

RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA

2025

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



**“Transparencia que construye confianza,
salud que transforma vidas.”**



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

INFORME RENDICION DE CUENTAS 2025

VIVIANA MARCELA CLAVIJO

Gerente.

BOGOTÁ D.C., FEBRERO DE 2026

Carrera 24C No. 54 - 47 Sur
Conmutador 730 0000
www.subredsur.gov.co
Código Postal: 110621



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



Centros de salud:
San Juan
Nazareth
Destino
Pasquilla
Mochuelo
Manuela Beltrán
Candelaria La Nueva
Danubio
Hospital:
Vista Hermosa



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

EQUIPO DIRECTIVO**VIVIANA MARCELA CLAVIJO***Gerente Subred Integrada de Servicios Sur ESE***REYES MURILLO HIGUERA***Subgerente de Servicios de Salud***FREDDY ORLANDO CORREDOR CAMARGO***Subgerente Corporativo***NICOLAS SUAREZ CASALLAS***Jefe Oficina Asesora Desarrollo Institucional***ISLENY OSPINA MARULANDA***Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones***MARTIN GUILLERMO JAIMES MADARIAGA***Jefe Oficina Gestión del Conocimiento***IVAN CADENA GRANDAS***Jefe Oficina Calidad***MARIO JAIR GARZÓN JARA***Jefe Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano***JULIO ANDRÉS SÁNCHEZ SÁNCHEZ***Jefe Oficina Sistemas de Información -TICS***VIRGINIA SUÁREZ NIÑO***Jefe Oficina Jurídica***JUAN CARLOS HURTADO SIERRA***Jefe Oficina Control Interno***RONAL ALEJANDRO OTÁLORA***Jefe Oficina Control Interno Disciplinario*

HECTOR JAVIER QUIÑONEZ ALBARRACIN

Director de Servicios Hospitalarios

MARIA CAROLINA LEAL APONTE

Director de Servicios Complementarios

SONIA DEL PILAR SÁNCHEZ

Directora Servicios Ambulatorios

LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA

Directora de Gestión del Riesgo

NESTOR RAÚL VALERO ZULUAGA

Director de Urgencias

JORGE HERNANDO CABRERA ROJAS

Director Financiero

JULIES KATERINE LEÓN BELTRAN

Directora Talento humano

KAREN DAHIANA FAJARDO

Directora Contratación

Consolidación

Profesionales de apoyo

DIANA CRISTINA MORENO ARENAS

Profesional Administrativo

HECTOR NUÑEZ NEIRA

Profesional Especializado

Oficina Desarrollo Institucional

Contenido

INTRODUCCION.....	11
1. PRESUPUESTO	12
1.1. PRESUPUESTO	12
1.2. ESTADO DE LA SITUACION FINANCIERA	15
1.2.1. Estado de situación financiera individual.....	16
1.2.2. Estado de Resultados Integral	19
2. CUMPLIMIENTO DE METAS	23
2.1. PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL.....	23
2.2. PROGRAMAS Y PROYECTOS EN EJECUCION	27
3. GESTION	41
3.1. INFORMES DE GESTION.....	41
3.1.1. GRADO AVANCE MIPG	41
3.1.2. GESTION MISIONAL.....	44
3.1.2.1. GESTION AMBULATORIA.....	44
3.1.2.2. GESTION DE HOSPITALIZACION.....	62
3.1.2.3. GESTION DE URGENCIAS	78
3.1.2.4. GESTION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	83
3.1.3. PARTICIPACION Y SERVICIO AL CIUDADANO	87
3.1.4. GESTION DE TALENTO HUMANO.....	101
3.1.5. GESTIÓN ADMINISTRATIVA.....	114
3.1.6. GESTION FINANCIERA	119
3.2. INFORMES DE LOS ENTES DE CONTROL QUE VIGILAN LA ENTIDAD	132
4. CONTRATACION.....	141
4.1. PROCESOS CONTRACTUALES	141
4.2. GESTION CONTRACTUAL.....	148
5. IMPACTO DE LA GESTION	152
5.1. CAMBIOS EN EL SECTOR O EN LA POBLACION.....	152
6. ACCIONES DE MEJORAMIENTO	219
6.1. PLANES DE MEJORA.....	219

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1 – Comparativo presupuesto de ingresos corte diciembre de 2025	12
Tabla 2 – Cuenta por pagar presupuestal.....	13
Tabla 3 – Gestión de gastos 2025	13
Tabla 4 – Comparativo de compromisos vigencias 2023 - 2025	14
Tabla 5 Comparativo estado de situación financiera 2024 vs 2025	16
Tabla 6 – Comparativo estado de resultados 2024 vs 2025.....	19
Tabla 7 – Comparativo costos 2024 vs 2025	21
Tabla 8 Población 2025 proyección DANE	28
Tabla 9 Extensión Territorial	28
Tabla 10 Aseguramiento en salud poblacional por localidad.....	28
Tabla 11 Proyectos vigencia 2025 inscritos en PBIS	29
Tabla 12 Registro fotográfico equipamiento biomédico - Meissen	31
Tabla 13 Avances físicos Nuevo Hospital de Usme - diciembre 2025	32
Tabla 14 Avances físicos Construcción Torre de Urgencias el Tunal - diciembre 2025	34
Tabla 15 Resultados generales por dimensión mipg	43
Tabla 16. Producción Tele consulta 2024 - 2025.....	45
Tabla 17 Consolidado Producción Ambulatorios 2019-2020-2021-2022-2023-2024-2025	46
Tabla 18 Comportamiento Producción de los servicios ambulatorios por Unidades 2025	47
Tabla 19 Comportamiento de las inasistencias a los servicios ambulatorios por Unidades 2025 ...	48
Tabla 20 Consolidado Consulta Medicina General Resolutiva - PyD – Prioritaria 2019-2020-2021-2022-2023-2024	50
Tabla 21 Comportamiento de la Consulta Medicina General Resolutiva y Prioritaria por Unidades de Servicio 2025.....	51
Tabla 22 Comportamiento de la Consulta Medicina PyD 2025	52
Tabla 23 Comportamiento de la consulta de enfermería Subred Sur 2025	53
Tabla 24 Relación de consultas de especialidades 2019- 2020 – 2021 - 2022.- 2023- 2024 diciembre 2025	54
Tabla 25 Comportamiento de la consulta Especialistas Subred Sur 2025.....	55
Tabla 26 Relación de consultas de especialidades Básicas 2019- 2020 – 2021 – 2022- 2023- 2024 diciembre 2025	56
Tabla 27 Indicadores de medicina general, enfermería, salud oral y especialidades básicas 2021-2022-2023-2024-2025.....	56
Tabla 28 Relación de Consultas Medicina Interna 2025	57
Tabla 29 Relación de Consultas Ginecobstetricia 2025	58
Tabla 30 Relación de Consultas Pediatría 2025	59
Tabla 31 Relación de Consultas Cirugía general 2025	60
Tabla 32 Relación de consultas de salud Oral 2021-2022-2023-2024-2025	60
Tabla 33 Relación de consultas de salud Oral año 2025	61
Tabla 34 Egresos servicio de Pediatría comparativo 2022, 2023, 2024 y 2025.....	62
Tabla 35 Porcentaje Ocupacional servicio de Pediatría comparativo 2022, 2023, 2024 y 2025.	63
Tabla 36 Giro Cama servicio de Pediatría comparativo 2022, 2023, 2024 y 2025.	63
Tabla 37 Promedio día estancia servicio de Pediatría comparativo 2022, 2023, 2024 y 2025.	64
Tabla 38 Egresos servicio de Medicina Interna comparativo 2022, 2023, 2024 y 2025	65
Tabla 39 Porcentaje Ocupacional servicio de Medicina Interna comparativo 2022, 2023, 2024 y 2025.....	66
Tabla 40 Giro Cama servicio de Medicina Interna comparativo 2022, 2023, 2024 y 2025	69
Tabla 41 Promedio día estancia Medicina Interna comparativo 2022, 2023, 2024 y 2025	70

Tabla 42 Capacidad instalada servicio Quirúrgicos	71
Tabla 43 Egresos servicio Quirúrgicos comparativo 2022, 2023, 2024 y 2025.....	71
Tabla 44 Porcentaje Ocupacional servicio Quirúrgicos comparativo 2022, 2023, 2024 y 2025.	72
Tabla 45 Giro Cama servicio Quirúrgicos comparativo 2022, 2023, 2024 y 2025.	73
Tabla 46 Promedio día estancia servicio Quirúrgicos comparativo 2022, 2023, 2024 y 2025.	74
Tabla 47 Capacidad instalada.....	78
Tabla 48 Comparativo Oportunidad de Triage II Global por unidades 2020-2025	79
Tabla 49 Oportunidad de triage III	80
Tabla 50 Número de consulta de urgencias	82
Tabla 51 Producción dirección de urgencias (consulta adultos, pediatría, urgencias).....	82
Tabla 52 Marco de ejecución: Ejes del Plan de Acción 2025 (síntesis de cumplimiento)	89
Tabla 53 Localidad de Ciudad Bolívar	91
Tabla 54 Localidad de Tunjuelito	91
Tabla 55 Localidad de Usme.....	91
Tabla 56 Localidad de Sumapaz.....	92
Tabla 57 Resumen general por localidades.....	92
Tabla 58 Resumen temático y compromisos:	93
Tabla 59 Resumen temático y compromisos:	93
Tabla 60 Resumen temático y compromisos:	94
Tabla 61 Resumen temático y compromisos:	95
Tabla 62 TRASLADOS PACIENTES RUTA DE LA SALUD.....	97
Tabla 63 Información educación en salas.....	98
Tabla 64 principales barreras de acceso 2025	100
Tabla 65 Ingresos 2025.....	101
Tabla 66 Ingresos por tipo de vinculación 2025	102
Tabla 67 Distribución de Servidores Públicos Evaluados por Niveles.....	102
Tabla 68 Evaluación Promedio por Nivel Vs Promedio de la Entidad	103
Tabla 69 Distribución de Servidores Públicos Provisionales Evaluados por Niveles	103
Tabla 70 Resultados de Inducción	104
Tabla 71 Resultados de reinducción	104
Tabla 72 Informe Planta de Personal.....	106
Tabla 73 Presupuesto Gastos de personal - Nomina	106
Tabla 74 Resultado plan de vacaciones	107
Tabla 75 Resultado 2025 Plan de SST.....	107
Tabla 76. 30 Frecuencia de accidentalidad	108
Tabla 77.- Distribución de Cargos Ocupados por Nivel Jerárquico	112
Tabla 78 Consolidado Distribución de Cargos.....	112
Tabla 79 - Relación de ingresos de recursos administradoras por vigencias	113
Tabla 80, Cuadro Resumen de Capacitaciones de Tecnología Biomédica.	118
Tabla 81, Cuadro resumen de renovación de Tecnología Biomédica.	118
Tabla 82 - Facturación vigencia 2025	119
Tabla 83 - Comparativo facturación 2025 vs 2024	120
Tabla 84 - Comparativo facturación vs radicación 2025	121
Tabla 85 Facturación Anticipada 2024 vs Facturación anticipada 2025	122
Tabla 86 Evolución cartera de 2020 a 2025	123
Tabla 87 Cartera diciembre 2025 por edad y régimen	124
Tabla 88 - Cartera Capital Salud a diciembre 2025 por edad.....	125
Tabla 89 - Cartera Capital Salud a diciembre 2025 por unidad	126
Tabla 90 - Cartera FFDS por edades a diciembre 2025	126

Tabla 91 Comparativo cartera FFDS dic-2023 - dic-2024 Vs dic-2025	126
Tabla 92 Clasificación y recuperabilidad Cartera FFDS	127
Tabla 93 - Ingresos vigencia 2025 por régimen.....	128
Tabla 94 Comparativo recaudo vigencia 2024 y 2025.....	129
Tabla 95 – Comparativo cuentas por pagar corte diciembre 2024 y 2025	130
Tabla 96 – Detallado por concepto y edad	131
Tabla 97 Detalle cuentas por pagar mayor a 361 días	131
Tabla 98 Número de oportunidades y acciones por año	133
Tabla 99 Trazabilidad resultados Autoevaluación estándares Manual de Acreditación.....	135
Tabla 100 Trazabilidad de cumplimiento programa anual auditoría 2023 a 2025.....	138
Tabla 101 Distribución de documentos evaluados y auditorías por periodicidad Año 2025	138
Tabla 102 Visitas de Auditoría EAPB y planes de mejora asociados 2025.....	139
Tabla 103 Contratos de Prestación de servicios suscritos durante la vigencia	141
Tabla 104 Procesos adelantados por modalidad de contratación vigencia 2025.....	149
Tabla 105 Contratos suscritos por tipología.....	150
Tabla 106 Población Adscrita 2020 – 2025 (meta 75%).....	157
Tabla 107 Población Inscrita RPM 2020 – 2025 (Meta 75%)	157
Tabla 108 Población Valoración Agudeza Visual 2020 – 2025 (Meta 20%)	159
Tabla 109 Asesoría en anticoncepción Visual 2020 – 2025 (Meta 70%)	159
Tabla 110 Control de Placa bacteriana 2020 – 2025 (Meta 30%).....	160
Tabla 111 Tamizajes para Cáncer 2020 – 2025 (Meta 45%)	161
Tabla 112 Educación Individual 2020 – 2025(Meta 20%)	162
Tabla 113 Ruta Materno Perinatal	164
Tabla 114 Proporción de mujeres de 14 a 54 años con intención reproductiva a corto plazo que reciben atención preconcepcional 2020 – 2025 (Meta:30%).....	165
Tabla 115 Proporción de mujeres de 10 a 49 años con suministro de método anticonceptivo post IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo) 2020 – 2025 (meta: 95%).....	166
Tabla 116 Proporción de mujeres de 10 a 49 años que acceden a la consulta para valoración integral, orientación y asesoría frente a IVE 2020 – 2025 (META: 90).....	167
Tabla 117 Porcentaje de adherencia a los lineamientos que garantizan la integralidad en la atención para el cuidado prenatal 2020 – 2025 (Meta 85%)	168
Tabla 118 Captación temprana de la gestante 2020 – 2025(Meta 80%)	169
Tabla 119 Tratamiento Gestantes y compañeros 2020 – 2025 (Meta 90%)	172
Tabla 120 Adherencia a controles prenatales 2020 – 2025 (META 95%).....	172
Tabla 121 Promedio cumplimiento de captación 2021 - 2025.....	178
Tabla 122 Promedio Riesgo Cardiovascular 2021 – 2025	181
Tabla 123 Promedio anual pacientes hipertensos controlados 2021 - 2024.....	182
Tabla 124 Promedio anual pacientes diabéticos controlados 2021 – 2025	183
Tabla 125 Tasa Hospitalizaciones 2025	183
Tabla 126 Tasa ingreso UCI 2025	184
Tabla 127 Acciones promocionales y preventivas de salud mental y de sustancias psi-coactivas	190
Tabla 128 Canalizaciones de las diferentes personas con factores de riesgo de problemas y trastornos mentales, epilepsia, consumos sustancias psicoactivas y violencias 2021 - 2024	192
Tabla 129 Número de Egreso con Diagnóstico de salud mental 2021 – a diciembre 2025.....	193
Tabla 130 Distribución de usuarios de base de Cohorte EPOC por localidades	196
Tabla 131 Clasificación del paciente con EPOC por localidades:	197
Tabla 132 Estrategias innovadoras SISS SUR 2020 – 2025.....	198
Tabla 133 Relación informes Plan anual de Auditorías 2022-2025.....	219
Tabla 134 Producción informes Plan anual de Auditorías 2022-2025.....	221

Tabla 135. Porcentaje de avance , Números de hallazgos y acciones 2025 225

LISTADO DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Cumplimiento Plan Operativo Institucional	23
Ilustración 2 Resultado por objetivo estratégico fue el siguiente:	24
Ilustración 3 Oportunidad en citas apoyo diagnóstico y urgencias	25
Ilustración 4 Cumplimiento indicadores seguridad del paciente	26
Ilustración 5 Capa hospitalaria – Urgencias Especializadas	34
Ilustración 6 Adecuaciones Hospital Tunal	38
Ilustración 7 Adecuaciones Hospital de Meissen	39
Ilustración 8 Adecuaciones Unidades Ciudad Bolívar	39
Ilustración 9 Adecuaciones Unidades de Usme	40
Ilustración 10 Diálogos con la comunidad vigencia 2025	96
Ilustración 11. Resultados Plan de Bienestar 2025	105
Ilustración 12 Modelo de Prestación de servicios de Salud, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE	154
Ilustración 13 Esquema RIAS priorizadas Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE	155
Ilustración 14 Pieza comunicativa “Captación Temprana de la Gestante”	170
Ilustración 15 Procedimiento genérico de alerta temprana. Estrategia Si Ries	175
Ilustración 16 Flujograma Estrategia Ángeles Guardianes	175
Ilustración 17 Diagrama HITOS Ruta Cardio Cerebro Vascular y Metabólica	177
Ilustración 18 Identificación y clasificación del riesgo cardiovascular	180
Ilustración 19 Esquema General Ruta de Salud Mental	189
Ilustración 20 Modelo de Prestación de Servicios de Salud Sur ESE	204
Ilustración 21 Consolidado Hallazgos Auditoria PAD 145, Contraloría de Bogotá, 2025	221
Ilustración 22. Consolidado Hallazgos Auditorias 156,197 y 165, Contraloría de Bogotá, 2023-2024	222
Ilustración 23. Consolidado Hallazgos Auditoria 209 Contraloría de Bogotá, 2025	223
Ilustración 24 Consolidado Hallazgos Auditoria 146, Contraloría de Bogotá, 2025	224
Ilustración 25 Ejecución planes de mejora, Consolidado y cuadro resumen por proceso, 2025.	224

LISTADO DE GÁFICAS

Gráfica 1 Mantenimiento preventivo de infraestructura vigencia 2025	41
Gráfica 2 Resultados Índice de Desempeño Institucional	42
Gráfica 3 Índice de las Dimensiones de Gestión y Desempeño	43
Gráfica 4 Índice de las políticas de Gestión y Desempeño	44
Gráfica 5 Egresos servicio de Pediatría comparativo 2022, 2023, 2024 y 2025.	62
Gráfica 6 Porcentaje Ocupacional servicio de Pediatría comparativo 2022, 2023, 2024 y 2025.	63
Gráfica 7 Giro Cama servicio de Pediatría comparativo 2022, 2023, 2024 y 2025.	64
Gráfica 8 Egresos servicio de Medicina Interna comparativo 2022, 2023, 2024 y 2025	65
Gráfica 9 Porcentaje Ocupacional Global servicio de Medicina Interna comparativo 2022, 2023, 2024 y 2025	68
Gráfica 10 Giro Cama servicio de Medicina Interna comparativo 2022, 2023, 2024 y 2025	69
Gráfica 11 Egresos servicio Quirúrgicos comparativo 2022, 2023, 2024 y 2025.	72
Gráfica 12 Porcentaje Ocupacional servicio Quirúrgicos comparativo 2022, 2023, 2024 y 2025 ..	73

