipos de salud pública colectiva para los entornos de vida** hacen presencia en todas las UPZ y barrios de la ciudad, de acuerdo con las necesidades de la población. La frecuencia, el número de visitas y el tiempo de duración de estas, depende de varios factores como: Las necesidades de las personas, los factores de riesgo y los problemas de salud que tengan las comunidades, la disponibilidad de los usuarios para participar en las actividades y la presencia de eventos de interés en salud pública. De esta manera no se cuenta con un número determinado de visitas por localidad.

Como se mencionó previamente los equipos de la **Gestión Territorial y Atención Primaria Social –APS-** se tiene presencia permanente en las localidades adelantando las acciones descritas.

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

- *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.*

De acuerdo con los lineamientos del Modelo de Atención en Salud de Bogotá – MAS Bienestar, se aclara que los **Equipos Básicos Extramurales de Hogar (EBEH)** no realizan teleconsultas como parte de sus funciones operativas. Su labor se enfoca en la atención presencial, comunitaria y domiciliaria, desarrollando acciones integrales de promoción, prevención, caracterización y gestión del riesgo en salud directamente en el territorio, con enfoque familiar.

Sin embargo, el modelo sí contempla el uso de nuevas tecnologías para la información y comunicación en otros componentes estratégicos, especialmente dentro de las Unidades Básicas Resolutivas de la gestión del riesgo. Estas unidades están diseñadas para brindar atención oportuna, cercana y resolutive, y utilizan herramientas digitales como la telesalud para complementar la oferta presencial, facilitar el acceso a servicios especializados, y mejorar la capacidad resolutive del nivel primario, tal como lo establece el documento estratégico del Modelo MAS Bienestar.

La Resolución 2654 de 2019, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, *“Por la cual se establecen disposiciones para la telesalud y parámetros para la práctica de telemedicina en el país”*, establece que la Telesalud corresponde al conjunto de actividades relacionadas con la salud, servicios y métodos, los cuales se llevan a cabo a distancia con la ayuda de las tecnologías de la información y telecomunicaciones e incluye, entre otras, la Telemedicina y la Teleeducación en salud.

La telemedicina, es una modalidad de prestación de servicios de salud. Corresponde a la provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica.

La teleorientación entendida como el “conjunto de acciones que se desarrollan a través de tecnologías de la información y comunicaciones para proporcionar al usuario información, consejería y asesoría en los componentes de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación” y el teleapoyo, “referido al “soporte solicitado por un profesional de la salud a otro profesional de la salud a través de tecnologías de la información y comunicaciones en el marco del relacionamiento entre profesionales”, siendo responsabilidad de quien solicita el apoyo, la conducta que determina para el usuario, son actividades de la Telesalud que no se habilitan.

El Manual de Inscripción de Prestadores que hace parte integral de la Resolución 3100 de 2019 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social *“Por la cual se definen los*

procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud”, en la modalidad de telemedicina, presenta las siguientes categorías, que pueden ser utilizadas por los prestadores de servicios de salud, para realizar la atención de los pacientes o usuarios:

- **Telemedicina Interactiva:** Es la relación a distancia utilizando tecnologías de información y comunicación a distancia, mediante una herramienta de videollamada en tiempo real entre un profesional de la salud de un prestador y un usuario, para la prestación de servicios de salud en cualquiera de sus fases.
- **Telemedicina no interactiva:** Es la relación a distancia utilizando tecnologías de información y comunicación, mediante una comunicación asincrónica entre un profesional de la salud de un prestador y un usuario, para la provisión de un servicio de salud que no requiere respuesta inmediata.
- **Telexperticia:** Es la relación a distancia con método de comunicación sincrónico o asincrónico para la provisión de un servicio de salud en cualquiera de sus componentes, utilizando tecnologías de información y comunicación entre:
 - Dos profesionales de la salud, uno de los cuales atiende presencialmente al usuario y otro que atiende a distancia.
 - Personal de salud no profesional, esto es, técnico, tecnólogo o auxiliar, que atiende
 - presencialmente al usuario y un profesional de la salud a distancia.
 - Profesionales de la salud que en junta médica realizan una interconsulta o una asesoría solicitada por el médico tratante, teniendo en cuenta las condiciones clínico-patológicas del paciente.
- **Telemonitoreo:** Es la relación entre el personal de la salud de un prestador de servicios y un usuario en cualquier lugar donde este se encuentre, a través de una infraestructura tecnológica que recopila y transmite a distancia datos clínicos, para que el prestador realice seguimiento y revisión clínica y proporcione una respuesta relacionada con tales datos. El telemonitoreo podrá realizarse con método de comunicación sincrónica o asincrónica. Se excluye de este concepto el monitoreo realizado entre los servicios ubicados en una misma sede del prestador.