Gráfica 13 Giro Cama servicio Quirúrgicos comparativo 2022, 2023, 2024 y 2025.....	74
Gráfica 14 Promedio Día Estancia servicio Quirúrgicos comparativo 2022, 2023, 2024 y 2025. ...	75
Gráfica 15 Comparativo por mes 2021 a 2025 oportunidad Triage II.....	80
Gráfica 16 Oportunidad de Triage III Subred Sur	81
Gráfica 17 Total consulta urgencias Subred Sur	82
Gráfica 18 Comparativo 2024 a 2025	83
Gráfica 19 Comparativo de producción exámenes de laboratorio clínico 2025	84
Gráfica 20. Comparativo de intensidad de uso de laboratorio clínico 2024 - 2025	85
Gráfica 21 Comparativo Oportunidad en entrega de Resultados 2024 vs 2025	85
Gráfica 22 Producción total del servicio de radiología Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E 2024 – 2025.....	87
Gráfica 23 Tasa de accidentalidad 2024 vs 2025 mensual.	108
Gráfica 24 Comparativo Frecuencia de accidentalidad 2024 vs 2025.....	109
Gráfica 25 Porcentaje de Activos- vacantes	111
Gráfica 26, Mantenimiento preventivo de equipo biomédico, vigencia 2025.....	114
Gráfica 27, Mantenimiento correctivo de equipo biomédico, vigencia 2025.....	115
Gráfica 28, Mantenimiento correctivo de equipo biomédico, vigencia 2025.....	116
Gráfica 29, Mantenimiento correctivo de equipo biomédico, vigencia 2025.....	117
Gráfica 30, Costos mantenimiento de equipo biomédico 2024-2025	117
Gráfica 31 – Variación facturación vs radicación 2025	121
Gráfica 32 Comparativo calificación de autoevaluación 2023 a 2024	132
Gráfica 33 Plan de mejoramiento PAMEC – Acreditación 2025.....	135
Gráfica 34 Cumplimiento de ejecución del PAMEC vigencia 2025	136
Gráfica 35 Trazabilidad de cumplimiento de ejecución del PAMEC vigencia 2023 al 2025	137
Gráfica 36 Modalidades de Contratación Vigencia 2025.....	149
Gráfica 37 Tipologías Contractuales	151
Gráfica 38 Cumplimiento de meta terapéutica en el programa de diabetes mellitus. (DM), año 2024 y 2025, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur.	185
Gráfica 39 Cumplimiento de meta terapéutica en el programa de hipertensión arterial (HTA). año 2024 y 2025, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur.	187
Gráfica 40 Personas Inscritas a la Ruta de Salud Mental 2020 - 2024	193
Gráfica 41 Usuarios adscritos a la RIAS Enfermedades Respiratorias Crónicas con diagnostico presuntivo o confirmado para EPOC.....	195
Gráfica 42 Clasificación de GOLD Clínica de los pacientes con EPOC	197
Gráfica 43 Recuperación nutricional de los niños y niñas con desnutrición aguda septiembre 2025	209
Gráfica 44. Adherencia a la Ruta de Alteraciones Nutricionales en Pacientes con Desnutrición Aguda 2023-2025.....	210
Gráfica 45 Inscripción a la Ruta de Alteraciones Nutricionales: Comparación Año 2023 con 2025	210
Gráfica 46 Tasa específica de fecundidad 10 a 14 años Subred Sur 2016 – 2025p.....	211
Gráfica 47. Tasa específica de fecundidad 15 a 19 años Subred Sur 2016 – 2025p	213
Gráfica 48 Incidencia de sífilis congénita Subred Sur	214
Gráfica 49 Tasa de mortalidad perinatal Subred Sur 2016 – 2025p.....	216
Gráfica 50 Tasa de mortalidad en menores de 5 años Subred Sur 2016 – 2025	218

INTRODUCCION

Las administraciones públicas territoriales tienen el deber de rendir cuentas a la ciudadanía, en la medida en que este ejercicio fortalece la democracia, consolida el sentido de lo público como una responsabilidad compartida y promueve la transparencia, eficiencia, equidad y participación en la gestión de los recursos. La rendición de cuentas incrementa la legitimidad institucional al fortalecer la relación entre la administración y la ciudadanía, mejorar la capacidad de gestión del desarrollo y consolidar prácticas de buen gobierno territorial mediante la presentación periódica y clara de resultados estratégicos.

La vigencia 2025 se desarrolló en el marco de la implementación del Plan de Desarrollo Distrital 2024–2027 “Bogotá Camina Segura” y del Direccionamiento Estratégico 2024–2027 de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., instrumentos que orientan la gestión institucional hacia el fortalecimiento del modelo de atención, la ampliación del acceso a los servicios de salud y la optimización de la capacidad resolutive en las localidades de Ciudad Bolívar, Usme, Tunjuelito y Sumapaz. En este contexto, la Subred Sur consolidó acciones orientadas al mejoramiento de la producción de servicios asistenciales, la gestión del riesgo en salud, la eficiencia administrativa y la sostenibilidad financiera, en respuesta a las necesidades de la población de su área de influencia.

El presente Informe de Rendición de Cuentas tiene como propósito presentar a los grupos de valor y a la ciudadanía en general los resultados de la gestión institucional correspondiente a la vigencia 2025. El documento se estructura por temáticas que permiten evidenciar de manera integral el desempeño de la entidad. En la primera temática, Presupuesto, se exponen los principales resultados de la ejecución presupuestal y los estados financieros, incluyendo el análisis comparativo frente a la vigencia anterior. La segunda temática, Cumplimiento de Metas, presenta el avance de los planes de acción, los objetivos estratégicos, metas e indicadores, así como el estado de los proyectos de inversión ejecutados durante el año. La tercera temática, Gestión Institucional, aborda los resultados asociados al Modelo Integrado de Planeación y Gestión, la eficiencia administrativa, la gestión misional, del talento humano y financiera, junto con el seguimiento a metas e indicadores y los conceptos emitidos por los entes de control. La cuarta temática, Contratación, incluye la relación y estado de los procesos contractuales adelantados en la vigencia. Finalmente, la temática Impactos de la Gestión expone los principales resultados e impactos generados en la población y el territorio como consecuencia de las acciones desarrolladas por la entidad.

1. PRESUPUESTO

El presente capítulo detalla la gestión financiera de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. durante la vigencia 2025, la cual se fundamenta en el objetivo estratégico de alcanzar la sostenibilidad financiera institucional. Esta gestión se orienta a través de la administración adecuada, eficaz y transparente de los recursos, enfocándose en el aumento de la venta de servicios, el mejoramiento del recaudo y la austeridad del gasto para aproximarse a un punto de equilibrio financiero.

1.1. PRESUPUESTO

INGRESOS

El recaudo acumulado a corte 31 de diciembre de 2025, fue de \$702.407 millones, para la vigencia 2024 a este mismo corte, el recaudo acumulado fue de \$740.719 millones, detallado a continuación:

Tabla 1 – Comparativo presupuesto de ingresos corte diciembre de 2025

RUBRO	DICIEMBRE 2024			DICIEMBRE 2025		
	PRESUPUESTO DEFINITIVO	RECAUDADO	%	PRESUPUESTO DEFINITIVO	RECAUDADO	%
Disponibilidad Inicial	256.635	256.635	100%	161.033	161.033	100%
Venta Servicios de Salud	475.803	370.168	78%	445.155	322.463	72%
Otras Rentas Contractuales	35.307	25.000	71%	59.061	58.893	100%
Ingresos de capital	581	5.437	936%	5.331	3.389	64%
Otros ingresos	0	0	0%	50.032	50.985	102%
Cuentas por cobrar otras vigencias	99.624	83.479	84%	105.699	105.644	100%
TOTAL	867.950	740.719	85%	826.311	702.407	85%

Fuente: Ejecución presupuestal - Valores en millones de pesos

Se presenta una disminución de \$38.312 millones al comparar la vigencia 2025 con la vigencia 2024, explicada principalmente por la variación negativa en el recaudo de la vigencia reflejada en la disponibilidad inicial. En 2024, la disponibilidad inicial fue de \$256.635 millones, en su mayoría correspondiente a convenios de inversión en ejecución. En contraste, para 2025 la disponibilidad inicial fue de \$161.033 millones, lo que representa una reducción significativa respecto al año anterior.

En la sumatoria de los demás conceptos se evidencia un aumento en el recaudo por \$57.290 millones, impulsado principalmente por el recaudo de diversos convenios y por la efectividad en la gestión y recuperación de cuentas por cobrar de otras vigencias. Del presupuesto vigente con corte 31 de diciembre es por valor de \$826.311 millones, incluyendo el valor de \$ 18.861 millones para la disponibilidad Final.

CUENTAS POR PAGAR PRESUPUESTALES

De las cuentas por pagar constituidas a 31 de diciembre de 2025, por valor de \$228.246 a 31 de diciembre de 2024 se registraron compromisos acumulados por valor de \$223.493, con giro un presupuestal por valor de \$144.690 y reintegros resultados de la depuración presupuestal por valor de \$4.753 para un saldo de CXP de \$78.803.

Tabla 2 – Cuenta por pagar presupuestal

Rubro	CxP Constituída	Apropiada	Compromiso Presupuestal	Giro Presupuestal	Reintegro	Saldo CXP
FUNCIONAMIENTO	33.473	33.473	32.793	31.706	681	1.087
INVERSION	115.237	115.237	114.054	39.802	1.182	74.252
OPERACIÓN	79.536	79.536	76.646	73.182	2.890	3.465
TOTAL	228.246	228.246	223.493	144.690	4.753	78.803

Fuente: Ejecución presupuestal - Valores en millones de pesos

Gestión de Gastos

Los compromisos acumulados con corte a 31 de diciembre de 2025 ascienden a \$766.259 millones equivalentes al 93% del presupuesto vigente, conforme al siguiente detalle:

Tabla 3 – Gestión de gastos 2025

GASTOS	PRESUPUESTO DEFINITIVO	COMPROMETIDO	%	GIRADO
Gastos de Personal	103.506	103.166	100%	103.118
Talento Humano por OPS	236.746	234.860	99%	218.183
Gastos Generales	71.853	71.443	99%	39.697
Sentencias	1.981	1.949	98%	1.936
Gastos de Comercialización	123.002	121.631	99%	44.251
Inversión	45.522	9.718	21%	1.377
Cuentas por pagar otras vigencias	224.840	223.493	99%	144.690

Disponibilidad Final	18.861	0	0%	0
TOTAL	826.311	766.260	93%	553.251

Fuente: Presupuesto Subred Sur E.S.E -Valores en millones de pesos.

En relación con los compromisos asumidos, la entidad ha implementado acciones de control orientadas al seguimiento mensual del gasto, particularmente sobre el consumo efectivo en la adquisición de suministros y en la contratación de personas naturales y jurídicas. Estas acciones tienen como propósito asegurar que los gastos se ajusten a las necesidades reales de la entidad. En este marco, desde el proceso financiero se ejerce un seguimiento permanente y riguroso sobre los gastos de funcionamiento, operación e inversión, en cumplimiento de las disposiciones legales vigentes.

Tabla 4 – Comparativo de compromisos vigencias 2023 - 2025

GASTOS	DICIEMBRE 2024			DICIEMBRE 2025		
	PRESUPUESTO DEFINITIVO	COMPROMISO	%	PRESUPUESTO DEFINITIVO	COMPROMISO	%
Nómina	13.281	12.850	97%	12.763	12.733	100%
OPS	36.119	33.277	92%	33.724	33.611	100%
Gastos Generales	76.908	66.283	86%	71.853	71.443	99%
Sentencias	5.000	1.917	38%	1.981	1.949	98%
Cuenta por Pagar	21.185	21.070	99%	32.824	32.793	100%
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	152.492	135.396	89%	153.144	152.529	100%
Nómina	84.586	81.814	97%	90.743	90.432	100%
OPS	197.856	194.984	99%	203.023	201.249	99%
Compra de Bienes	74.550	72.924	98%	72.589	71.728	99%
Adquisición de Servicios	45.559	44.610	98%	50.413	49.903	99%
Cuenta por Pagar	58.400	57.854	99%	76.779	76.646	100%
GASTOS DE OPERACIÓN	460.950	452.187	98%	493.547	489.959	99%
Directa	56.306	11.725	21%	45.522	9.718	21%
Cuenta por Pagar	197.716	196.107	99%	115.237	114.054	99%
GASTOS DE INVERSIÓN	254.021	207.832	82%	160.759	123.772	77%
DISPONIBILIDAD FINAL	486	0	0%	18.861	0	0%
TOTAL	867.950	795.415	92%	826.311	766.260	93%

Fuente: Presupuesto Subred Sur E.S.E -Valores en millones de pesos.

El análisis de la ejecución presupuestal del gasto entre las vigencias 2024 y 2025 muestra un desempeño favorable y sostenido, evidenciando avances en la capacidad de compromiso y en la eficiencia de la gestión financiera de la entidad. En términos generales, se observa una mejora en los niveles de ejecución, producto

de una planeación más ajustada y de un seguimiento permanente al comportamiento del gasto.

En lo que respecta a los gastos de funcionamiento y operación, durante 2025 se alcanzaron niveles de ejecución cercanos al 100 %, superando los resultados obtenidos en 2024. Este comportamiento obedece principalmente a una gestión más eficiente de rubros como nómina, OPS, gastos generales, compra de bienes y adquisición de servicios, así como a una atención más oportuna de las obligaciones por sentencias y cuentas por pagar. Lo anterior contribuyó a fortalecer la estabilidad financiera y a garantizar el cumplimiento oportuno de los compromisos adquiridos.

Por su parte, los gastos de inversión presentaron una ejecución inferior en 2025 en comparación con la vigencia anterior, situación asociada principalmente a la baja ejecución del componente de inversión directa y a la priorización del cierre de cuentas por pagar de vigencias previas. No obstante, el resultado global del gasto refleja una gestión responsable y orientada al control presupuestal, con una adecuada priorización de los recursos y un fortalecimiento de los procesos de planeación, seguimiento y cierre financiero, en concordancia con las necesidades operativas y misionales de la entidad.

1.2. ESTADO DE LA SITUACION FINANCIERA

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. prepara y presenta sus estados financieros básicos — Estado de Situación Financiera individual, Estado de Resultados Integral, Estado de Cambios en el Patrimonio, Estado de Flujo de Efectivo, así como las Notas y Revelaciones — con base en el Marco Normativo para Empresas que No Cotizan en el Mercado de Valores y que No Captan ni Administran Ahorro del Público. Este marco forma parte integral del Régimen de Contabilidad Pública expedido por la Contaduría General de la Nación, organismo encargado de la regulación contable de las entidades públicas en Colombia.

La normatividad aplicable se encuentra contenida en la Resolución 414 del 8 de abril de 2014 de la Contaduría General de la Nación, la cual establece las disposiciones para el reconocimiento, medición, revelación y presentación de los hechos económicos, así como las modificaciones al Marco Conceptual de la Contabilidad Pública y al Catálogo General de Cuentas.

A continuación, se presenta la información tomada de los libros contables de la entidad con corte a las fechas que se detallan:

1.2.1. Estado de situación financiera individual

El estado de situación financiera comparando las vigencias Diciembre 2025 vs Diciembre 2024 presentó el siguiente comportamiento:

Tabla 5 Comparativo estado de situación financiera 2024 vs 2025

CONCEPTO	CUENTAS	Diciembre 2025		Diciembre 2024	
		\$	%	\$	%
ACTIVO	Efectivo y equivalentes al efectivo	54.468	6%	111.851	12%
	Cuentas por cobrar	198.177	21%	159.349	18%
	Inventarios	6.460	1%	7.442	1%
	Propiedades, planta y equipo	572.392	60%	540.846	60%
	Otros activos	118.739	12%	85.531	9%
	TOTAL ACTIVO	950.236	100%	905.019	100%
PASIVO	Cuentas por pagar + provisiones	181.590	51%	164.279	45%
	Beneficios a empleados	23.457	7%	22.629	6%
	Otros pasivos	153.709	43%	181.355	49%
	TOTAL PASIVO	358.756	100%	368.263	100%
PATRIMONIO	Capital fiscal	246.189	42%	246.189	46%
	Resultado ejercicios anteriores	290.567	49%	210.039	39%
	Excedente o déficit del ejercicio	54.723	9%	80.528	15%
	TOTAL PATRIMONIO	591.480	100%	536.756	100%
	TOTAL PASIVO + PATRIMONIO	950.236		905.019	

Fuente: Estados financieros- Valores en millones de pesos

ACTIVO

Efectivo y equivalentes al efectivo al cierre del 31 de diciembre de 2025, cuenta con 48 cuentas de ahorros activas, aperturadas en el Banco Davivienda. El saldo de las cuentas bancarias de ahorros presenta una disminución del 51% frente al cierre de la vigencia 2024, dado que los recursos del Convenio 2806257 de 2021 Urgencias Tunal fueron trasladados a la Secretaria de Hacienda Distrital para manejo en Cuenta Única Distrital.

En el activo, el rubro más representativo continúa siendo Propiedad, planta y equipo, el cual participa con el 60% del total. Frente al cierre de diciembre de 2024, se evidencia un incremento neto aproximado de \$31.546 millones, originado principalmente en el rubro de construcciones en curso, debido al registro de los cortes de obra de los proyectos Nuevo Hospital de Usme y Urgencias Tunal, por un valor acumulado de \$41.467 millones, correspondientes a pagos efectuados durante la vigencia y debidamente facturados.

En cuanto al equipo médico y científico, durante enero de 2025 ingresaron dos autoclaves adquiridos al proveedor Servimedical Group S.A.S. en el marco del contrato No. 4849 de 2024, por un valor aproximado de \$1.047 millones. Adicionalmente, entre septiembre y noviembre se registró el ingreso de los tubos del tomógrafo axial computarizado de los hospitales Tunal y Meissen, adquiridos al proveedor Top Medical System S.A. mediante los contratos de mantenimiento correctivo y preventivo 6080-2025 y 6179-2025, por un valor cercano a \$1.048 millones, contabilizados en el rubro de repuestos. En diciembre de 2025 se registró el ingreso de cuatro electrocardiógrafos marca Schiller, destinados como dotación para el Hospital Meissen, con un valor aproximado de \$92 millones, adquiridos bajo el contrato 6527 de 2005.

En relación con el equipo de transporte y elevación, durante el mes de febrero de 2025 se registró la salida de un vehículo administrativo siniestrado, con un valor aproximado de \$50 millones, el cual fue debidamente indemnizado por la aseguradora.

Así mismo, se efectuó la baja de cuatro vehículos de respuesta rápida - ambulancias, por un valor aproximado de \$204.123.789, salidas aprobadas por el Comité de Inventarios mediante el Acta 56 del 7 de julio de 2025 y el Acta 54 del 31 de marzo de 2025. En estas mismas actas también se autorizó la baja de otros bienes insertables, entre ellos equipo médico y científico, por un valor cercano a \$205 millones.

Adicionalmente, durante julio de 2025 se registró la salida del predio entregado por el DADEP en calidad de comodato, donde operaba la Unidad de Servicios de Salud Isla del Sol. Esta salida fue aprobada mediante el Acta del Comité de Inventarios No. 57 del 7 de julio de 2025.

Las cuentas por cobrar representan el 21% del total del activo. Dentro de estas, las cuentas correspondientes a prestación de servicios de salud concentran el 49% del total de las cuentas por cobrar brutas. Se evidencia un incremento asociado a los valores derivados de convenios, FFDS por procesos de auditoría (Gratuidad, Vinculados, PIC y Extranjeros), Capital Salud, así como de contratos de capitación. A este comportamiento también contribuyen los saldos pendientes de entidades intervenidas.

Para el mes de septiembre, se llevó a cabo un proceso de conciliación liderado por la Supersalud, en el cual se establecieron acuerdos de pago que fueron diferidos en cuotas, con el fin de asegurar su recuperación en su totalidad durante la vigencia 2026.

En el rubro de otros activos representa el 12% del total del activo donde lo más representativo se dio en la disminución de la cuenta 19080112 que corresponde a los giros realizados a los contratistas con cargo al convenio No. 676500 construcción Nuevo Hospital de Usme y el incremento presentado en la cuenta 19080113 corresponde a los recursos entregados en administración a la Tesorería Distrital del convenio 2806257-2021 infraestructura urgencias Tunal constituido en un convenio tesoral.

PASIVO

Dentro de las cuentas por pagar, los saldos más significativos corresponden a las obligaciones asociadas a bienes y servicios, que al 31 de diciembre de 2025 ascienden a \$90.273 millones. De este total, \$6.137 millones corresponden a inversión y \$84.136 millones a operación y funcionamiento, discriminados de la siguiente manera: bienes por \$41.231 millones, servicios por \$33.868 millones, arrendamientos por \$4.820 millones y otros conceptos por \$4.218 millones.

Las cuentas por pagar están constituidas por 164 proveedores de bienes y servicios. De estos, 24 proveedores concentran el 75,52% del valor total, equivalente a \$68.173 millones, mientras que los 140 proveedores restantes representan el 24,48%, con un saldo conjunto de \$22.099 millones. Estos últimos se encuentran en un rango de obligaciones entre \$1 millón y \$999 millones, lo que muestra una dispersión significativa de saldos menores.

Por su parte, las cuentas por pagar con antigüedad superior a 360 días al cierre del 31 de diciembre de 2025 ascienden a \$2.745 millones, las cuales corresponden en su totalidad a reservas de obra, pendientes de ser canceladas conforme al proceso de liquidación contractual y a los valores certificados por los supervisores respectivos.

El rubro de créditos judiciales incremento en un 32% resultado del reconocimiento de la pre-liquidación de sentencias judiciales en cumplimiento al plan de mejora de la Contraloría y normatividad emitida por la Contaduría General de la Nación y en provisiones el reconocimiento de las sentencias registradas desde el área jurídica en la plataforma SIPROJ WEB, así mismo la disminución de la cuenta de provisión de litigios y demandas.

Los recursos a favor de terceros presentan un saldo al 31 de diciembre de 2025 por un valor de \$3.076 millones. Estos recursos corresponden a los rendimientos financieros generados por los convenios interadministrativos suscritos con el Fondo Financiero Distrital de Salud, la Secretaría Distrital de Educación, entre otros. Dichos

rendimientos deberán ser reintegrados durante la ejecución o en la liquidación de cada convenio, conforme a lo establecido en sus respectivas cláusulas contractuales. El saldo presentó una disminución respecto al periodo anterior, producto de la liquidación de varios convenios.

PATRIMONIO

El resultado del ejercicio con corte a 31 de Diciembre de 2025 fue de \$54.723 millones, resultado principalmente de la ejecución de convenios de fortalecimiento e infraestructura, de los cuales los más representativos fueron: la terminación de algunos convenios de obra e interventoría, como el convenio 1213-2017, se presenta disminución en el convenio 1210-217 por un valor de \$2.257 millones, convenio 676500-2018 por un valor de \$52.534, convenio 1223-2017 por un valor de \$1.737, convenio 1153-2017 por un valor de \$3.030 millones, convenio 002-2023 por un valor de \$ 12.117 millones, convenio 4467390-2023 por un valor de \$2.331 millones donaciones por parte de FFDS (biológicos, pagos en especie convenios docente asistencial) por valor de \$ 95.877 millones, que en comparación con la vigencia 2024 la Subred tenía más obras en ejecución por lo que registró mayores ingresos por este concepto.

1.2.2. Estado de Resultados Integral

El estado de resultados integral comparando las vigencias 2025 vs 2024 presentó el siguiente comportamiento:

Tabla 6 – Comparativo estado de resultados 2024 vs 2025

CONCEPTO	Dic-2025	Dic-2024	VARIACION	
Venta de servicios	520.048	482.072	37.976	8%
Transferencias y subvenciones	10.185	19.426	-9.241	-48%
TOTAL INGRESOS DE ACTIVIDADES ORDINARIAS	530.233	501.498	28.735	6%
COSTO DE VENTAS	471.703	449.421	22.281	5%
PERDIDA / UTILIDAD BRUTA	58.531	52.077	6.454	12%
Gastos de administración y operación	61.123	63.450	-2.327	-4%
Deterioro, depreciaciones, amortizaciones y provisiones	30.057	47.996	-17.939	-37%
TOTAL GASTOS	91.180	111.446	-20.266	-18%
EXCEDENTE (DEFICIT) OPERACIONAL	-32.649	-59.369	26.720	45%
Transferencias y subvenciones (ingreso)	95.877	140.982	-45.105	-32%
Otros ingresos	2.891	12.632	-9.740	-77%
Transferencias y subvenciones (gasto)	1.839	2.168	-329	-15%
Otros gastos	9.557	11.548	-1.991	-17%
Total Otros Ingresos Y Gastos	87.373	139.897	-52.525	-38%

RESULTADO INTEGRAL DEL PERÍODO	54.723	80.528	-25.805	-32%
---------------------------------------	---------------	---------------	----------------	-------------

Fuente: Estados financieros- Valores en millones de pesos

INGRESOS

Durante la vigencia 2025, los ingresos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. se originaron principalmente en la prestación de servicios asistenciales, los cuales presentaron un incremento del 7% respecto al año 2024. Este comportamiento se explica por el crecimiento sostenido en la demanda de servicios de salud por parte de la población atendida.

Asimismo, durante 2025 se evidenció un ajuste al alza en las tarifas, junto con un incremento en el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) contratada con las entidades Sanitas y Coosalud. A su vez, la formalización de nuevos convenios asociados al PIC, EBE y APH contribuyó de manera significativa al crecimiento de los ingresos por prestación de servicios, impactando positivamente la facturación de la entidad.

En contraste, los ingresos por transferencias y subvenciones registraron una disminución de \$54.345 millones (33,88%) frente al periodo anterior. Esta variación negativa obedece, principalmente, a la terminación de varios convenios de obra e interventoría, así como a la reducción en las donaciones del Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS), especialmente en rubros asociados a vacunas humanas y caninas.

Dentro de los otros ingresos, el rubro correspondiente a reversión de provisiones de litigios y demandas presentó un incremento del 114%, producto de los ajustes realizados por el área jurídica en la plataforma Siproj Web y de las pre-liquidaciones de sentencias judiciales. Por su parte, la reversión de pérdidas por deterioro de valor disminuyó en 17,51%, como consecuencia del ajuste en el cálculo de las cuentas por cobrar por prestación de servicios, específicamente en lo relacionado con las pérdidas crediticias esperadas.

GASTOS

Durante la vigencia 2025, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. registró \$61.123 millones en gastos de administración, cifra que representa el 54% del total del gasto. Estos valores se encuentran asociados principalmente a sueldos, prestaciones sociales, gastos de personal, gastos generales, entre otros componentes operativos.

La cuenta de deterioro de cuentas por cobrar, depreciaciones, amortizaciones y provisiones presentó una disminución del 20% respecto a la vigencia 2024. Esta variación se explica, en gran medida, por la reducción del 37% en la provisión de litigios y demandas, como resultado de las pre-liquidaciones de sentencias judiciales realizadas durante el periodo.

Por otra parte, los otros gastos mostraron una disminución del 17%, cifra dentro de la cual se incluyen operaciones como la salida de equipos por siniestro, entre ellos la pérdida de un equipo del órgano de los sentidos en la Candelaria, cuya reposición ascendió a \$4.003.711 (SA-4780, Resolución 134 de 2024 SHD). También se incorporan las aceptaciones de glosas de vigencias anteriores, las multas aplicadas durante el periodo, las pérdidas generadas por la baja de activos y otros ajustes contables registrados en el cierre financiero.

Finalmente, la aceptación de glosas de vigencias anteriores presentó un incremento del 24,41% respecto a la vigencia 2024. Este comportamiento estuvo directamente relacionado con los procesos conciliatorios y los trámites de objeción adelantados con las entidades Mundial, Coosalud y Capital.

COSTOS

El análisis comparativo de los costos de venta de los servicios de salud evidencia un incremento global del 5% durante la vigencia 2025 frente al mismo periodo del año anterior. En el concepto de costo de ventas y operación, el acumulado de 2025 asciende a \$471.703 millones, mientras que el acumulado de 2024 se situó en \$449.421 millones.

Este comportamiento debe interpretarse dentro del marco de la estructura de costos definida en la Resolución DDC 000001 de 2023, la cual contempla 29 recursos agrupados en tres grandes elementos: costos de personal, insumos hospitalarios y costos generales, permitiendo una clasificación técnica y una adecuada trazabilidad por centro de costo y unidad de negocio.

Tabla 7 – Comparativo costos 2024 vs 2025

ELEMENTO DEL COSTO	ACUMULADO 2025	ACULADO 2024
Costo de personal	301.420	292.949
Insumos hospitalarios	76.691	72.111
Gastos generales	93.592	84.361
TOTAL	471.703	449.421

Fuente: Informe de costos

El costo de personal continúa siendo el componente de mayor representatividad dentro de la estructura total de costos, alcanzando una participación del 64% durante la vigencia 2025, equivalente a \$301.420 millones. Esto representa un incremento del 3% respecto a la vigencia 2024.

Este comportamiento está asociado a la totalidad del talento humano vinculado bajo las modalidades de planta, contratación directa y contratación con terceros. El aumento se explica principalmente por la reestructuración de la tabla de honorarios del personal contratado por OPS, los ajustes salariales, el incremento en las contribuciones imputadas y efectivas, los aportes sobre nómina, así como por el fortalecimiento de especialidades médicas tales como cardiología, oftalmología, urología y gastroenterología. Desde una perspectiva técnica, el crecimiento de este componente resulta coherente con las acciones encaminadas al fortalecimiento de la capacidad resolutive institucional y con las necesidades operativas derivadas del objeto contractual de la Subred.

En relación con los insumos hospitalarios, se registra un incremento del 6% frente a la vigencia anterior. Este comportamiento está asociado principalmente al consumo de medicamentos, que constituye el componente de mayor peso porcentual dentro de este elemento del costo.

Para la vigencia 2025 se incorporó en la estructura de costos el reconocimiento contable del valor correspondiente a las donaciones de biológicos, concepto que no se registraba en 2024. Esta incorporación generó un impacto directo en el comparativo anual, dado que incrementa el valor total elemento al reflejar recursos que no habían sido contabilizados en vigencias previas.

Adicionalmente, durante los últimos meses de 2025 se evidenció un incremento del 54% en el volumen de pacientes atendidos, lo que produjo una mayor demanda de medicamentos, especialmente en los servicios de urgencias y hospitalización. Este aumento en el consumo está relacionado tanto con factores epidemiológicos y la mayor producción de servicios.

Por su parte, los costos generales presentan una variación del 10% frente al año anterior, siendo el recurso de elementos de consumo de oficina el que mayor incidencia tiene en dicha variación. Este comportamiento está directamente relacionado con la ejecución de convenios y proyectos en el marco de las localidades durante la vigencia 2025, que implicaron la adquisición y despacho de ayudas técnicas, equipos audiovisuales, material impreso y demás elementos requeridos para el cumplimiento de actividades contractuales. En este sentido, el incremento no corresponde

a un crecimiento estructural del gasto administrativo, sino a erogaciones asociadas a la ejecución específica de proyectos.

Desde el análisis financiero y operativo integral, se evidencia que durante la vigencia 2025 se fortalecieron los procesos de consolidación y análisis de la información de costos, permitiendo una mayor trazabilidad en la identificación del consumo de recursos por unidad de negocio y centro de costo. No obstante, algunas unidades aún no presentan un comportamiento financiero favorable, lo cual requiere intervenciones estratégicas orientadas al equilibrio entre costos operativos e ingresos generados.

En términos generales, la Subred Sur E.S.E. mantiene una senda de sostenibilidad financiera moderada; sin embargo, resulta indispensable continuar con el seguimiento técnico a los componentes de mayor peso, especialmente talento humano y medicamentos, así como fortalecer los mecanismos de control y análisis costo–ingreso, con el fin de garantizar eficiencia operativa y sostenibilidad financiera a mediano y largo plazo.

GESTIONES EN CURSO

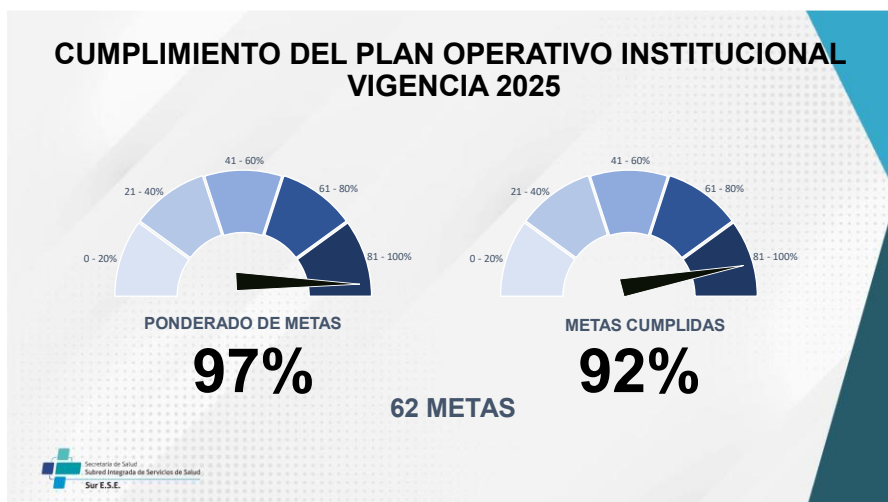
- Se encuentra pendiente la aprobación del documento de actualización del Manual de Políticas Contables, el cual está sujeto a las mesas de trabajo con el DAEPS, con el fin de estandarizar un manual único para las cuatro subredes.

2. CUMPLIMIENTO DE METAS

2.1. PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL

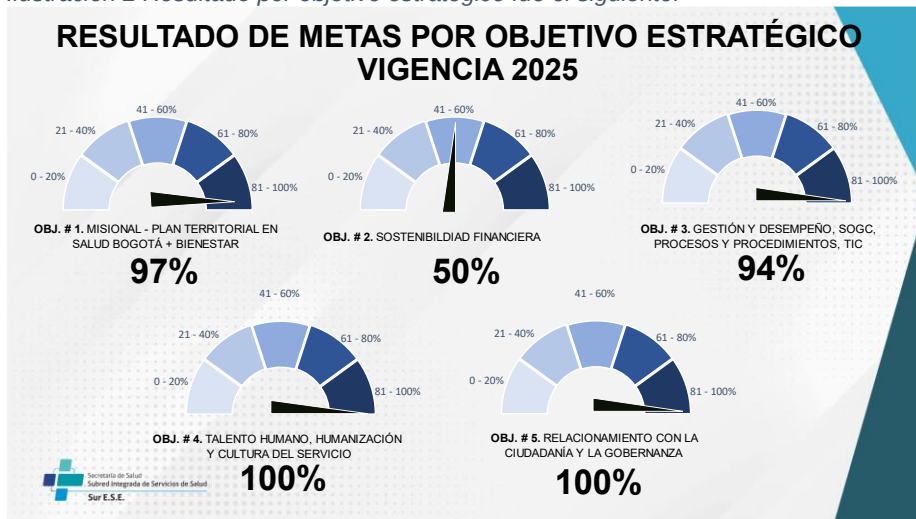
La institución proyecta para la junta directiva un 97% de cumplimiento ponderado y un 92% de metas cumplidas.

Ilustración 1 Cumplimiento Plan Operativo Institucional



Fuente: Elaboración propia – Evaluación POA 2025 – Oficina de Desarrollo Institucional

Ilustración 2 Resultado por objetivo estratégico fue el siguiente:



Fuente: Elaboración propia – Evaluación POA 2025 – Oficina de Desarrollo Institucional

LOGROS POR RESALTAR DURANTE LA GESTIÓN LOGRO INSTITUCIONAL.

- Durante la vigencia 2025, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. alcanzó un desempeño sobresaliente y sostenido en la oportunidad para la realización de cirugía de catarata, con un tiempo promedio anual de 13,76 días, muy inferior a la meta institucional establecida de ≤ 60 días.