En consecuencia, la prestación de servicios de salud en modalidad de telemedicina en categoría interactiva se realiza mediante videollamada en tiempo real entre un profesional de la salud de un prestador y un usuario.

El término teleconsulta no hace parte de las categorías contempladas en la normatividad vigente para la prestación de servicios de salud en modalidad de telemedicina.

La teleorientación utilizada para proporcionar al usuario información, consejería y asesoría en los componentes de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, es realizada por el talento humano que definan los prestadores de servicios de salud.

Respecto al tiempo promedio destinado para cada atención en modalidad de telemedicina, este es definido de forma autónoma por cada prestador, de acuerdo con sus protocolos operativos, razón por la cual esta entidad no dispone de ese dato.

3.4. 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.

A continuación, se muestra el número de usuarios canalizados por los equipos territoriales a servicios sociales y de salud durante el 2025. Cabe aclarar que las canalizaciones se hacen, solo si el usuario las requiere:

Tabla 10. Distribución de usuarios canalizados por los equipos territoriales a servicios de salud durante 2025.

| Entorno | 2025 | |
|---------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| | No. De usuarios canalizados | No. De usuarios gestión efectiva |
| Laboral | 1813 | 1554 |
| Educativo | 2783 | 2389 |
| Comunitario | 3856 | 3108 |
| Institucional | 3089 | 2625 |
| EBE – Entorno Hogar | 13302 | 11292 |
| Total | 24843 | 20968 |

Fuente: Aplicativo SIRC-SDS - Modulo de canalizaciones, descarga de archivos Canalizacion2024_423_2024_NombreProfesional oficial y Canalizacion2025_442_2025_NombreProfesional, fecha de corte 19/05/2025

En este caso es importante anotar, que la efectividad de los casos canalizados a los servicios de salud depende de varios factores, como: La gestión que realiza la EAPB ante su red de prestadores de servicios de salud para facilitar el acceso a los servicios, la disponibilidad de agendas y citas en las IPS y la disponibilidad de los usuarios para asistir a las citas.

Tabla 11. Distribución de usuarios canalizados por los equipos territoriales a servicios sociales durante 2025.

| Entorno | 2025 | |
|---------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| | No. De usuarios canalizados | No. De usuarios gestión efectiva |
| Laboral | 19 | 5 |
| Educativo | 18 | 3 |
| Comunitario | 44 | 10 |
| Institucional | 7 | 1 |
| EBE – Entorno Hogar | 153 | 34 |
| Total | 241 | 53 |

Fuente: Aplicativo SIRC-SDS - Modulo de canalizaciones, descarga de archivos Canalizacion2024_423_2024_NombreProfesional oficial y Canalizacion2025_442_2025_NombreProfesional, fecha de corte 19/05/2025

La efectividad de los casos canalizados a los servicios sociales depende de varios factores, como: La disponibilidad y oferta de servicios por parte de la entidad distrital que presta servicios sociales, la disponibilidad de los usuarios para participar y continuar en los programas sociales y capacidad de respuesta que tienen las entidades distritales ante la alta demanda de servicios sociales.

En los que se refiere a los criterios para canalización o derivación de usuarios, informamos que para ese propósito se tienen en cuenta los motivos de canalización o derivación que establecen las Rutas Integrales de Servicios de Salud (RIAS) que ha establecido el Ministerio de Salud y Protección Social. En ese contexto, en la siguiente tabla se describen los motivos de canalización a los servicios de salud más frecuentes.

Tabla 12. Distribución de motivos de canalización o derivación a servicios de salud y/o sociales, realizados por los equipos de los entornos de vida durante 2025.