- El comportamiento trimestral evidencia una mejora progresiva y consistente, especialmente durante el segundo semestre, con reducciones significativas en los tiempos de espera (III y IV trimestre < 7 días). Este resultado refleja la consolidación de procesos operativos, la optimización de la agenda quirúrgica y una priorización institucional efectiva de procedimientos oftalmológicos de alta demanda y alto impacto en calidad de vida.
- Fortalecimiento del desempeño institucional en oportunidad y eficiencia: El indicador se alinea con otros logros relevantes del plan, como la oportunidad en apendicectomías, reemplazo de cadera, atención de IAM y Triage II, consolidando a la Subred Sur como una institución con alta capacidad resolutive y control efectivo de listas de espera.
- Impacto en satisfacción del usuario y confianza ciudadana: La reducción sustancial de tiempos de espera contribuye directamente a altos niveles de satisfacción, disminución de PQRS asociadas a acceso y oportunidad, y fortalecimiento de la percepción positiva de la red pública de servicios de salud.
- Eficiencia operativa y uso óptimo de recursos: El logro evidencia una gestión eficiente de la capacidad instalada, del talento humano especializado y de la programación quirúrgica, aportando a la sostenibilidad operativa y al equilibrio entre demanda y oferta de servicios.
- En relación con la meta *“Población víctima del conflicto armado con procesos de atención psicosocial finalizados”*: Se evidencia cumplimiento significativo en la finalización de procesos psicosociales. No solo se brindó atención, sino que se garantizó el cierre efectivo por cumplimiento de objetivos terapéuticos, lo que implica continuidad, seguimiento y enfoque integral. Se fortalece el enfoque diferencial y de derechos.
- Se consolidó la oportunidad como un atributo de calidad institucional, generando Reducción de tiempos promedio de espera; cumplimiento de estándares normativos (Resolución 256 de 2016); mejora en oportunidad en especialidades sensibles (materno-infantil) y fortalecimiento de la gestión de agenda y priorización por riesgo.

Ilustración 3 Oportunidad en citas apoyo diagnóstico y urgencias

OPORTUNIDAD EN CITAS, APOYO DIAGNÓSTICO Y URGENCIAS (Metas 8, 9, 11 y 12 – Resolución 256 de 2016)

Garantizando el Acceso Oportuno y la Calidad

RESULTADOS DE OPORTUNIDAD Y CUMPLIMIENTO DE METAS (Semáforo)

Servicio	Resultado	Meta	Estado
Pediatría	4,5 días	≤5	✓
Obstetricia	3,5 días	≤8	✓
Ginecología	3,9 días	≤8	✓
Cirugía General	4,8 días	≤20	✓
Ecografía	8,6 días	≤30	✓
Urgencias Triage II	14,7 min	≤30	✓

REDUCCIÓN DE
TIEMPOS DE ESPERA
&
CUMPLIMIENTO
NORMATIVO

ANÁLISIS DE LOGRO (Se evidencia:)

- ✓ Reducción tiempos promedio de espera
- ✓ Cumplimiento estándares (Res. 256/16)
- ✓ Mejora en especialidades sensibles (Materno-Infantil)
- ✓ Fortalecimiento gestión de agenda y priorización por riesgo
- ✓ Atención oportuna y flujos mejorados en Urgencias (Triage II)

IMPACTO ESTRATÉGICO

- ↑ Disminución riesgo clínico por demora
- ↑ Reducción PQRS por acceso y oportunidad
- ↑ Mejora percepción de calidad del servicio
- ↑ Impacto directo en satisfacción del usuario

CONCLUSIÓN: Se consolidó la **OPORTUNIDAD** como un **ATRIBUTO DE CALIDAD** institucional.

Fuente: Elaboración propia – Evaluación POA 2025 – Oficina de Desarrollo Institucional

En relación con la meta de que mide Tasas de caídas, eventos adversos y úlcera por presión, se identifica que se consolidó una cultura de seguridad del paciente con enfoque preventivo, resaltando la prevención de caídas mediante protocolos de identificación de riesgo; gestión segura de medicamentos (doble verificación, farmacovigilancia), prevención de úlceras por presión con escalas de riesgo y seguimiento clínico.

Ilustración 4 Cumplimiento indicadores seguridad del paciente

CUMPLIMIENTO DE INDICADORES – RESULTADOS 2025					
INDICADOR	META	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO	ESTADO
TASA DE CAÍDA EN HOSPITALIZACIÓN	<2,00	110	215.944	0,0005	✓ CUMPLE
TASA DE CAÍDA EN URGENCIAS	≤1	39	116.554	0,0003	✓ CUMPLE
TASA DE CAÍDA EN CONSULTA EXTERNA	≤0,1	3	1.651.855	0,0000	✓ CUMPLE
TASA DE CAÍDA EN APOYO DIAGNÓSTICO	≤0,3	0	328.120	0,0000	✓ CUMPLE
EVENTOS ADVERSOS POR MEDICAMENTOS EN HOSPITALIZACIÓN	≤0,5	42	43.270	0,0010	✓ CUMPLE
EVENTOS ADVERSOS POR MEDICAMENTOS EN URGENCIAS	≤0,05	4	116.544	0,0000	✓ CUMPLE
TASA DE ÚLCERA POR PRESIÓN	≤0,7	129	215.984	0,0006	✓ CUMPLE



Fuente: Elaboración propia – Evaluación POA 2025 – Oficina de Desarrollo Institucional

2.2. PROGRAMAS Y PROYECTOS EN EJECUCION

GEORREFERENCIACION

En la vigencia 2025, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. reafirma su compromiso con la transformación del sistema de salud en el sur de Bogotá, consolidando avances significativos en la ejecución de proyectos estratégicos, el fortalecimiento de la atención integral y la modernización de su infraestructura hospitalaria. Durante este periodo, se han alcanzado logros relevantes en la optimización de servicios, ampliación de cobertura y mejoramiento de la capacidad resolutoria de las unidades asistenciales, al tiempo que se enfrentan retos clave relacionados con la sostenibilidad financiera, la gestión del talento humano y la

respuesta oportuna a la creciente demanda en salud. Las obras de infraestructura en curso y proyectadas reflejan una apuesta decidida por espacios más seguros, humanizados y tecnológicamente dotados, orientados a elevar la calidad en la prestación de los servicios y a garantizar una atención digna y eficiente para la comunidad. Para la vigencia 2025 la población por localidades fue la siguiente:

Tabla 8 Población 2025 proyección DANE

Localidad	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Usme	209.923	16,35%	212.566	16,55%	422.489	32,90%
Tunjuelito	92.882	7,23%	93.245	7,26%	186.127	14,49%
Ciudad Bolívar	336.103	26,17%	335.567	26,13%	671.670	52,30%
Sumapaz	2.018	0,16%	2.003	0,16%	4.021	0,31%
Total	640.926	49,90%	643.381	50,10%	1.284.307	100%

FUENTE: VISOR DE POBLACION SDPN DANE 2018 -2035, PROYECCIONES DANE – ADRES 2025

Tabla 9 Extensión Territorial

EXTENSIÓN TERRITORIAL	
SUELO 4 LOCALIDADES:	114.522,80 ha (70,0% – D.C.)
SUELO URBANO:	6.769,34 ha (5,9 %)
SUELO RURAL:	107.753,46 ha (94,1 %)

Fuente: Contexto Territorial y Demográfico. Subred Sur ESE. Salud Publica.

Tabla 10 Aseguramiento en salud poblacional por localidad

LOCALIDAD	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO (estimado)	% RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	RÉGIMEN SUBSIDIADO	% RÉGIMEN SUBSIDIADO	RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN (estimado)	% RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN	SISBEN NO AFILIADOS	% SISBEN NO AFILIADOS	TOTAL	%
Usme	223.301	17,39%	167.754	13,06%	4.729	0,37%	26.705	2,08%	422.489	32,90%
Tunjuelito	115.853	9,02%	55.422	4,32%	6.122	0,48%	8.730	0,68%	186.127	14,49%
Ciudad Bolívar	377.064	29,36%	278.664	21,70%	7.293	0,57%	8.649	0,67%	671.670	52,30%
Sumapaz	1.275	0,10%	2.076	0,16%	34	0,00%	636	0,05%	4.021	0,31%
Total	717.493	55,87%	503.916	39,24%	18.178	1,42%	44.720	3,48%	1.284.307	100%

FUENTE: SALUDATA Afiliación según régimen de aseguramiento SGSS en Bogotá D.C. 2025 (Ajustada No afiliados a población DANE)

Durante la vigencia 2025, la Subred Sur avanza en la ejecución de proyectos estratégicos de gran impacto, entre ellos la Torre de Urgencias del Hospital El Tunal y la construcción del nuevo Hospital de Usme, iniciativas que fortalecen la capacidad resolutoria, amplían la oferta de servicios especializados y mejoran los tiempos de respuesta en atención de mediana y alta complejidad. Estos proyectos, junto con

las obras de modernización, reposición y adecuación de infraestructura en las demás sedes asistenciales, buscan descongestionar servicios, optimizar flujos de atención y garantizar espacios más humanizados y tecnológicamente dotados. Su impacto se refleja en una mayor cobertura y oportunidad para más de 1,28 millones de habitantes de las localidades asignadas, especialmente en territorios con alta demanda como Ciudad Bolívar y Usme, contribuyendo a cerrar brechas en acceso, fortalecer la atención primaria y responder de manera integral a las necesidades en salud de la población.

OBRAS E INFRAESTRUCTURA:

A continuación, se presenta la descripción de los proyectos inscritos en el PBIS (Plan Bienal de Inversiones en Salud), en los cuales se relacionan las iniciativas de dotación e infraestructura que contribuirán al fortalecimiento del desarrollo socio-sanitario de la población de las cuatro localidades de influencia de la Subred Sur. De igual manera, se incluye el valor asignado a cada proyecto. En este sentido, se presenta la tabla resumen correspondiente a la vigencia 2025.

Tabla 11 Proyectos vigencia 2025 inscritos en PBIS

Proyecto	Tipo de gestión	Descripción del Proyecto	Valor del proyecto
Adquisición de vehículos de transporte asistencial básico y medicalizado para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	Nuevo proyecto	El proyecto se enmarca en el fortalecimiento de la flota de vehículos de transporte asistencial de la Subred Sur, a través de la adquisición de 9 ambulancias (8 TAB - 1 TAM)	El proyecto presentado se constituyó en una inversión estimada de \$2.887.623.194
Adecuación y dotación para la Unidad de Servicios de Salud de San Juan de Sumapaz, Bogotá, D.C.	Nuevo proyecto	El proyecto buscó el fortalecimiento de la Unidad de Servicios de Salud a través de la realización de adecuaciones de infraestructura y dotación biomédica que permitiera brindar una atención integral en mejores condiciones que las actuales	El proyecto presentado se constituyó en una inversión estimada de \$2.226.688.807
Adecuación y dotación biomédica para la Unidad de Servicios de Salud de Nazareth, Bogotá, D.C.	Nuevo proyecto	El proyecto buscó el fortalecimiento de la Unidad de Servicios de Salud a través de la realización de adecuaciones de infraestructura y dotación biomédica que permitiera brindar una atención integral en mejores condiciones que las actuales	El proyecto presentado se constituyó en una inversión estimada de \$2.337.652.637
Actualización de la infraestructura de tecnologías de la información (TI), de la Subred Sur ESE	Nuevo proyecto	Mediante la alternativa de solución presentada en el proyecto, se buscó la reposición y ampliación de la dotación de TICS de la Subred permitiendo el mejoramiento de la infraestructura tecnológica	El proyecto presentado se constituyó en una inversión estimada de \$18.145.145.100

Proyecto	Tipo de gestión	Descripción del Proyecto	Valor del proyecto
Adecuación de la infraestructura de las unidades de servicios de salud de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. Bogotá, D.C.	Nuevo proyecto	En el marco del desarrollo del modelo +Más Bienestar, el cual busca la atención integral de los pacientes en la zona de influencia de la Subred Sur, se realizó la priorización de las sedes de Usme, Mochuelo, Pasquilla, Vista Hermosa, Betania y La Flora para realizar adecuaciones de infraestructura que permitan robustecer la atención con mejores condiciones físicas que las actuales.	El proyecto presentado se constituyó en una inversión estimada de \$ 6.690.716.319
Adquisición de dotación biomédica del componente prestador primario resolutorio del modelo de atención en salud + Más Bienestar para la subred integrada de servicios de salud sur E.S.E. de Bogotá D.C.	Nuevo proyecto	El proyecto desarrolla la adquisición de dotación de capa ambulatoria en la Subred Sur, en la cual se realiza la asignación de 59 equipos distribuidos en 5 Unidades de Servicios de Salud priorizadas en las cuales se encuentran Danubio, Candelaria La Nueva, Vista Hermosa, Manuela Beltrán, Tunal y El Carmen	El proyecto presentado se constituyó en una inversión estimada de \$ 4.489.728.689
Adquisición de equipos biomédicos y mobiliario para la dotación de las unidades de urgencias básicas resolutorias priorizadas y viabilizadas de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., en el marco del nuevo modelo de atención en salud +Mas Bienestar de Bogotá, D.C	Nuevo proyecto	El proyecto desarrolla la adquisición de dotación de capa Urgencias en la Subred Sur, en la cual se realiza la asignación de 55 equipos distribuidos en 5 Unidades de Servicios de Salud priorizadas en las cuales se encuentran Jerusalén, Santa Librada, Vista Hermosa, San Juan de Sumapaz y Nazareth.	El proyecto presentado se constituyó en una inversión estimada de \$ 2.805.524.784
Adecuación, ampliación, construcción, demolición, reforzamiento, reordenamiento y dotación de los servicios de urgencias, hospitalarios, quirúrgicos y de apoyo diagnóstico y terapéutico de la USS el Tunal	Actualización de proyecto	La actualización del proyecto se enmarca en la adquisición de equipamiento biomédico especializado de un resonador magnético de 1.5 teslas y un angiógrafo para la Unidad de Servicios de Salud Tunal	El proyecto presentado se constituyó en una actualización a la inversión con una estimada de \$ 23.086.331.631
Adecuación, ampliación, reforzamiento, reordenamiento, adquisición y reposición de dotación de la torre 1 de la unidad de servicios de salud Meissen	Actualización de proyecto	A través del proyecto se buscó fortalecer la dotación biomédica de la Unidad de Servicios de Salud Meissen con la adquisición de 128 equipos biomédicos	El proyecto presentado se constituyó en una actualización a la inversión con una estimada de \$14.033.066.689

Fuente: Elaboración propia – Oficina Asesora de Desarrollo Institucional - Proyectos Infraestructura

Para la Unidad de Servicios de Salud de Meissen durante la vigencia 2025 se hizo entrega del equipamiento biomédico de 128 equipos, se presenta a continuación el registro fotográfico más representativo:

Tabla 12 Registro fotográfico equipamiento biomédico - Meissen

	Camas Hospitalarias, equipamiento biomédico para la unidad de servicios de salud Meissen. Fuente propia
	Camas hospitalarias con escalerilla, equipamiento biomédico para la unidad de servicios de salud Meissen. Fuente propia
	Ecógrafos, equipamiento biomédico para la unidad de servicios de salud Meissen. Fuente propia

Fuente: Elaboración propia – Oficina Asesora de Desarrollo Institucional - Proyectos Infraestructura

De igual manera las 2 obras de infraestructura que se encuentran en ejecución en la vigencia 2025 son:

- Nuevo Hospital de Usme
- Construcción Torre de Urgencias del Tunal

Construcción Nuevo Hospital De Usme

La construcción del Nuevo Hospital de Usme contractualmente tiene fecha de entrega el 25 de junio de 2026, buscando benificar aproximadamente a 422.489

personas de la localidad de Usme. De igual manera en el seguimiento riguroso a la ejecución al avance de obra con corte a 31 de diciembre de 2025 se encontró un avance de ejecución física del 96,87%. Estos resultados evidencian un cumplimiento progresivo y una adecuada gestión de los recursos destinados a la obra y a su interventoría.

Tabla 13 Avances físicos Nuevo Hospital de Usme - diciembre 2025

	Avance en el servicio de urgencias piso –2 con fecha de 03 de diciembre de 2025. Fuente propia
	Avance en consulta externa con fecha de 03 de diciembre de 2025. Fuente Consorcio Nuevo Hospital de Usme

 12:05 03 de dic 2025 Mié Cl. 117a Sur #132, Bogotá Piso -2: Urgencias Código de Foto: WPGUPALH9HECKK	Avance en el servicio de urgencias piso -2 con fecha de 03 de diciembre de 2025. Fuente Consorcio Nuevo Hospital de Usme
 12:04 03 de dic 2025 Mié Cl. 117a Sur #132, Bogotá Piso -2: Urgencias Código de Foto: GCR94AUTWMDU31	Avance en el servicio de urgencias piso -2 con fecha de 03 de diciembre de 2025. Fuente Consorcio Nuevo Hospital de Usme
	Avance general del proyecto con fecha de 28 de diciembre de 2025. Fuente Consorcio Nuevo Hospital de Usme

Fuente: Elaboración Consorcio Nuevo Hospital de Usme - Interventoría

Construcción Torre De Urgencias Tunal

La construcción de la Torre de Urgencias Tunal tiene fecha de entrega el 31 de mayo de 2026, buscando beneficiar a 186.127 personas de la localidad de

Tunjuelito. Se realizó un seguimiento riguroso a la ejecución física de obra con corte a 31 de diciembre de 2025 donde se obtuvo un avance físico de un 49,73%. Los servicios especializados que se van a ofertar son los siguientes:

Ilustración 5 Capa hospitalaria – Urgencias Especializadas



Fuente: Subgerencia de prestación de servicios – Subred Sur E.S.E.

En el marco de la gestión administrativa del proyecto se logró la modificación 4, prórroga 2, adición 1 al convenio 2806257 para prórroga y adición al contrato de interventoría, dotación adicional y complementaria no prevista (resonador magnético – angiógrafo), dotación complementaria de otros equipos biomédicos, adecuaciones para la modernización de la subestación eléctrica del Tunal. Por otra parte, el seguimiento a obra para monitoreo a los frentes de obra, verificación del cumplimiento contractual y acompañamiento en la ejecución de dotación prioritaria.

Tabla 14 Avances físicos Construcción Torre de Urgencias el Tunal - diciembre 2025



Avance mampostería de fachada con fecha de 22 de diciembre de 2025. Fuente propia.



Avance piso 3 con fecha de 22 de diciembre de 2025. Fuente propia.



Avance muros internos piso 2 fecha de 22 de diciembre de 2025. Fuente propia.