| Distribución de canalización a rutas integrales de atención en salud por motivo | Año 2025 | |
|--|-----------------------------|--|
| | No. De usuarios canalizados | No. De usuarios con respuesta efectiva |
| 1 Ruta de promoción y Mantenimiento de la salud | 18158 | 15098 |
| 2 RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones cardio — cerebro — vascular — metabólicas manifiestas | 2003 | 1799 |
| 3 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades respiratorias crónicas. | 98 | 92 |
| 4 RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales. | 46 | 43 |
| 5 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones. | 321 | 227 |
| 6 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos psicosociales y del comportamiento. | 1381 | 1131 |
| 7 RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones en la salud bucal. | 776 | 621 |
| 8 RIAS para población con riesgo o presencia de cáncer. | 5 | 4 |
| 9 RIAS para población materno — perinatal. | 231 | 207 |
| 10 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas. | 244 | 200 |
| 11 RIAS para población con riesgo o presencia de zoonosis y agresiones por animales. | 0 | 0 |
| 12 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedad y accidentes laborales. | 0 | 0 |
| 13 RIAS para población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas. | 46 | 34 |
| 14 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente. | 7 | 6 |
| 15 RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades huérfanas. | 3 | 3 |
| 16 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos visuales y auditivos. | 1750 | 1543 |
| 17 RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos degenerativos, neuropatías y auto-inmunes. | 15 | 13 |

| | | |
|--------------|--------------|--------------|
| Total | 25084 | 21021 |
|--------------|--------------|--------------|

Fuente: Aplicativo SIRC-SDS - Modulo de canalizaciones, descarga de archivos
Canalizacion2024_423_2024_NombreProfesional oficial y Canalizacion2025_442_2025_NombreProfesional, fecha de corte 19/05/2025

Finalmente, se reporta el número de casos canalizados por los equipos territoriales a las EAPB por temas relacionados con identificación de barreras de acceso a los servicios de salud.

Tabla 13. Distribución de usuarios canalizados por los equipos territoriales hacia las EAPB por temas relacionado con barreras de acceso a los servicios de salud. Bogotá, periodo 2025.

| EAPB/AÑO | Año 2025 | |
|---|---|--------------------|
| | No. de casos canalizados por barreras de acceso | % Gestión efectiva |
| Aliansalud | 9 | 60% |
| Capital Salud EPSS | 131 | 25% |
| Compensar | 64 | 55% |
| Coosalud | 1 | 0% |
| Dirección De Sanidad Policía Nacional | 2 | 25% |
| Dirección General De Sanidad Militar | 3 | 27% |
| Famisanar | 63 | 70% |
| Fondo De Pasivo Social De Ferrocarriles Nacionales De Colombia. | 0 | NA |
| Magisterio Fiduprevisora S.A (Salud) | 2 | 40% |
| Nueva EPS | 46 | 43% |
| Salud Bolívar EPS | 0 | NA |
| Salud Total EPS | 67 | 76% |
| Sanitas S.A. E.P.S. | 63 | 70% |
| Sura | 16 | 56% |
| UNISALUD - Universidad Nacional De Colombia | 0 | NA |
| Total general | 467 | 48% |

Fuente: Anexo Reporte para la gestión de barreras de acceso (RGBA) - procedimiento de canalizaciones PSPIC año 2024 y 2025 con corte a 20/05/2025

3.5. 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.

Es importante precisar que los EBEH no realizan entrega directa de medicamentos. Esta función corresponde exclusivamente a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), quienes, en el marco de sus competencias y obligaciones legales, son responsables de garantizar la disponibilidad y entrega oportuna de los medicamentos incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS), conforme a lo prescrito por el profesional tratante.

Por su parte dado que las acciones y gestiones que realizan los equipos de los entornos de vida son promocionales y preventivas, no se hace entrega de medicamentos a través de estos.

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
- Cobertura poblacional esperada.

El Modelo Territorial de Salud en Bogotá – *MAS Bienestar*, no establece sus metas cuantificables a partir del número total de personas atendidas ni mediante indicadores de cobertura poblacional directa. En su lugar, el modelo plantea una aproximación territorial, estratégica y estructural centrada en la implementación progresiva y diferencial en los sectores catastrales del Distrito Capital, considerando sus características sociales, demográficas y de riesgo en salud.

En ese sentido, y en el marco del Plan Distrital de Desarrollo "Bogotá Camina Segura" 2024 – 2027, se formuló el Proyecto de Inversión 8113, cuyo objetivo es la "Implementación del modelo de salud centrado en Atención Primaria Social para el bienestar de la población de Bogotá D.C.". Este proyecto busca diseñar, implementar y evaluar el Modelo MAS Bienestar con énfasis en la resolutiveidad, oportunidad y accesibilidad, fortaleciendo la gestión integral del riesgo a través de la identificación individual, familiar y territorial.

Con base en ello, las metas establecidas son:

Tabla 14. Detalle meta proyecto de inversión 8113.

| META | DETALLE DE LA META | INDICADOR |
|------|---|--|
| 01 | Diseñar, implementar y evaluar el Modelo de Salud para la población de Bogotá D.C. | Modelo implementado en los sectores catastrales así: Tipología alta y rural 100% • Tipología media 50% |
| 02 | Implementar una estrategia de comunicación para fortalecer la sensibilización frente al programa de promoción de donación de órganos y tejidos. | Estrategia de comunicación implementada en el marco del modelo de atención. |
| 03 | Implementar una estrategia de identificación individual, familiar y territorial para fortalecer la gestión del riesgo. | Estrategia implementada en los sectores catastrales priorizados. |

Fuente: SEGPLAN, 2024-2025

Estas metas reflejan un enfoque de territorialización del modelo de salud, donde el avance se mide por el grado de implementación en los sectores catastrales según su tipología y vulnerabilidad, no por conteo de personas atendidas, lo cual permite focalizar de forma más precisa la intervención en salud según el riesgo y las condiciones sociales de cada territorio.

Dado que las acciones e intervenciones de salud pública colectiva que se prestan a través de los entornos de vida se planean y desarrollan de acuerdo con la demanda y necesidades de las personas, familias y comunidades, no se tiene meta establecida ni cobertura poblacional esperada.

- *Indicadores de salud pública a impactar*

En lo que se refiere indicadores de salud pública, comunicamos que, en el Plan de Salud Territorial, se describen las metas a alcanzar y los indicadores de cada una. Dicho documento se encuentra disponible para consulta en la página web:

https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/wp-content/uploads/2024/06/4_plan_territorial_de_salud_2024_2027.pdf

El Modelo Territorial de Salud MAS Bienestar, como componente operativo del Plan Territorial de Salud, se articula con las metas estratégicas definidas para el sector. Las prioridades en salud definidas orientan su implementación territorial buscando impactar positivamente los principales indicadores de salud pública, con especial énfasis en la gestión integral del riesgo. Las metas cuantificables son:

- Reducir la razón de mortalidad materna a 27,5 por 100.000 nacidos vivos en Bogotá D.C.
- Reducir la Tasa de mortalidad por suicidio a 5.2 por 100.000 habitantes.
- Mantener por debajo de 9 por 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad infantil
- Mantener por debajo de 125 por 100.000 habitantes la tasa anual de mortalidad evitable por enfermedades crónicas no transmisibles en población con edades de 30 a 70 años
- Mejorar en un 2% la experiencia del usuario durante el proceso de atención en salud en Bogotá D.C.
- Cascada de atención en VIH: El 91% de la población que vive con VIH conoce su diagnóstico, el 92% de estos tienen acceso al tratamiento y de estas últimas el 91,7% alcanzan cargas virales indetectables aportando así a los objetivos mundiales de 95/95/95 definidos por ONUSIDA.
- Mantener la Tasa Específica de Fecundidad en mujeres menores de 14 años en un 0,6 por 1000 mujeres de 10 a 14 años.
- Reducir la tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 - 19 años a 18 por 1000 mujeres adolescentes de este grupo de edad.
- Reducir la proporción de desnutrición aguda en menores de 5 años a 1,6%.

Estas metas se operacionalizan mediante el despliegue de los Equipos Territoriales de Salud en Unidades de Planeamiento Zonal (UPZ) priorizadas, quienes realizan análisis territorial e implementan acciones basadas en evidencia, y participación comunitaria, contribuyendo al cumplimiento de los compromisos establecidos en el marco del Modelo MÁS Bienestar.

4.2. *¿Qué mecanismos de seguimiento y evaluación se han implementado?*

- *Informes de resultados obtenidos hasta la fecha.*

De acuerdo con lo señalado en la respuesta al numeral anterior, se complementa la presente respuesta adjuntando el informe de gestión 2024 y avance en el SEGPLAN del proyecto 8113.

Desde los **equipos de salud pública de entornos de vida**, en lo que se refiere a informes de resultados obtenidos hasta la fecha, sobre las acciones e intervenciones que se realizan

a través de los entornos de vida, informamos que en la página web: https://www.saludcapital.gov.co/Salud_urb/2024/inf_mon_2024_PSPIC-23.pdf se encuentran publicados dichos informes.