Avance de bordillos con fecha de 22 de diciembre de 2025. Fuente propia.

Fuente: Elaboración propia – Oficina Asesora de Desarrollo Institucional - Proyectos Infraestructura

LOGROS ESTRATÉGICOS:

Dentro de los principales avances a resaltar dentro de la gestión adelantada en la vigencia 2025, se encuentran:

1. Recuperación y cierre de gestiones críticas de infraestructura para garantizar la operación institucional

- Durante la vigencia 2025 se logró reactivar y encaminar gestiones que habían quedado inconclusas y que eran fundamentales para el adecuado funcionamiento de la infraestructura de la Subred. Un avance relevante se obtuvo en la USS Danubio, donde se retomaron los trámites ante la EAAB para la conexión definitiva al sistema de alcantarillado, requisito esencial que no se había cumplido pese a que la obra había sido recibida hacía dos años y permanecía operando con una red provisional. El contratista presentó oficialmente el cronograma para la ejecución de estas obras, las cuales se desarrollan con acompañamiento técnico y supervisión directa de la EAAB. Complementariamente, se adelantaron **acciones de subsanación en infraestructura**, entre ellas la reparación integral de la pintura y los pañetes de toda la fachada, ya finalizada.

2. Fortalecimiento del seguimiento técnico y mitigación de riesgos en proyectos estratégicos (Usme y Tunal)

- Se implementó un seguimiento integral, permanente y articulado a los proyectos de infraestructura de **Usme y Tunal**, logrando avances significativos en la gestión del riesgo técnico, contractual y operativo:
- **Proyecto Usme:** se identificaron hallazgos no detectados por la interventoría y se gestionó su subsanación oportuna, evitando retrasos, sobrecostos y afectaciones a la calidad de la obra.

- **Proyecto Tunal:** se aplicaron acciones preventivas basadas en lecciones aprendidas, permitiendo optimizar procesos constructivos, evitar reprocesos y garantizar un uso eficiente de los recursos disponibles.
- De forma complementaria, se robusteció el control sobre la interventoría, verificando el estricto cumplimiento de las obligaciones contractuales desde los componentes **técnico, administrativo, jurídico, financiero y ambiental**, asegurando así una gestión responsable y alineada con los objetivos institucionales.

3. Integración institucional y optimización de procesos para mejorar la recepción y calidad de las obras

- Se fortaleció la articulación entre las diferentes áreas de la Subred desde las fases previas a la construcción, permitiendo anticipar necesidades, evitar reprocesos y asegurar una recepción más eficiente de las obras. Este trabajo interdisciplinario ha permitido:
- Maximizar el aprovechamiento del talento humano especializado con el que cuenta la entidad.
- Establecer alertas tempranas frente al desempeño de las interventorías.
- Incrementar el control y seguimiento de los entregables contractuales.
- Mejorar la calidad final de los proyectos y reducir tiempos de respuesta institucional.
- Esta estrategia ha contribuido a consolidar un modelo de gestión preventiva, eficiente y alineado con los objetivos misionales de la Subred.

Se retomaron gestiones inconclusas vitales para el correcto funcionamiento de la infraestructura y el correcto desempeño del uso, como es el caso de la USS DANUBIO en donde se iniciaron trámites ante la EAAB para dar la respectiva conexión a red de infraestructura de la sede con el alcantarillado local- tema sin el cual se recibió la obra hace dos años, funcionando a la fecha con la red provisional de obra, el contratista de obra envió a la subred el cronograma de ejecución de estas obras para realizar la conexión definitiva con el acompañamiento y supervisión de la EAAB. Además de otras subsanaciones como la reparación de la pintura y pañetes de toda la fachada de la sede (Finalizada) entre otras.

- Se realizó seguimiento integral y permanente a los proyectos de Usme y Tunal, logrando en Usme la identificación y subsanación oportuna de hallazgos no evidenciados por la interventoría, mitigando riesgos técnicos y contractuales. En Tunal, se implementó acciones preventivas basadas en lecciones aprendidas para evitar reprocesos en procesos constructivos y en el desarrollo de la obra, optimizando tiempos y recursos. Asimismo, se fortaleció el control y cumplimiento de las obligaciones contractuales de la

interventoría desde los ámbitos técnico, administrativo, jurídico, financiero y ambiental, asegurando una gestión articulada y eficiente del proyecto.

- Se fortalece la articulación de los procesos de la Subred integrándolos desde la fase previa de construcción para evitar reprocesos en la recepción de las obras por parte de estas direcciones y de manera paralela evitar reprocesos, aprovechando los recursos humano interdisciplinario con el que cuenta la entidad. Esto paralelamente ha generado alerta a las interventorías y un estricto seguimiento de los entregables contractuales de las obras.

MANTENIMIENTO PREVENTIVO:

Para el cumplimiento del Plan Anual de Mantenimiento para la vigencia 2025, en el subproceso de Mantenimiento e Infraestructura se desarrollaron en las diferentes unidades actividades que generaron un impacto positivo en la mejora de las condiciones locativas y operativas, fortaleciendo la seguridad del paciente y del talento humano, optimizando el uso de los espacios físicos y asegurando la continuidad y calidad en la prestación de los servicios de salud, en alineación con los estándares técnicos y normativos vigentes. A continuación:

- **Hospital Tunal:**

Durante la vigencia 2025, en el hospital tunal se realizaron actividades de mantenimiento preventivo conforme a lo establecido en el Plan Anual de Mantenimiento. Se realizó mantenimiento e intervenciones en los diferentes ambientes de la unidad. Se destacan mantenimiento al servicio de patología, mantenimiento a la unidad renal 2 piso, mantenimiento Manifold de la unidad, mantenimiento pasillo de radiología, mantenimiento área de bienestar CAPS TUNAL, mantenimiento depósito de cilindros, mantenimiento de cuartos de residuos temporales.

Ilustración 6 Adecuaciones Hospital Tunal



Fuente: Archivo fotográfico subproceso de Mantenimiento e Infraestructura vigencia 2025

- **Hospital Meissen**

En la vigencia 2025 se realizó el mantenimiento preventivo en los diferentes ambientes de la UCI pediátrica y la UCI neonatal, con el fin de garantizar condiciones óptimas de funcionamiento, seguridad y calidad en la atención. De igual manera, en la Unidad de Meissen se adelantó el proceso de habilitación, iniciando con el mantenimiento del ambiente de consulta externa como primera intervención; adicionalmente, se efectuaron labores de mantenimiento en las áreas comunes del primer piso y el sótano, contribuyendo a la mejora de las condiciones locativas y a la adecuada prestación de los servicios. También se realizó mantenimiento en el ambiente de depósito de cadáveres, mantenimiento en el área de radiología y hospitalización

Ilustración 7 Adecuaciones Hospital de Meissen



Fuente: Archivo fotográfico subproceso de Mantenimiento e Infraestructura vigencia 2025

- **Unidades de Vista Hermosa**

Se realizó el mantenimiento general a las unidades la localidad de Ciudad Bolívar dando cumplimiento al plan establecido, sin embargo, se priorizaron intervenciones y mantenimiento preventivo y correctivo en los Centros de Salud de Pasquilla, Mochuelo, Hospital Vista Hermosa, Manuela Beltrán, La Estrella y Candelaria La Nueva en el cumplimiento de los estándares superiores de calidad. Se realizó mantenimiento para seguir con la acreditación.

Ilustración 8 Adecuaciones Unidades Ciudad Bolívar



Fuente: Archivo fotográfico Mantenimiento e Infraestructura

- **Unidades de Tunjuelito**

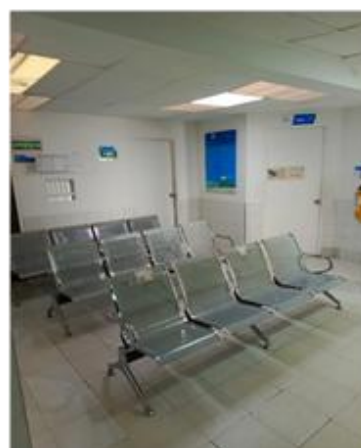
Se llevó a cabo el mantenimiento preventivo a todas las unidades de la Localidad de Tunjuelito según las actividades definidas para el periodo, adicional a ello, se dio cumplimiento al mantenimiento correctivo de acuerdo a las necesidades registradas en la mesa de ayuda y por diferentes medios de comunicación de la Subred.

- **Unidades de Usme**

Se ejecutaron las actividades de mantenimiento programadas en las unidades de la Localidad de Usme conforme a lo definido en el Plan, no obstante, se priorizaron las adecuaciones en el centro de salud de Destino y Danubio para lograr el cumplimiento de los estándares superiores de calidad.

Adicional a ello, se dio cumplimiento al mantenimiento correctivo de acuerdo a las necesidades registradas en la mesa de ayuda y por diferentes medios de comunicación de la Subred.

Ilustración 9 Adecuaciones Unidades de Usme



Fuente: Archivo fotográfico subproceso de Mantenimiento e Infraestructura vigencia 2025

Mantenimiento Preventivo

De acuerdo al plan de mantenimiento preventivo para la vigencia 2025, se programaron 2253 actividades preventivas de las cuales se ejecutaron 2089, dando así un porcentaje de cumplimiento general de dicho plan del 93%.

Gráfica 1 Mantenimiento preventivo de infraestructura vigencia 2025



Fuente: Plan de mantenimiento preventivo vigencia 2025

3. GESTION

3.1. INFORMES DE GESTION

3.1.1. GRADO AVANCE MIPG

El Formulario Único Reporte de Avance en la Gestión (FURAG) es el instrumento oficial que permite al Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) medir el desempeño institucional de las entidades del orden nacional y territorial, en relación con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y el Modelo Estándar de Control Interno (MECI).

Durante la vigencia 2024, la Subred Sur obtuvo un resultado sobresaliente de 94.73 puntos, lo que nos posiciona como una de las entidades de mejor desempeño del país.

- **Puesto 3** entre las Subredes
- **Puesto 12** entre entidades del Distrito Capital
- **Puesto 13** a nivel nacional

Gráfica 2 Resultados Índice de Desempeño Institucional



Fuente: Resultados de medición Función Pública

Este resultado refleja el compromiso de la alta dirección, los líderes de proceso y sus equipos de trabajo en el cumplimiento de las políticas de gestión y desempeño institucional.

Tabla 15 Resultados generales por dimensión mipg

Dimensión	Calificación (%)	Comentario
Direccionamiento Estratégico y Planeación	99.1	Alineación plena entre objetivos y estrategias.
Talento Humano	97.4	Sólida gestión de selección, desarrollo y bienestar.
Gestión con Valores para Resultados	96.4	Alta aplicación de principios de integridad.
Evaluación de Resultados	96.2	Seguimiento sistemático y cumplimiento de metas.
Información y Comunicación	95.3	Transparencia y toma de decisiones soportadas.
Gestión del Conocimiento y la Innovación	97.1	Entidad que aprende, innova y mejora.
Control Interno	99.0	Mecanismos efectivos de prevención y mejora continua.

Fuente: Elaboración propia

Gráfica 3 Índice de las Dimensiones de Gestión y Desempeño



Fuente: Resultados de medición Función Pública

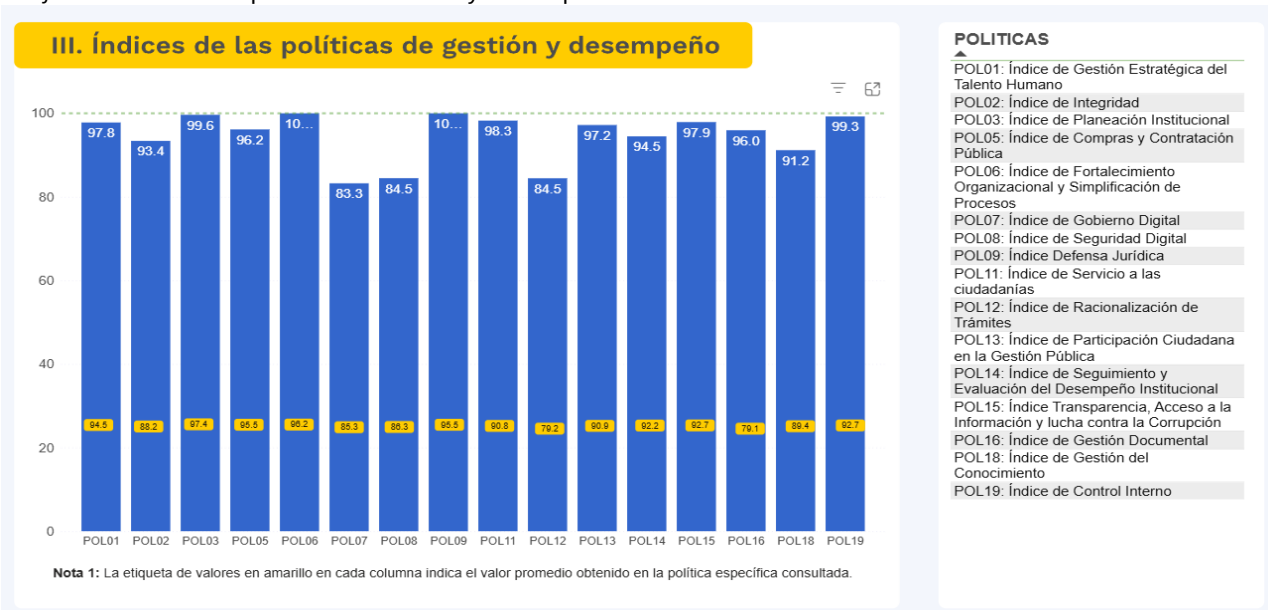
Resultados por política de gestión y desempeño

Se evaluaron 19 políticas. A continuación, se presenta un resumen de los resultados:

- 13 políticas con cumplimiento superior al 95%.
- 6 políticas con oportunidades de mejora identificadas, entre ellas:
 - Innovación Pública Digital (50.0)
 - Servicios y Procesos Inteligentes (44.4)
 - Decisiones Basadas en Datos (58.6)

- o Gestión de Riesgos de Corrupción (80.3)
- o Participación Ciudadana Diferencial (85.7)
- o Racionalización de Trámites (84.0)

Gráfica 4 Índice de las políticas de Gestión y Desempeño



Fuente: Resultados de medición Función Pública

3.1.2. GESTION MISIONAL

3.1.2.1. GESTION AMBULATORIA

Para la vigencia del año 2025 la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. garantizó la prestación de los servicios ambulatorios en 19 unidades de atención, con el objetivo de brindar una atención de calidad, oportuna y humanizada a todos los usuarios que pertenecen a la subred y que demandan servicios relacionados como medicina general, medicina especializada, salud oral y servicios de apoyo diagnóstico y complementarios.

Durante todo el año, con el apoyo de la referencia de la Estrategia IAMMI y Lactancia Materna se realizó fortalecimiento al personal asistencial y administrativo de cada una de unidades de la Subred incluyendo la USS de El Tunal; en infraestructura, gestión documental, gestión del conocimiento, capacitaciones, gestión del riesgo, demanda inducida.

Los servicios ambulatorios se prestan tanto de manera presencial como virtual, a través de la modalidad de teleconsulta.

TELECONSULTA.

Para el año 2025 se asignaron 616 citas con un cumplimiento del 90% y una inasistencia del 10%.

Tabla 16. Producción Tele consulta 2024 - 2025

AÑO	MES	ASIGNADAS	CUMPLIDAS	INCUMPLIDAS	% CUMPLIMIENTO	% INCUMPLIMIENTO
2024	ENERO	3	2	1	66,7%	33,3%
2024	FEBRERO	21	17	4	81,0%	19,0%
2024	MARZO	6	5	1	83,3%	16,7%
2024	ABRIL	26	19	7	68,2%	31,8%
2024	MAYO	76	68	8	88,7%	11,3%
2024	JUNIO	30	26	4	86,7%	13,3%
2024	JULIO	58	51	7	87,9%	12,1%
2024	AGOSTO	16	15	1	68,8%	31,3%
2024	SEPTIEMBRE	34	26	8	76,5%	23,5%
2024	OCTUBRE	25	23	2	92,0%	8,0%
2024	NOVIEMBRE	22	18	4	81,8%	18,2%
2024	DICIEMBRE	97	61	36	62,9%	37,1%
2025	ENERO	72	58	14	80,6%	19,4%
2025	FEBRERO	70	59	11	84,3%	15,7%
2025	MARZO	57	47	10	82,5%	17,5%
2025	ABRIL	60	53	7	88,3%	11,7%
2025	MAYO	53	51	2	96,2%	3,8%
2025	JUNIO	82	76	6	92,7%	7,3%
2025	JULIO	83	78	5	94,0%	6,0%
2025	AGOSTO	54	50	4	92,6%	7,4%
2025	SEPTIEMBRE	38	36	2	94,7%	5,3%
2025	OCTUBRE	29	29	0	100,0%	0,0%
2025	NOVIEMBRE	12	10	2	83,3%	16,7%
2025	DICIEMBRE	6	6	0	100,0%	0,0%

Fuente: DGHA. Subred Sur ESE. 2024 - 2025

El mes que presento mayor oferta de servicios fue julio presentando 83 actividades asignadas, con un cumplimiento de 78 consultas, incumplidas 5 consultas con un 94.0% de cumplimiento, seguido del mes de junio presentando 82 actividades asignadas, con un cumplimiento de 76 consultas, incumplidas 6 consultas con un 92.7% de cumplimiento y 7.3% de incumplimiento.

El comportamiento por Unidad de atención en la modalidad de la teleconsulta fue:

- Unidad de Salud Vista Hermosa se asignaron 134 citas de las cuales fueron efectivas 127 que representaron el 95% y una inasistencia del 5%.
- Unidad de Salud Candelaria la Nueva se asignaron 206 citas de las cuales fueron efectivas 184 que representaron el 89% y una inasistencia del 11%.
- Unidad de Salud Manuela Beltrán se asignaron 99 citas de las cuales fueron efectivas 86 que representaron el 87% y una inasistencia del 13%.
- Unidad de Salud Danubio se asignaron 177 citas de las cuales fueron efectivas 155 que representaron el 88% y una inasistencia del 12%.
- Unidad de Salud Mochuelo se asignó 1 cita la cual fue efectiva 1 representando el 100% y una inasistencia del 0,0%.