En lo que se refiere a la metodología de evaluación, comunicamos que estos informes se elaboran y publican de acuerdo con lo establecido en el artículo 18 de la Resolución 518 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Frente a indicadores de salud pública con corte a 2024 (dato preliminar) se tienen los siguientes resultados frente a las metas estratégicas definidas:

Tabla 1. Resultados Metas Estratégicas

| Meta | Indicador | 2024 |
|---|---|-------|
| Reducir la razón de mortalidad materna a 27,5 por 100.000 nacidos vivos en Bogotá D.C. | Razón de mortalidad materna | 35,4 |
| Reducir la Tasa de mortalidad por suicidio a 5.2 por 100.000 habitantes. | Tasa de mortalidad por suicidio | 4,38 |
| Mantener por debajo de 9 por 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad infantil | Tasa de mortalidad infantil | 9,3 |
| Mantener por debajo de 125 por 100.000 habitantes la tasa anual de mortalidad evitable por enfermedades crónicas no transmisibles en población con edades de 30 a 70 años | Tasa mortalidad por enfermedades crónicas en población con edades de 30 a 70 años | 126,3 |
| Mantener la Tasa Específica de Fecundidad en mujeres menores de 14 años en un 0,6 por 1000 mujeres de 10 a 14 años. | Tasa Específica de Fecundidad en mujeres menores de 14 años | 0,75 |
| Reducir la tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 - 19 años a 18 por 1000 mujeres adolescentes de este grupo de edad. | Tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 - 19 años | 18,3 |
| Reducir la proporción de desnutrición aguda en menores de 5 años a 1,6%. | Proporción de desnutrición aguda en menores de 5 años | 1,5 |

Fuente: DANE- EEVV Nacimientos y Defunciones INMLyCF DANE proyecciones poblacionales *Información preliminar 2024

• *Metodología de evaluación de impacto.*

El Modelo de Atención en Salud no ha implementado procesos de evaluación de impacto teniendo en cuenta que las evaluaciones de impacto suelen realizarse a largo plazo después de la implementación del proceso a evaluar.

Sin embargo, consecuente con la respuesta a la pregunta anterior, es pertinente mencionar lo siguiente:

En el proceso de seguimiento y evaluación del Modelo Territorial de Salud MAS Bienestar esta la implementación de tableros de control interactivos en Power BI, los cuales permiten monitorear en tiempo real el avance de las acciones territoriales y la efectividad de las intervenciones en salud pública. Estos tableros consolidan información clave sobre:

- Número y tipo de acciones desarrolladas en el territorio.
- Cobertura poblacional alcanzada por cada una de las líneas de intervención (materno perinatal, salud infantil, salud mental, enfermedades transmisibles y crónicas, entre otras).

- Número de establecimientos de salud intervenidos y/o capacitados.
- Tamizajes realizados para la detección temprana de riesgos en salud individual y colectiva.
- Número de sesiones participativas comunitarias orientadas a la promoción del autocuidado y la corresponsabilidad en salud.

La información contenida en estos tableros se actualiza periódicamente y sirve como insumo para la toma de decisiones, permitiendo identificar brechas, fortalecer el enfoque diferencial y hacer ajustes operativos en tiempo oportuno. Asimismo, los tableros permiten generar alertas y reportes por localidad, grupo poblacional o temática, facilitando el seguimiento de las metas operativas del Plan Territorial de Salud.

Se realiza un seguimiento sistemático a los indicadores trazadores asociados a las metas estratégicas del sector salud.

Este seguimiento se fundamenta en el análisis técnico de indicadores con: línea base establecida, que permite identificar el punto de partida y orientar la planeación territorial; cortes mensuales de medición, que facilitan el seguimiento dinámico y la comparación periódica del avance frente a los objetivos definidos; desagregación por localidad, grupo poblacional, aseguramiento, lo que permite identificar desigualdades y priorizar acciones correctivas.

En lo que respecta a los mecanismos de seguimiento y evaluación implementados en el marco del Modelo Territorial de Salud en Bogotá – MAS Bienestar, es importante señalar que tanto los Equipos Básicos Extramurales de Hogar (EBEH), como los equipos de salud pública y entornos, desarrollan sus acciones bajo los lineamientos, herramientas y procedimientos de seguimiento definidos por la Secretaría Distrital de Salud (SDS).

Entre los principales mecanismos de seguimiento implementados, se destacan:

- Registro y reporte de información técnica y operativa: Las Subredes Integradas de Servicios de Salud – E.S.E., como ejecutoras de las acciones, deben documentar y reportar periódicamente —en medios informáticos y físicos— los datos de ejecución y resultados, conforme a los lineamientos técnicos establecidos por la SDS. Estos registros incluyen actividades, procedimientos, interacciones integrales e integradas, gestión de insumos y avance frente a las metas, todo ello en el marco de los convenios interadministrativos suscritos con el FFDS-SDS. Esta información es revisada y validada mensualmente por los equipos técnicos de la Subsecretaría de Salud Pública.
- Supervisión y auditoría técnica: Se realiza seguimiento técnico, administrativo, financiero y científico a través de los procedimientos establecidos en los convenios, en cumplimiento del artículo 18 de la Resolución 518 de 2015 y el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011. Esta supervisión es realizada por equipos técnicos interdisciplinarios que ejecutan visitas de campo, revisiones retrospectivas, y validación de productos y servicios, incluyendo criterios de facturación y resolución de glosas.
- Espacios técnicos mensuales de seguimiento conjunto: Las Subdirecciones de la SDS encargadas para cada proceso lideran mesas técnicas de seguimiento con participación de las Subredes, donde se monitorea el cumplimiento y se acuerdan acciones de mejora para la ejecución de los convenios.

- Monitoreo de proyectos de inversión y cumplimiento de metas: Se realiza seguimiento mensual a las metas del Plan Distrital de Desarrollo (PDD) a través de las fichas EBI y la matriz institucional SEGPLAN. La información es reportada a la Dirección de Planeación Sectorial y publicada en plataformas distritales.
- Seguimiento a metas de gestión: Se lleva a cabo mediante el Plan Operativo de Gestión y Desempeño (POGD), con reportes, en los que se evalúa el cumplimiento de metas y se identifican necesidades de mejora.

4.3. *¿Se han realizado ajustes al modelo basados en estos resultados? Describe cuáles.*

Desde la Secretaría Distrital de Salud se lleva a cabo el seguimiento a indicadores en salud, en coherencia con las prioridades establecidas en el Plan Territorial de salud 2024-2027, el cual se encuentra orientado a brindar respuestas integrales a las principales necesidades en salud en la ciudad, al adelantar el análisis correspondiente, se evidencia que Bogotá enfrenta desafíos significativos en salud pública debido a la composición y evolución de su perfil epidemiológico, con grupos poblacionales vulnerables que requieren atención prioritaria. Entre ellos, las gestantes, los menores de cinco años, las personas con enfermedades crónicas, la población con discapacidad y quienes presentan necesidades en salud mental destacan por sus riesgos específicos en morbilidad y mortalidad. Si bien las políticas de salud han avanzado en la atención y cobertura, persisten barreras estructurales y operativas que afectan la efectividad de la intervención.

En salud materna, preocupa el aumento de la mortalidad por causas indirectas, influenciado por la migración y el acceso tardío al control prenatal, especialmente en zonas rurales. En infancia, aunque ha disminuido la mortalidad, aún existen riesgos como la desnutrición y enfermedades prevenibles. Las enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes siguen siendo causas significativas de morbilidad y mortalidad prematura, agravadas por la falta de adherencia al tratamiento. Las personas con discapacidad enfrentan obstáculos de acceso a servicios de salud adecuados debido a barreras físicas y falta de infraestructura. En salud mental, se ha registrado un aumento alarmante en trastornos como la depresión y la ansiedad, así como en intentos y muertes por suicidio, afectando principalmente a jóvenes.

Frente a este panorama, la Secretaría Distrital de Salud ha fortalecido las estrategias para el abordaje en salud materna, infantil, mental, la rehabilitación comunitaria con énfasis en población con discapacidad, y el manejo y control de enfermedades cardio cerebrovasculares, a través del despliegue de los Equipos Básicos Extramurales de Hogar para ampliar cobertura y atender a las poblaciones prioritarias.

Para ello, a partir de abril de 2025 se analiza que los EBEH deben tener apropiación de todos los sectores catastrales del distrito y no solo los que corresponde a riesgo alto o zonas rurales. Esto implica la actualización de la delimitación territorial basada en las variables evaluadas en la fase I que inició su implementación en octubre de 2024 (Indicadores de morbilidad y mortalidad en población general, indicadores en salud pública, estrato socioeconómico e índice de pobreza multidimensional IPM entre otros), incorporando a este análisis la concentración de la población priorizada (usuarios con patología crónica, salud mental, gestantes, discapacidad y menores de 5 años), de acuerdo con la información aportada por diferentes fuentes del sector, donde se identifican casos con prioridad y ocurrencia de eventos de interés en salud pública.

De esta manera, se favorece el abordaje de población con mayor riesgo en salud, propiciando la respuesta oportuna e integral, mediante la acción de los Equipos Básicos Extramurales de Hogar y las derivaciones realizadas a los actores sectoriales e intersectoriales que se requieran.