PRODUCCION DE SERVICIOS

Tabla 17 Consolidado Producción Ambulatorios 2019-2020-2021-2022-2023-2024-2025

CONSOLIDADO PRODUCCION AMBULATORIOS													
AÑO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	ACUMULADO AÑO
2019	69256	78960	86548	83272	93900	78692	88357	84933	89629	93393	77937	72504	997381
2020	79746	82443	66315	31345	49142	51816	55891	56739	73646	73704	71958	63653	756398
2021	63999	73624	83907	78872	78599	79144	76102	80375	83888	80201	80848	71364	930923
2022	69253	79151	85156	73589	80956	75433	63755	77150	77638	71381	69165	65782	888409
2023	65172	72504	76458	64234	73446	68298	67118	75732	76960	76298	71730	57934	845884
2024	70560	77001	71266	74103	75686	64244	78495	68376	72809	73994	69671	62464	858669
2025	63121	70488	70182	71039	77702	67584	83623	67858	78410	79370	72032	70612	872021

Fuente: CIP. Gestión de la información. Subred Sur ESE. 2019- 2020-2021-2022-2023-2024-2025

Para el año 2025 se realizaron 872.021 consultas de los diferentes servicios ambulatorios en las unidades de atención de la Subred Integrada de servicios de Salud. Teniendo en cuenta el talento humano profesionales y especialistas se programaron 1.059.016 consultas con un 92.49% efectividad en la asignación con 979.491 consultas. Según el servicio se realizaron: Medicina General 314.461, especialidades 239.975, Salud Oral 182.100, Enfermería 80.191 y servicios de apoyo 39.111.

Del total de las consultas 123.473 consultas no fueron efectivas representando un 11.65% dando razón a inasistencias e inatenciones por novedades administrativas generadas por los profesionales u otros motivos como, fallas de sistema de información. Los meses con mayor producción fueron: Octubre con 79.370 y Septiembre con 78.410 consultas efectivas. Teniendo puntos de control en las novedades administrativas, tiempos de vacaciones y licencias así como el

fortalecimiento de las estrategias de la dirección de ambulatorios para garantizar la completitud de las agendas y la disminución de inasistencias.

Tabla 18 Comportamiento Producción de los servicios ambulatorios por Unidades 2025

Unidad	TOTAL	%
Unidad De Servicios De Salud El Tunal	142.358	16,3%
Unidad De Servicios De Salud Candelaria La Nueva	78.777	9.0%
Unidad De Servicios De Salud El Carmen - Materno Infantil	65.643	7.5%
Unidad De Servicios De Salud Manuela Beltrán I	64.692	7.4%
Unidad De Servicios De Salud Vista Hermosa	63.282	7.2%
Unidad De Servicios De Salud Marichuela	58.708	6.7%
Unidad De Servicios De Salud San Benito	56.407	6.4%
Unidad De Servicios De Salud Danubio Azul	49.715	5.7%
Unidad De Servicios De Salud Meissen	46.760	5.3%
Unidad De Servicios De Salud Betania	17.226	1.9%
Unidad De Servicios De Salud Usme	11.871	1.3%
Unidad De Servicios De Salud La Flora	9.780	1.1%
Unidad De Servicios De Salud Mochuelo	7.200	0.8%
Unidad De Servicios De Salud La Reforma	6.013	0.6%
Unidad De Servicios De Salud Destino	4.308	0.4%
Unidad De Servicios De Salud Pasquilla	3.173	0.3%
Unidad De Servicios De Salud San Juan De Sumapaz	2.627	0.3%
Unidad De Servicios De Salud Nazareth	2.496	0.2%
Unidad De Servicios De Salud Jerusalén	390	0.04%
Total	872.021	100%

Fuente: CIP. Gestión de la información. Subred Sur ESE. 2025.

De las 872.021 consultas registradas, la Unidad de Servicios de Salud El Tunal realizó el 16,3% (142.358 atenciones), consolidándose como una de las unidades con mayor capacidad instalada y mayor concentración de servicios especializados. En segundo lugar se ubicó la Unidad de Servicios de Salud Candelaria La Nueva, con el 9,0% de la producción (78.177 consultas). Este centro de salud se destaca por ser el que más atenciones brinda en terapia física y rehabilitación dentro de la Subred. En tercer lugar se encuentra la Unidad El Carmen, con 65.643 consultas, correspondientes al 7,5% del total.

Tabla 19 Comportamiento de las inasistencias a los servicios ambulatorios por Unidades 2025

UNIDAD DE SERVICIO	ASIGNADAS	INASISTENCIAS	% INASISTENCIA
Unidad de Servicios de Salud El Tunal	155.494	13.136	8.04%
Unidad de Servicios de Salud Candelaria La Nueva	86.647	7.870	9.1%
Unidad de Servicios de Salud El Carmen - Materno Infantil	77.506	11.863	15.3%
Unidad de Servicios de Salud Manuela Beltrán I	73.200	8.508	11.6%
Unidad de Servicios de Salud Vista Hermosa	73.187	9.905	13.5%
Unidad de Servicios de Salud Marichuela	67.625	8.917	13.2%
Unidad de Servicios de Salud San Benito	65.509	9.102	13.9%
Unidad de Servicios de Salud Danubio Azul	58.800	9.085	15.5%
Unidad de Servicios de Salud Meissen	52.418	5.658	10.8%
Unidad de Servicios de Salud Betania	20.587	3.361	16.3%
Unidad de Servicios de Salud Usme	13.811	1.940	14.0%
Unidad de Servicios de Salud La Flora	10.676	896	8.4%
Unidad de Servicios de Salud Mochuelo	8.158	958	11.7%
Unidad de Servicios de Salud La Reforma	7.170	1.157	16.1%
Unidad de Servicios de Salud Destino	4.776	468	9.8%
Unidad de Servicios de Salud Pasquilla	3.483	310	8.9%
Unidad de Servicios de Salud San Juan de Sumapaz	2.714	87	3.2%
Unidad de Servicios de Salud Nazareth	2.613	117	4.5%
Unidad de Servicios de Salud Jerusalén	676	286	42.3%
Total, general	785.050	93.624	13%

Fuente: CIP. Gestión de la información. Subred Sur ESE. 2025.

La unidad con mayor porcentaje de inasistencia es la unidad de Jerusalén con el servicio de medicina general a pesar de ser un servicio gestionado por la comunidad para la prestación de este. Se han realizado estrategias para disminuir el porcentaje, sin embargo, no se ha logrado la sensibilización de la asistencia al servicio o cancelación oportuna de cita. Teniendo este comportamiento se disminuye la oferta optimizando la utilización al recurso humano y fortaleciendo la oferta en la unidad de servicios el tunal; otras unidades con alto porcentaje de inasistencias se encuentran las unidades de Betania (16.3%), Reforma con el 16.1% y Danubio (15.5%). Las unidades con menor porcentaje de inasistencia son San Juan de Sumapaz (3.2%), Nazareth (4.5%), Flora (8.4%) y es de resaltar la unidad de servicios El Tunal con 8.4% frente al año 2024 con 11.0%.

Los diez (10) servicios con mayor porcentaje de inasistencia fueron:

- Nutrición y dietética: 22%
- Infectología Pediátrica: 18.8%
- Gastroenterología pediátrica: 17.7%
- Medicina General P y D: 16.7%
- Psicología (individual): 16%
- Pediatría: 15.4%
- Cardiología Pediátrica: 14.8%
- Medicina física y rehabilitación: 14.1%
- Medicina general: 12.3%
- Ginecología: 12.2%

Estrategias Implementadas para impactar en las inasistencias:

- **Sensibilización a los usuarios en salas de espera:** Se realizan acciones permanentes de información y orientación en las salas de espera de las unidades de servicios, con el fin de promover la importancia de asistir puntualmente a las citas o cancelarlas oportunamente para liberar cupos a otros usuarios.
- **Recordatorio proactivo de citas:** A través del Contac Center, ventanillas integrales y central de agendamiento se adelantan recordatorios de las citas programadas. Adicionalmente, las auxiliares de enfermería realizan llamadas específicas a los pacientes de las especialidades con mayores índices de inasistencia, logrando un acompañamiento más cercano.
- **Seguimiento diario a la completitud de las agendas ofertadas:** Se revisan de manera diaria las agendas para verificar su ocupación, identificar posibles vacíos y gestionar acciones correctivas que permitan optimizar el uso de las citas disponibles.
- **Estrategia de reposición inmediata de citas:** Cuando un paciente no asiste, se activa un mecanismo de reposición con usuarios que se encuentran en sala de espera y requieren atención prioritaria o disponibilidad inmediata. De esta manera se realiza aprovechamiento máximo de la capacidad instalada, evitando tiempos muertos en la agenda, reducción de la pérdida por inasistencias, optimizando la productividad del equipo asistencial, mejora en la oportunidad de atención para usuarios que ya se encuentran en espera o requieren atención prioritaria, mayor satisfacción del usuario, al ofrecer alternativas rápidas y eficientes.
- **Demanda inducida desde las rutas de gestión del riesgo:** Las rutas de gestión del riesgo realizan búsqueda activa y contacto con pacientes priorizados para garantizar su adherencia a las rutas de Promoción y Mantenimiento, y las rutas dirigidas a condiciones crónicas. Esto permite identificar tempranamente a personas con riesgo aumentado, incrementar la adherencia a acciones de

cuidado a promover la calidad de vida y el bienestar, mitigando el riesgo de complicaciones y reduciendo las ausencias injustificadas.

CONSULTA BASICA DE MEDICINA

Tabla 20 Consolidado Consulta Medicina General Resolutiva - PyD – Prioritaria 2019-2020-2021-2022-2023-2024

CONSOLIDADO CONSULTA MEDICINA GENERAL RESOLUTIVA - PYD – PRIORITARIA													
AÑO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ACUMULADO AÑO
2019	22.698	24.128	27.305	26.128	29.668	25.245	28.585	28.724	31.125	32.240	25.657	24.433	325.936
2020	27.992	28.865	23.479	10.846	15.869	17.200	21.376	20.394	26.179	25.577	24.523	20.563	262.863
2021	21.694	24.687	27.988	25.696	26.322	26.607	26.848	27.923	29.025	28.901	28.027	23.654	317.372
2022	23.086	25.721	27.892	23.051	26.953	24.953	21.453	25.438	25.437	22.742	24.013	21.976	292.785
2023	21.399	24.313	26.667	20.416	24.171	21.765	22.149	25.662	27.215	28.720	26.010	20.043	288.530
2024	25.228	28.664	25.600	25.622	25.093	21.567	27.525	23.215	26.148	26.275	24.116	21.430	300.483
2025	23153	24460	24536	25348	27671	25709	31512	24274	27122	28891	26742	25223	314641

Fuente: CIP. Gestión de la información. Subred Sur ESE. 2019-2020-2021-2022-2023-2024-2025

En el año 2025 se programaron 387.873 consultas, de las cuales se asignaron 361.270, alcanzando un 93,1% de efectividad en la asignación. En total, se realizaron 314.641 consultas de medicina resolutiva, prioritaria y PYD en las diferentes unidades de atención de la Subred.

Por otra parte, no se asignaron 73.232 consultas, lo que corresponde al 18,8%. Esta situación se debió, entre otros factores, a fallas en el sistema que afectaron el proceso de asignación, principalmente por la no disponibilidad de internet para visualizar las agendas, así como a novedades administrativas del talento humano (incapacidades, permisos sindicales, licencias no remuneradas y permisos por día de la familia, cumpleaños o motivos personales).

Las unidades de atención con mayor producción de consulta de medicina resolutiva, prioritaria y de PyD fueron:

- Unidad de servicio El Carmen: 45.552 (14.5%)
- Unidad de servicio Candelaria la Nueva: 44.055 (14.0%)
- Unidad de servicio Marichuela: 39.237 (12.5%)
- Unidad de servicio Vista Hermosa: 34.999 (11.1%)

Dentro de las estrategias implementadas para impactar en las inasistencias se realizaron:

Indicadores

- Oportunidad en la asignación de citas fue de los 5,90 días.
- Productividad de 2.35,

- Rendimiento de 2.53 actividades por hora
- Utilización del recurso humano 93.1%
- Porcentaje de asignación 93.1%
- Porcentaje de producción 87.1%.

Tabla 21 Comportamiento de la Consulta Medicina General Resolutiva y Prioritaria por Unidades de Servicio 2025

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD	2025	%
Unidad De Servicios De Salud El Carmen - Materno Infantil	42.672	15,5%
Unidad De Servicios De Salud Candelaria La Nueva	36.582	13,3%
Unidad De Servicios De Salud Marichuela	34.403	12,5%
Unidad De Servicios De Salud Vista Hermosa	28.814	10,5%
Unidad De Servicios De Salud Manuela Beltrán	28.054	10,2%
Unidad De Servicios De Salud Danubio Azul	23.333	8,5%
Unidad De Servicios De Salud San Benito	22.563	8,2%
Unidad De Servicios De Salud Tunal	14.339	5,2%
Unidad De Servicios De Salud Betania	10.803	3,9%
Unidad De Servicios De Salud Usme	7.741	2,8%
Unidad De Servicios De Salud Meissen	5.581	2,0%
Unidad De Servicios De Salud La Flora	5.473	2,0%
Unidad De Servicios De Salud Reforma	3.892	1,4%
Unidad De Servicios De Salud Mochuelo	3.369	1,2%
Unidad De Servicios De Salud Destino	2.205	0,8%
Unidad De Servicios De Salud Pasquilla	1.966	0,7%
Unidad De Servicios De Salud Nazareth	1.419	0,5%
Unidad De Servicios De Salud San Juan De Sumapáz	1.152	0,4%
Unidad De Servicios De Salud Jerusalén	390	0,1%
Total, general	274.751	100,0%

Fuente: CIP. Gestión de la información. Subred Sur ESE. 2025.

Para el 2025 se realizaron 274.751 consultas de las cuales 266.986 con el 97.2% fueron resolutivas y el 2.8% con 7.765 consultas fueron prioritarias.

Con relación a la consulta resolutiva, se contó con un acompañamiento permanente mediante la estrategia del consultorio dinamizador. En cada unidad, el médico familiar asignado realizó la revisión de la pertinencia de las consultas y del plan de manejo, garantizando que las decisiones clínicas estuvieran alineadas con la condición de salud del usuario y con los lineamientos institucionales.

Adicionalmente, se fortaleció la canalización de los usuarios hacia las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) y hacia las diferentes cohortes de riesgo, con el fin de asegurar una atención oportuna, continua y centrada en la gestión efectiva del riesgo. Este seguimiento permitió mejorar la identificación de

necesidades, optimizar la transición entre niveles de atención y promover intervenciones más resolutivas en el primer contacto.

Los Centros de Salud con mayor número de consultas para: Medicina general Resolutiva y Prioritaria fueron:

- Unidad de Servicios El Carmen - Materno Infantil: 42.672
- Unidad de Servicios Candelaria La Nueva: 36.582
- Unidad de Servicios Marichuela: 34.403
- Unidad de Servicios Vista Hermosa: 28.814

Indicadores

- Oportunidad en la asignación de citas fue de los 6.33 días.
- Productividad de 2.48,
- Rendimiento de 2.63 actividades por hora
- Utilización del recurso humano 94.2%
- Porcentaje de asignación 94.2%
- Porcentaje de producción 87.7%.

Tabla 22 Comportamiento de la Consulta Medicina PyD 2025

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD	2025	%
Unidad De Servicios De Salud Candelaria La Nueva	7.473	18,7%
Unidad De Servicios De Salud Manuela Beltrán I	6.474	16,2%
Unidad De Servicios De Salud Vista Hermosa	6.185	15,5%
Unidad De Servicios De Salud Marichuela	4.834	12,1%
Unidad De Servicios De Salud El Carmen - Materno Infantil	2.880	7,2%
Unidad De Servicios De Salud Betania	2.088	5,2%
Unidad De Servicios De Salud Danubio	1.777	4,5%
Unidad De Servicios De Salud San Benito	1.698	4,3%
Unidad De Servicios De Salud Meissen	1.196	3,0%
Unidad De Servicios De Salud La Flora	1.117	2,8%
Unidad De Servicios De Salud Usme	802	2,0%
Unidad De Servicios De Salud Tunal	777	1,9%
Unidad De Servicios De Salud Mochuelo	710	1,8%
Unidad De Servicios De Salud San Juan De Sumapáz	450	1,1%
Unidad De Servicios De Salud La Reforma	440	1,1%
Unidad De Servicios De Salud Destino	412	1,0%
Unidad De Servicios De Salud Pasquilla	333	0,8%
Unidad de Servicios De Salud Nazareth	244	0,6%
Total, general	39890	100,0%

Fuente: CIP. Gestión de la información. Subred Sur ESE. 2025

Para el 2025 se realizaron 39.890 consultas de promoción y detección temprana en las diferentes unidades de la Subred Sur.

Los Centros de Salud con mayor número de consultas para medicina Py D fueron:

- Unidad De Servicios De Salud Candelaria La Nueva: 7.473
- Unidad De Servicios De Salud Manuela Beltrán: 6.474
- Unidad De Servicios De Salud Vista Hermosa: 6.185
- Unidad De Servicios De Salud Marichuela: 4.834

Indicadores

- Oportunidad en la asignación de citas fue de los 4.0 días.
- Productividad de 1.76
- Rendimiento de 2.0 actividades por hora
- Utilización del recurso humano 87.9%
- Porcentaje de asignación 86.5%
- Porcentaje de producción 83.3%.

CONSULTA DE ENFERMERIA

Tabla 23 Comportamiento de la consulta de enfermería Subred Sur 2025

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD	2025	%
Unidad De Servicios De Salud Candelaria La Nueva	12.361	15,4%
Unidad De Servicios De Salud Vista Hermosa	11.629	14,5%
Unidad De Servicios De Salud Manuela Beltrán	10.828	13,5%
Unidad De Servicios De Salud Marichuela	10.343	12,9%
Unidad De Servicios De Salud Danubio	6.004	7,5%
Unidad De Servicios De Salud El Carmen - Materno Infantil	5.906	7,4%
Unidad De Servicios De Salud San Benito	4.666	5,8%
Unidad De Servicios De Salud Betania	3.608	4,5%
Unidad De Servicios De Salud Tunal	3.394	4,2%
Unidad De Servicios De Salud Meissen	2.167	2,7%
Unidad De Servicios De Salud Flora	2.134	2,7%
Unidad De Servicios De Salud Usme	2.018	2,5%
Unidad De Servicios De Salud Mochuelo	1.718	2,1%
Unidad De Servicios De Salud Destino	1.175	1,5%
Unidad De Servicios De Salud La reforma	681	0,8%
Unidad De Servicios De Salud San Juan de Sumapaz	645	0,8%
Unidad De Servicios De Salud Pasquilla	626	0,8%
Unidad De Servicios De Salud Nazareth	288	0,4%
Total, general	80191	100,0%

Fuente: CIP. Gestión de la información. Subred Sur ESE. 2025.