Así mismo en para los equipos de salud pública, en el Modelo Territorial de Salud, basados en los resultados obtenidos hasta la fecha, especialmente en relación con el abordaje en zonas de concentración de pobreza multidimensional, el desempeño de los equipos extramurales y la necesidad de fortalecer la Atención Primaria en Social (APSocial) para dar respuestas integrales a las comunidades.

A nivel de los entornos de vida, estos cambios se han realizado mediante ajuste a los contenidos de los documentos técnicos y operativos que se entregan a las Subredes Integradas de Servicios de salud para el desarrollo de las intervenciones de salud pública colectiva.

5. Documentación requerida:

5.1. Adjunte copia digital de:

- *Manuales o protocolos operativos del modelo.*

Se adjuntan los siguientes documentos:

- Documento Estratégico Mas Bienestar
- Lineamiento Operativo Pilar Gestión Integral del Riesgo
- Lineamiento Operativo Gestión Territorial
- Lineamiento Operativo Participación Social Transformadora
- Lineamiento Operativo Toma de Decisiones para la Gobernanza

- *Informes de rendición de cuentas de los últimos 12 meses.*

Desde la Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad, en desarrollo del procedimiento de Control Social, se comparten como anexos a la presente comunicación los siguientes documentos:

- Estrategia de Rendición de Cuentas "Cuentas con Salud" vigencia 2024 y 2025
- Informes de los Diálogos Ciudadanos vigencia 2024
- Informe Final de la Implementación de la Estrategia "Cuentas con Salud" 2024
- Plan de Acción de la Estrategia "Cuentas con Salud" vigencia 2024 y 2025.
- Los informes de rendición de cuentas de los últimos 12 meses se encuentran disponibles en las siguientes páginas web:
https://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Inf_gestion_evaluacion_auditoria.aspx y
<https://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/InformedeGestion.aspx>

- *Convenios interinstitucionales que apoyen la implementación.*

Los convenios interinstitucionales a través de los cuales se implementan y ejecutan las intervenciones de salud pública colectiva, se suscriben con las IPS públicas de la ciudad; esto es, las Subredes Integradas de Servicios de Salud.

Dicho lo anterior, los documentos de los convenios se encuentran disponibles para consulta en los siguientes enlaces de la plataforma SECOP-II:

a. Enlaces Secop-II Convenios de gestión de la salud pública y del plan de intervenciones colectivas periodo Junio-Julio de 2024.

| No. Contrato | Nombre del Ejecutor | Enlace del SECOP del contrato | Vigencia |
|--------------|-----------------------|---|----------|
| 6363415 | Subred Norte | https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/OpportunityDetail/Index?noticeUID=C01.NTC.6171916 | 2024 |
| 6362843 | Subred Sur Occidente | https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/OpportunityDetail/Index?noticeUID=C01.NTC.6171917 | 2024 |
| 6363413 | Subred Sur | https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/OpportunityDetail/Index?noticeUID=C01.NTC.6172501 | 2024 |
| 6362496 | Subred Centro Oriente | https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/OpportunityDetail/Index?noticeUID=C01.NTC.6172026 | 2024 |

b. Enlaces Secop-II Convenios de gestión de la salud pública y del plan de intervenciones colectivas periodo Agosto-October de 2024.

| No. Contrato | Nombre del Ejecutor | Enlace del SECOP del contrato | Vigencia |
|--------------|-----------------------|---|----------|
| 6589446 | Subred Norte | https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/OpportunityDetail/Index?noticeUID=CO1.NTC.6476827 | 2024 |
| 6588824 | Subred Sur Occidente | https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/OpportunityDetail/Index?noticeUID=CO1.NTC.6474052 | 2024 |
| 6587273 | Subred Sur | https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/OpportunityDetail/Index?noticeUID=CO1.NTC.6474183 | 2024 |
| 6590076 | Subred Centro Oriente | https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/OpportunityDetail/Index?noticeUID=CO1.NTC.6477925 | 2024 |

c. Enlaces Secop-II Convenios de gestión de la salud pública y del plan de intervenciones colectivas periodo Octubre-Diciembre 2024.