Para el 2025 se programaron 90.934 consultas de las cuales se cumplieron 80.191 consultas de enfermería con una asignación del 88,1%. Dentro de las consultas se realizaron: consultas de Consejerías, Consulta regulación de la fecundidad, Consulta detección del cáncer de cuello uterino, Consulta control de crecimiento y desarrollo, Consulta control prenatal, Consulta control del joven, Actividades educativas (talleres).

Los Centros de Salud de con mayor número de consultas de Enfermería fueron:

- Unidad De Servicios Candelaria La Nueva: 12.361
- Unidad De Servicios Vista Hermosa: 11.629
- Unidad De Servicios Manuela Beltrán: 10.828
- Unidad De Servicios Marichuela: 10.343
- Unidad De Servicios Danubio: 6.004

Se debe continuar fortaleciendo el propósito de la consulta, orientado a promover, habilitar, incluir, prevenir, detectar y resolver las necesidades y problemas de salud del individuo, la familia y la comunidad en todas las etapas del curso de vida. Este propósito busca garantizar una atención integral que no solo responda a los eventos agudos, sino que también anticipe riesgos, favorezca la adherencia a las rutas de cuidado y potencie la capacidad de los usuarios para gestionar su propia salud.

Indicadores

- Oportunidad en la asignación de citas fue de los 2.72 días.
- Productividad de 2.02
- Rendimiento de 2.24 actividades por hora
- Utilización del recurso humano 90.3%
- Porcentaje de asignación 91.2%
- Porcentaje de producción 88.2%.

CONSULTA ESPECIALIZADA

Tabla 24 Relación de consultas de especialidades 2019- 2020 – 2021 - 2022.- 2023- 2024 diciembre 2025

CONSOLIDADO CONSULTA ESPECIALIDADES AMBULATORIAS													
AÑO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ACUMULADO AÑO
2019	19.397	20.530	20.337	21.039	23.613	18.777	22.746	21.137	22.855	22.683	20.381	18.969	252.464
2020	21.105	21.903	17.547	11.468	14.422	15.596	16.835	16.533	20.674	21.151	20.881	18.769	216.884
2021	18.668	21.763	23.526	20.534	20.047	21.290	18.965	20.882	21.754	20.492	21.917	19.717	249.555

2022	19.549	22.807	24.436	22.041	23.523	21.889	17.529	22.158	21.472	20.615	20.007	18.303	253.629
2023	18.562	19.625	19.949	17.180	18.713	17.877	17.439	20.283	19.851	19.003	19.313	16.385	224.180
2024	18.645	19.994	18.226	20.216	20.004	17.344	20.906	18.729	19.446	20.533	18.671	17.916	230.630
2025	18422	19842	19963	20177	21604	18885	22001	18551	20860	21800	19174	18696	239975

Fuente: CIP. Gestión de la información. Subred Sur ESE. 2019 - 2020 - 2021- 2022- 2023-2024-2025

En cuanto a la consulta especializada, durante el año 2025 se realizaron 239.975 consultas, lo que representa el 27,5% de la producción total del área ambulatoria. Se programaron 264.176 consultas, de las cuales se ejecutaron 239.975, alcanzando un 90,8% de cumplimiento en la asignación. La inasistencia fue del 11,3%, equivalente a 24.201 consultas no realizadas. Este porcentaje de inasistencia impacta directamente la oportunidad en la atención, la eficiencia operativa y el acceso efectivo de los usuarios a los servicios especializados.

Los centros con mayor producción de consulta de especialidades fueron:

- Unidad De Servicios Tunal: 120.422
- Unidad De Servicios Meissen: 34.559
- Unidad De Servicios San Benito: 15.621

Las especialidades con mayor producción fueron:

- Pediatría: 28.018 (11.7%).
- Ortopedia Adulto: 22.236 (9.3%).
- Ginecología: 21.506 (9.0%).
- Medicina Alternativa: 18.551 (7.7%)
- Medicina Familiar: 17.718 (7.4%).

Tabla 25 Comportamiento de la consulta Especialistas Subred Sur 2025.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD	2025	%
Unidad De Servicios De Salud El Tunal	120.422	50,2%
Unidad De Servicios De Salud Meissen	34.559	14,4%
Unidad De Servicios De Salud San Benito	15.621	6,5%
Unidad De Servicios De Salud Manuela Beltrán I	14.540	6,1%
Unidad De Servicios De Salud Candelaria La Nueva	13.490	5,6%
Unidad De Servicios De Salud Vista Hermosa	12.690	5,3%
Unidad De Servicios De Salud Danubio	12.386	5,2%
Unidad De Servicios De Salud El Carmen - Materno Infantil	9.663	4,0%
Unidad De Servicios De Salud Marichuela	5.643	2,4%
Unidad De Servicios De Salud Mochuelo	529	0,2%
Unidad De Servicios De Salud Nazareth	219	0,1%
Unidad De Servicios De Salud San Juan De Sumapáz	179	0,1%
Unidad De Servicios De Salud Destino	34	0,01%
Total, general	239975	100,00%

Fuente CIP. Gestión de la información. Subred Sur ESE. 2025.

Indicadores

- Oportunidad en la asignación de citas fue de los 9.09 días.
- Productividad de 2.25
- Rendimiento de 2.38 actividades por hora
- Utilización del recurso humano 94.7%
- Porcentaje de asignación 94.6%
- Porcentaje de producción 90.8%.

ESPECIALIDADES BASICAS

Tabla 26 Relación de consultas de especialidades Básicas 2019- 2020 – 2021 – 2022- 2023- 2024 diciembre 2025

CONSOLIDADO CONSULTA ESPECIALIDADES BASICAS													
AÑO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ACUMULADO AÑO
2019	7.497	8.146	8.250	8.962	10.001	7.949	9.943	9.214	9.404	9.465	8.616	7.389	104.836
2020	8.371	7.809	6.044	4.256	5.285	6.323	6.297	6.848	7.351	6.950	7.063	6.543	79.140
2021	6.397	6.875	7.026	5.965	5.279	6.011	5.416	5.721	6.737	6.046	6.640	6.044	74.157
2022	6.366	6.671	7.786	7.108	7.748	7.403	5.259	6.425	6.096	6.695	6.521	6.057	80.135
2023	6.403	6.728	6.457	5.737	6.356	6.015	5.517	6.459	6.044	5.494	5.827	4.563	71.600
2024	5.596	6.451	5.665	6.089	5.879	4.818	5.890	4.877	5.615	5.781	4.977	4.477	66.085
2025	4810	5109	4959	5262	5279	4338	5520	4792	5226	5005	4560	4709	59569

Fuente: CIP. Gestión de la información. Subred Sur ESE. 2019 - 2020 – 2021- 2022- 2023-2024-2025

En el año 2025 se realizaron 239.957 consultas por especialistas, de las cuales 59.569 corresponden a especialidades básicas que representa un 24.8%.

- Pediatría: 28.018 (11.7%).
- Medicina Interna: 14.934 (6.2%).
- Cirugía General: 9.648 (4.0%).
- Ginecobstetricia: 6.969 (2.9%).

Tabla 27 Indicadores de medicina general, enfermería, salud oral y especialidades básicas 2021-2022-2023- 2024-2025

ESPECIALIDAD / DISCIPLINA	% RECURSO HUMANO				PRODUCTIVIDAD				RENDIMIENTO			
	(HORAS RH / HORAS INF)				(PRODUCCIÓN/HORAS_INF ESTÁNDAR)				*(PRODUCCIÓN / HORAS RH)			
	2022	2023	2024	2025	2022	2023	2024	2025	2022	2023	2024	2025

Cirugía General (Estándar 3)	98,59%	90,97%	81,04%	96,18%	89,55%	83,87%	73,77%	88,24%	2,7	2,8	2,7	2,8
Enfermería (Estándar 2,5)	90,85%	89,37%	89,35%	88,94%	74,30%	76,82%	80,11%	76,87%	2	2,1	2,2	2,2
Ginecoobstetricia (Estándar 2)	91,13%	89,30%	95,65%	94,64%	100,91%	98,83%	85,35%	109,78%	2,2	2,2	1,8	2,3
Medicina Interna (Estándar 3)	98,66%	98,78%	96,36%	99,63%	91,32%	93,27%	85,01%	91,01%	2,8	2,8	2,6	2,7
Pediatría (Estándar 3)	99,91%	95,21%	96,42%	99,87%	84,21%	80,94%	80,81%	80,65%	2,5	2,6	2,5	2,4
Medicina General (Estándar 3)	96,76%	95,42%	82,78%	97,73%	80,61%	84,69%	73,94%	84,16%	2,5	2,7	2,7	2,6
Odontología General y Especializada (2,5)	81,94%	82,70%	79,34%	84,28%	99,09%	99,39%	95,07%	101,17%	3	3	3	3

Fuente: CIP. Gestión de la información. Subred Sur ESE. 2021-2022-2023-2024-2025

Observando la productividad y el rendimiento, los servicios de Ginecoobstetricia, Medicina Interna, Cirugía, Medicina General y Odontología mostraron mejoras frente a 2024; en particular, Ginecoobstetricia (productividad 109,8%; rendimiento 2,3) y Odontología (productividad 101,2%; rendimiento 3,0) cumplieron o superaron el estándar, mientras que Pediatría (80,7%; 2,4) y Enfermería (76,9%; 2,2) se mantienen por debajo del nivel esperado.

Tabla 28 Relación de Consultas Medicina Interna 2025

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD	2025	%
Unidad De Servicios De Salud El Tunal	7250	48.5%
Unidad De Servicios De Salud Manuela Beltrán I	3844	25.7%
Unidad De Servicios De Salud Candelaria La Nueva	1688	11.3%
Unidad De Servicios De Salud Vista Hermosa	996	6.7%
Unidad De Servicios De Salud San Benito	720	4.8%
Unidad De Servicios De Salud Danubio	343	2.3%
Unidad De Servicios De Salud Nazareth	62	0.4%
Unidad De Servicios De Salud San Juan De Sumapáz	31	0.2%
Total, general	14934	100,00%

Fuente: CIP. Gestión de la información. Subred Sur ESE. 2025.

Las unidades con mayor número de consultas de medicina Interna fueron:

- Unidad De Servicios El Tunal: 7250
- Unidad De Servicios Manuela Beltrán: 3844
- Unidad De Servicios Candelaria La Nueva: 1688
- Unidad De Servicios Vista Hermosa: 996

- Unidad De Servicios San Benito: 720

Indicadores

- Productividad de 2.65
- Rendimiento de 2.75 actividades por hora
- Utilización del recurso humano 96.3%
- Porcentaje de asignación 96.3%
- Porcentaje de producción 91.7%.

Tabla 29 Relación de Consultas Ginecoobstetricia 2025

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD	2025	%
Unidad De Servicios De Salud Meissen	1.951	28.0%
Unidad De Servicios De Salud Vista Hermosa	1.239	17.8%
Unidad De Servicios De Salud Candelaria La Nueva	1.147	16.5%
Unidad De Servicios De Salud Manuela Beltrán I	904	13.0%
Unidad De Servicios De Salud Marichuela	872	12.5%
Unidad De Servicios De Salud El Tunal	309	4.4%
Unidad De Servicios De Salud Danubio	266	3.8%
Unidad De Servicios De Salud El Carmen - Materno Infantil	201	2.9%
Unidad De Servicios De Salud Mochuelo	64	0.9%
Unidad De Servicios De Salud San Juan De Sumapáz	13	0.2%
Unidad De Servicios De Salud San Benito	2	0.03%
Unidad De Servicios De Salud Nazareth	1	0.01
Total, general	6969	100,00%

Fuente: CIP. Gestión de la información. Subred Sur ESE. 2025

En el año 2025, el servicio de Obstetricia programó 7.709 consultas, de las cuales se realizaron 6.969, alcanzando una asignación del 90,4%. El servicio registró un rendimiento de 2,09, que, si bien es funcional para la dinámica asistencial, evidencia oportunidades de mejora en la ocupación de agendas, la adherencia a la consulta y la captación temprana de gestantes, aspectos fundamentales para fortalecer los resultados materno-perinatales.

Los centros de atención con mayor de gestantes fueron:

- Unidad De Servicios Meissen: 1.951
- Unidad De Servicios Vista Hermosa: 1.239
- Unidad De Servicios Candelaria La Nueva: 1.147
- Unidad De Servicios Manuela Beltrán: 904
- Unidad De Servicios Marichuela: 872

Indicadores

- Productividad de 1.94
- Rendimiento de 2.23 actividades por hora
- Utilización del recurso humano 87.3%
- Porcentaje de asignación 95.6%
- Porcentaje de producción 89.1%.

Tabla 30 Relación de Consultas Pediatría 2025

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD	2025	%
Unidad De Servicios De Salud Meissen	5.667	20.2%
Unidad De Servicios De Salud Manuela Beltrán	4.753	17.0%
Unidad De Servicios De Salud Tunal	4.648	16.6%
Unidad De Servicios De Salud Vista Hermosa	4.154	14.8%
Unidad De Servicios De Salud Danubio	2.709	9.7%
Unidad De Servicios De Salud Candelaria La Nueva	2.521	9.0%
Unidad De Servicios De Salud El Carmen - Materno Infantil	1.824	6.5%
Unidad De Servicios De Salud San Benito	1.372	4.9%
Unidad De Servicios De Salud Mochuelo	258	0.9%
Unidad De Servicios De Salud Nazareth	59	0.2%
Unidad De Servicios De Salud San Juan De Sumapáz	53	0.2%
Total, general	28018	100,00%

Fuente: CIP. Gestión de la información. Subred Sur ESE. 2025.

En el año 2025, el servicio de Pediatría programó 33.104 consultas, de las cuales se realizaron 28.018, alcanzando un 84,6% de asignación. El servicio presentó un rendimiento de 2,5, indicador que permite identificar oportunidades de mejora en la adherencia a las citas y en la optimización del uso de la capacidad instalada.

Las unidades que presentaron una mayor producción en Pediatría fueron:

- Unidad De Servicios Meissen: 5.667
- Unidad De Servicios Manuela Beltrán: 4.753
- Unidad De Servicios Tunal: 4.648
- Unidad De Servicios Vista Hermosa: 4.154
- Unidad De Servicios Danubio: 2.709

Indicadores

- Productividad de 2.39
- Rendimiento de 2.54 actividades por hora
- Utilización del recurso humano 94.0%
- Porcentaje de asignación 93.9%

- Porcentaje de producción 84.6%.

Tabla 31 Relación de Consultas Cirugía general 2025

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD	2025	%
Unidad De Servicios De Salud El Tunal	6.147	63.7%
Unidad De Servicios De Salud Manuela Beltrán	1.017	10.5%
Unidad De Servicios De Salud El Carmen - Materno Infantil	683	7.1%
Unidad De Servicios De Salud Vista Hermosa	640	6.6%
Unidad De Servicios De Salud San Benito	540	5.6%
Unidad De Servicios De Salud Danubio	404	4.2%
Unidad De Servicios De Salud Candelaria la nueva	184	1.9%
Unidad De Servicios De Salud Nazareth	21	0.2%
Unidad De Servicios De Salud San Juan De Sumapáz	12	0.1%
Total, general	9648	100,00%

Fuente: CIP. Gestión de la información. Subred Sur ESE. 2025.

Para el año 2025 se programaron 10.531 consultas de cirugía general con un cumplimiento de 9.648 que corresponde a 91.6% de asignación.

Los centros de atención con mayor producción se encuentran:

- Unidad De Servicios El Tunal: 6.147
- Unidad De Servicios Manuela Beltrán: 1.017
- Unidad De Servicios El Carmen - Materno Infantil: 683
- Unidad De Servicios Vista Hermosa: 640
- Unidad De Servicios San Benito: 540

Indicadores

- Productividad de 2.51
- Rendimiento de 2.72 actividades por hora
- Utilización del recurso humano 92.3%
- Porcentaje de asignación 92.3%
- Porcentaje de producción 90.7%.

SALUD ORAL

Tabla 32 Relación de consultas de salud Oral 2021-2022-2023-2024-2025

AÑO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	ACUMUL AÑO
2019	16938	21083	24036	23269	27526	22833	22314	22001	21798	24503	20193	18198	264692
2020	19653	19488	14783	3378	11310	11465	9775	11623	16764	17235	16661	16444	168579
2021	15378	17025	21348	22545	22226	21107	20335	21358	22008	20581	20317	19727	243955
2022	18830	20894	21372	19637	20323	19188	17042	18979	19695	18710	16313	17786	213030

2023	17196	19140	20841	18154	20458	19753	18496	19475	19880	18885	17100	14129	223507
2024	17711	17872	17843	17859	19788	15847	19151	16527	17689	17041	17791	15171	210290
2025	13480	15470	16014	15542	17593	13804	19057	15413	19647	17501	16600	17982	198103

Fuente: CIP. Gestión de la información. Subred Sur ESE. 2021-2022-2023-2024-2025

Para disminuir el porcentaje de inasistencias y mejorar la oportunidad de la asignación de citas y la continuidad en el tratamiento odontológico se creó la estrategia de recordación de citas por parte de las auxiliares el día anterior, gestionando las citas canceladas, para dar continuidad al tratamiento se realiza asignación de citas en los consultorios odontológicos garantizando la elección del profesional de su preferencia y la terminación de su tratamiento en el menor tiempo posible.(2024- 2025)

Se fortaleció la estrategia de **recordación de citas** para reducir inasistencias y mejorar continuidad del tratamiento. Se garantizó **asignación preferencial** de citas para recuperación del tratamiento. En zonas rurales se realizaron actividades de educación, identificación de necesidades y articulación con rutas de transporte para atención especializada (2025)

Tabla 33 Relación de consultas de salud Oral año 2025

UNIDAD DE SERVICIOS	2025	%
Unidad De Servicios De Salud Candelaria La Nueva	40.115	
Unidad De Servicios De Salud Marichuela	27.706	13,88%
Unidad De Servicios De Salud Danubio Azul	22.331	11,32%
Unidad De Servicios De Salud Vista Hermosa	18.754	11,09%
Unidad De Servicios De Salud El Tunal	15.441	9,44%
Unidad De Servicios De Salud Meissen	14.346	8,09%
Unidad De Servicios De Salud Manuela Beltrán	14.291	6,59%
Unidad De Servicios De Salud Betania	9.508	4,07%
Unidad De Servicios De Salud Usme	8.696	3,95%
Unidad De Servicios De Salud La Reforma	6.891	3,54%
Unidad De Servicios De Salud La Flora	4.864	2,44%
Unidad De Servicios De Salud Mochuelo	3.232	1,61%
Unidad De Servicios De Salud Destino	2.338	1,08%
Unidad De Servicios De Salud Pasquilla	1.943	0,93%
Unidad De Servicios De Salud San Juan De Sumapáz	1.123	0,37%
Unidad De Servicios De Salud Nazareth	871	0,37%
Total, general	192450	100,00%

Fuente: CIP. Gestión de la información. Subred Sur ESE. 2025.