| No. Contrato | Nombre del Ejecutor | Enlace del SECOP del contrato | Vigencia |
|----------------|-----------------------|---|----------|
| 6911933 - 2024 | Subred Norte | https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/OpportunityDetail/Index?noticeUID=CO1.NTC.6903722 | 2024 |
| 6912002- 2024 | Subred Sur Occidente | https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/OpportunityDetail/Index?noticeUID=CO1.NTC.6903725 | 2024 |
| 6912425- 2024 | Subred Sur | https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/OpportunityDetail/Index?noticeUID=CO1.NTC.6903886 | 2024 |
| 6911666- 2024 | Subred Centro Oriente | https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/OpportunityDetail/Index?noticeUID=CO1.NTC.6904040 | 2024 |

d. Enlaces Secop-II Convenios de gestión de la salud pública y del plan de intervenciones colectivas periodo Diciembre 2024-Julio2025.

| No. Contrato | Nombre del Ejecutor | Enlace del SECOP del contrato | Vigencia |
|--------------|---------------------|-------------------------------|----------|
|--------------|---------------------|-------------------------------|----------|

| | | | |
|-----------|-----------------------|---|-----------|
| 4176-2024 | Subred Centro Oriente | https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/OpportunityDetail/Index?noticeUID=CO1.NTC.7145851 | 2024-2025 |
| 4175-2024 | Subred Sur Occidente | https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/OpportunityDetail/Index?noticeUID=CO1.NTC.7151360 | 2024-2025 |
| 4177-2024 | Subred Norte | https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/OpportunityDetail/Index?noticeUID=CO1.NTC.7142313 | 2024-2025 |
| 4174-2024 | Subred Sur | https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/OpportunityDetail/Index?noticeUID=CO1.NTC.7145500 | 2024-2025 |

Los convenios suscritos en el marco de la implementación de los Equipos Básicos Extramurales de Hogar se encuentran adjuntos en la carpeta: Soportes, anexos pregunta 5, convenios interadministrativos.

En los anteriores términos se da por contestada la solicitud.

Cordialmente,



CONCEJO DE BOGOTÁ 26-05-2025 03:41:58

2025ER14240 O 1 Fol:1 Anex:0

ORIGEN: SDS/GERSON ORLANDO BERMONT GALAVIS

DESTINO: COMISION 3ª PERM. DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO/MO

ASUNTO: RTA PROP 622-2025

OBS: ---

GERSON ORLANDO BERMONT GALAVIS

Secretario Distrital de Salud.

Anexos: Una (1) carpeta ZIP

Elaboró: Nancy Chacón Rodríguez - Observatorio de Salud de Bogotá.

Luis Antonio Estupiñán Castañeda - Profesional Universitario - Subdirección Territorial Red Centro Oriente.

Jesús Andrés Bravo Rojas – Contratista Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad

Johana Mateus – Esperanza Peláez Garzón Subdirección de Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública

Mauricio Abello, Javier Orozco, Liliana Tunjo, Gloria Gallo, Karen Parrado, Diana Velandia, Camilo Rodríguez, Angie

Correa, – Profesionales Especializados Equipos Básicos Extramurales Hogar

Sindy Sánchez - Claudia Ortega-Sandra Rojas-Catalina Chaparro-Miryam Camargo-Milena Useche-Camila Marín-

Andrea González-Juan Patiño-Janeth Corzo-Carolina Santander/ Subdirección de Acciones Colectivas

Leilann Vergara – Profesional Especializado Subdirección Calidad y Seguridad en Servicios de Salud

Consolidó: Alexa Acero Reyes – Abogada contratista OAJ / María Cabrera – Oficina de Asuntos Jurídicos

Raúl Andrés Álvarez Gómez - Contratista Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad

Melba Tarazona – Profesional Especializado Dirección de Calidad de Servicios de Salud

German A. Sterling (AgilSalud) – Contratista OAJ

Revisó: Leonardo Salas Zapata- Asesor de Despacho

Johanna Andrea Torres Ruiz – Asesora de Despacho

Elkin Jwised Huertas Carrasquilla - Director de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad.

Marcia Cristina Chavarriaga Ríos – Contratista Subsecretaría Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía.

Claudia M. Cuellar - Subdirectora de Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública

Marcela Martínez Contreras - Subdirección de Acciones Colectivas

Eliana Ivont Hurtado Sepúlveda – Directora de Calidad de Servicios de Salud

Doris Marcela Díaz Ramírez – Subdirectora Calidad y Seguridad en Servicios de Salud

Johanna Andrea Torres Ruiz - Asesora de Despacho

Aprobó: Martha Patricia Añez Maestre – Asesora de Despacho

Alejandra Taborda Restrepo - Subsecretaria Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía

Julián Alfredo Fernández Niño - Subsecretario de Salud Pública 

Luis Alexander Moscoso Osorio – Subsecretario de Servicios de Salud y Aseguramiento