Para el año 2025 se programaron 238.847 consultas de odontología general de las cuales se asignaron 216.210 con un porcentaje de asignación de 90.51%, esto se debe a novedades administrativas como caída del sistema, ULC de salud oral, capacitaciones, incapacidades, licencias no remuneradas, y terminación de

servicios sociales obligatorios; De estas fueron cumplidas 182.877, la productividad fue 2.30, con una efectividad del 84.58, y un rendimiento de 2.54 con una utilización de talento humano de 90.51 y una oportunidad de 5.51días.

En consultorio odontológico especializado cuales se asignaron 17.939 consultas con un porcentaje de asignación de 95.57%, esto se debe a cirujano oral realizo terminación anticipada de contrato desde el mes septiembre y caídas del sistema. De estas fueron cumplidas 15.826, la productividad fue 2.53, con una efectividad del 88.22, un rendimiento de 2.65 con una utilización de talento humano de 95.63 y una oportunidad de 7.33días

3.1.2.2. GESTION DE HOSPITALIZACION

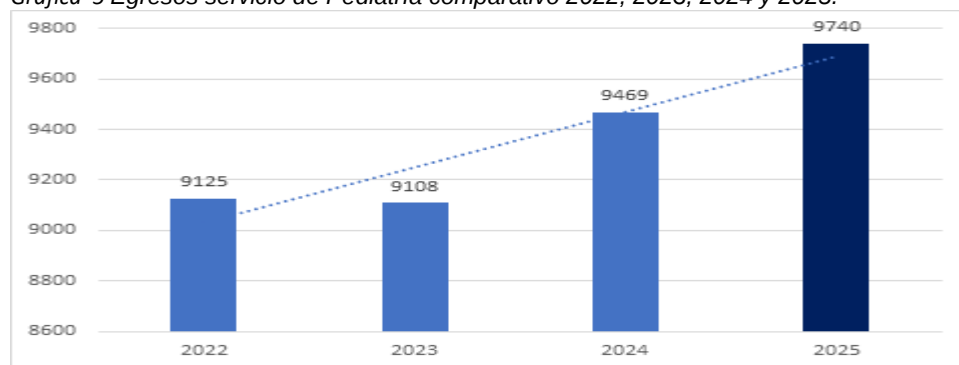
PEDIATRÍA:

Tabla 34 Egresos servicio de Pediatría comparativo 2022, 2023, 2024 y 2025.

EGRESOS PEDIATRÍA													
SERVICIO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	GLOBAL ACUMULADO AÑO A DIC
PEDIATRÍA 2022	566	612	838	848	875	826	678	806	849	820	765	642	9125
PEDIATRÍA 2023	563	662	890	826	937	791	729	814	739	816	761	580	9108
PEDIATRÍA 2024	561	718	842	816	893	880	844	867	800	818	824	606	9469
PEDIATRÍA 2025	724	743	961	916	938	779	750	790	793	811	822	713	9740

Fuente: Sistemas de Información Subred Sur 2025

Gráfica 5 Egresos servicio de Pediatría comparativo 2022, 2023, 2024 y 2025.



Fuente: Sistemas de Información Subred Sur 2025

Los egresos de pediatría han aumentado en los últimos cuatro años con tendencia a aumentar, desde 9125 en el 2022, a 9740 en el 2025 y durante el último año se observó una aumento, pasando de 9469 a 9740, con una variación positiva del 2,8%; esto debido a múltiples estrategias como el plan de Acción para afrontar el

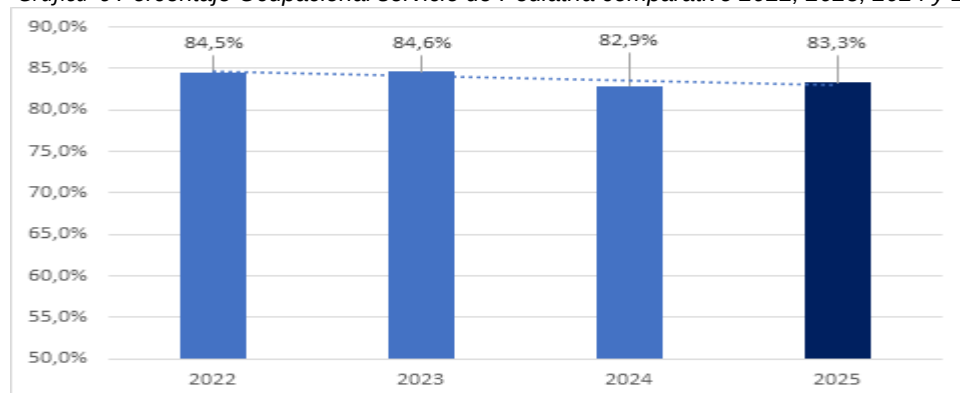
pico respiratorio, donde hay una alta demanda de servicios haciendo paralelamente la identificación de estancias que podrían aumentarse, permitiendo que de una forma temprana haya una mayor aceptación de pacientes de EAPB privadas como Famisanar, Sanitas y Salud Total.

Tabla 35 Porcentaje Ocupacional servicio de Pediatría comparativo 2022, 2023, 2024 y 2025.

PORCENTAJE OCUPACIONAL PEDIATRÍA													
SERVICIO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	GLOBAL ACUMULADO AÑO A DIC
PEDIATRÍA 2022	73,8%	69,4%	93,7%	95,7%	93,4%	90,4%	75,7%	73,2%	94,0%	89,5%	93,3%	67,2%	84,5%
PEDIATRÍA 2023	57,8%	69,1%	95,9%	90,4%	95,7%	101,2%	89,7%	93,8%	89,3%	91,3%	86,4%	52,0%	84,6%
PEDIATRÍA 2024	60,5%	77,5%	91,8%	93,4%	95,1%	96,9%	91,4%	85,8%	85,2%	75,7%	71,4%	63,3%	82,9%
PEDIATRÍA 2025	52,3%	81,4%	97,5%	98,1%	97,6%	99,0%	84,7%	83,6%	77,3%	73,0%	89,7%	63,1%	83,3%

Fuente: Sistemas de Información Subred Sur 2025

Gráfica 6 Porcentaje Ocupacional servicio de Pediatría comparativo 2022, 2023, 2024 y 2025.



Fuente: Sistemas de Información Subred Sur 2025

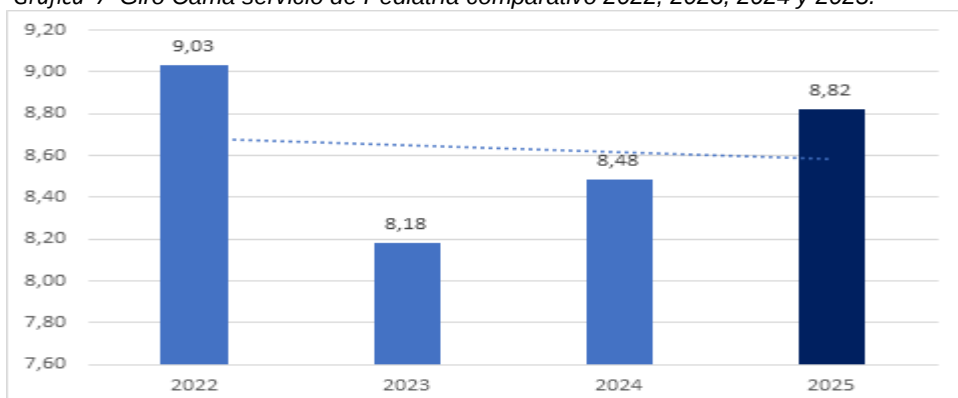
El porcentaje ocupacional del servicio en el 2025 presenta un leve aumento con respecto 2024 pasando de 82,9 a 83,3 a pesar de haber presentado un mayor número de egreso en este último año, esto debido una disminución en los días de estancia hospitalaria.

Tabla 36 Giro Cama servicio de Pediatría comparativo 2022, 2023, 2024 y 2025.

GIRO CAMA PEDIATRÍA													
SERVICIO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	GLOBAL ACUMULADO AÑO A DIC
PEDIATRÍA 2022	7,75	8,38	11,48	9,64	9,72	9,18	9,29	8,96	9,43	9,11	8,50	7,13	9,03
PEDIATRÍA 2023	6,26	7,36	9,67	8,18	8,84	8,41	8,10	9,04	8,21	9,07	8,46	6,44	8,18
PEDIATRÍA 2024	6,23	7,98	9,36	9,07	8,12	8,30	9,38	9,63	8,89	9,09	9,16	6,73	8,48
PEDIATRÍA 2025	8,04	8,26	10,45	9,54	9,57	7,95	8,33	8,78	8,81	9,01	9,13	7,92	8,82

Fuente: Sistemas de Información Subred Sur 2025

Gráfica 7 Giro Cama servicio de Pediatría comparativo 2022, 2023, 2024 y 2025.



Fuente: Sistemas de Información Subred Sur 2025

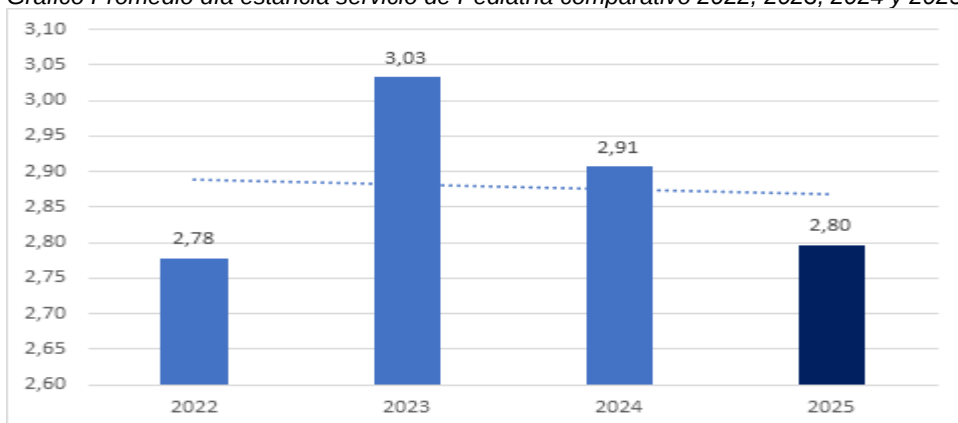
El giro cama en el servicio de pediatría presenta un leve aumento entre el 2024 y el 2025 pasando desde 8.48 a 8.82, esto en asocio a una disminución en la estancia hospitalaria y un aumento en el número de egresos durante el 2025.

Tabla 37 Promedio día estancia servicio de Pediatría comparativo 2022, 2023, 2024 y 2025.

PROMEDIO DÍA ESTANCIA PEDIATRÍA													
SERVICIO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	GLOBAL ACUMULADO AÑO A DIC
PEDIATRÍA 2022	2,82	2,22	2,52	2,96	2,96	2,90	2,80	2,44	2,84	2,88	3,11	2,75	2,78
PEDIATRÍA 2023	2,74	2,53	2,96	3,23	3,22	3,41	3,35	2,99	3,08	3,12	2,97	2,46	3,03
PEDIATRÍA 2024	2,86	2,55	2,90	3,01	3,61	3,47	3,00	2,76	2,86	2,54	2,32	2,84	2,91
PEDIATRÍA 2025	2,01	2,60	2,79	2,92	3,14	3,70	3,07	2,90	2,58	2,48	2,80	2,40	2,80

Fuente: Sistemas de Información Subred Sur 2025

Gráfico Promedio día estancia servicio de Pediatría comparativo 2022, 2023, 2024 y 2025.



Fuente: Sistemas de Información Subred Sur 2025

El promedio de día de estancia disminuyó durante la vigencia 2025 pasando de 2,91 en 2024 a 2.80 en 2025, debido a un seguimiento estrecho de las estancias prolongadas para identificar y gestionar oportunamente soluciones frente a los egresos, la solicitud rápida de oxígenos domiciliarios en pacientes que lo requieren; además de la implementación del Plan de manejo hospitalario en casa tanto para las EAPB públicas como de Capital salud en la Subred Sur.

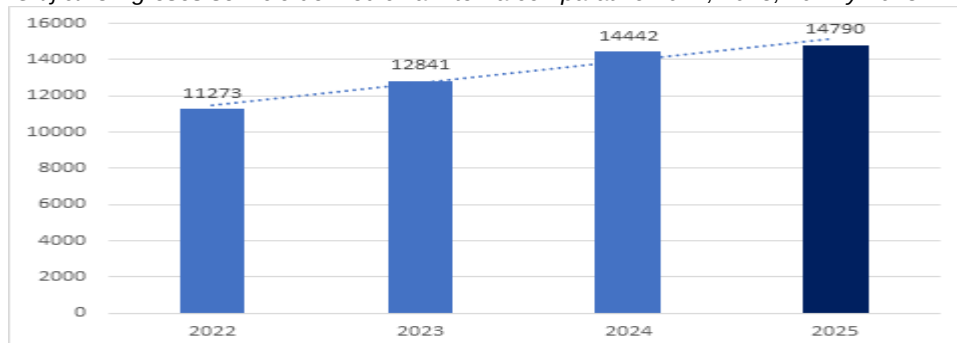
MEDICINA INTERNA

Tabla 38 Egresos servicio de Medicina Interna comparativo 2022, 2023, 2024 y 2025

EGRESOS MEDICINA INTERNA														
SERVICIO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	GLOBAL SERVICIO ACUMULADO AÑO CON CORTE A DIC	
MEDICINA INTERNA VISTA HERMOSA 2022	261	278	260	256	295	290	288	258	256	241	249	252	11273	
MEDICINA INTERNA SANTA LIBRADA 2022	51	43	46	51	51	56		36	46	46	52	44		
MEDICINA INTERNA TUNJUELITO 2022	168	144	152	147	178	168	178	172	184	181	203	174		
MEDICINA INTERNA TUNAL 2022	323	252	335	326	315	255	257	356	221	276	392	290		
MEDICINA INTERNA MEISSEN 2022	114	58	75	83	114	97	162	220	245	285	232	235	12841	
MEDICINA INTERNA VISTA HERMOSA 2023	255	226	243	233	236	231	208	191	199	221	224	201		
MEDICINA INTERNA SANTA LIBRADA 2023	40	39	66	48	61	49	46	56	55	57	45	38		
MEDICINA INTERNA TUNJUELITO 2023	164	147	154	177	158	159	139	155	165	143	158	139		
MEDICINA INTERNA TUNAL 2023	301	316	326	328	314	281	335	445	425	439	402	462	14442	
MEDICINA INTERNA MEISSEN 2023	246	376	248	255	285	282	264	289	260	266	285	285		
MEDICINA INTERNA VISTA HERMOSA 2024	215	194	225	215	231	209	251	228	228	237	192	193		
MEDICINA INTERNA SANTA LIBRADA 2024	33	45	35	35	35	28	34	43	42	42	28	41		
MEDICINA INTERNA TUNJUELITO 2024	151	149	155	143	161	162	168	150	126	140	148	155	14790	
MEDICINA INTERNA TUNAL 2024	454	455	427	417	427	453	413	449	503	514	518	503		
MEDICINA INTERNA MEISSEN 2024	283	277	305	295	299	297	412	427	419	358	345	325		
MEDICINA INTERNA VISTA HERMOSA 2025	192	186	229	207	211	221	216	221	195	217	205	191		
MEDICINA INTERNA SANTA LIBRADA 2025	48	43	31	48	60	53	27	34	58	76	53	72	14790	
MEDICINA INTERNA TUNJUELITO 2025	168	158	159	158	162	134	164	179	139	158	146	161		
MEDICINA INTERNA TUNAL 2025	495	448	467	445	451	457	432	461	403	396	481	513		
MEDICINA INTERNA MEISSEN 2025	338	323	308	380	376	341	402	378	365	350	395	405		

Fuente: Sistemas de Información Subred Sur 2025

Gráfica 8 Egresos servicio de Medicina Interna comparativo 2022, 2023, 2024 y 2025



Fuente: Sistemas de Información Subred Sur 2025

El Servicio de Medicina Interna de la Subred Sur ha mostrado una trayectoria de crecimiento sostenido en su productividad durante el periodo 2022-2025. Los egresos totales presentaron un incremento del 31.1% al pasar de 11,273 en 2022 a 14,790 en 2025, evidenciando una mejora significativa en la eficiencia operativa y capacidad resolutoria del servicio.

- Egresos Hospital El Tunal: Ligera disminución manteniéndose como unidad de mayor productividad. El descenso puede atribuirse a un perfil de pacientes de mayor complejidad en 2025, requiriendo estancias más prolongadas. 2024: 5,533 egresos Vs.2025: 5,449 egresos (-1.51%)
- Egresos Hospital Tunjuelito: Comportamiento estable acorde a su perfil de cuidado crónico, con estancias prolongadas. 2024: 1,808 egresos Vs.2025: 1,886 egresos (+4.31%), esto pese a las condiciones y el tipo de pacientes que se manejan en esta unidad ya que requieren de cuidados especiales por profesionales de la salud y no han podido ser egresados por barreras sociales, familiares o administrativas de las EPS y no han podido ser ubicados de manera definitiva en unidades de manejo crónico son factores importantes que contribuyen a la baja en el número de egresos de esta unidad.
- Egresos Hospital Meissen: Mayor incremento porcentual del año, resultado de la consolidación de estrategias de gestión clínica y optimización de procesos. 2024: 4,042 egresos Vs.2025: 4,361 egresos (+7.89%) este incremento está en relación con el aumento en la productividad de la sede. Aquí se da cubrimiento a los servicios de hospitalización y urgencias las 24 horas del día.
- Egresos Hospital Vista Hermosa: En el año 2024 se registraron 2,618 egresos contra los 2,491 del año 2025 lo que significó una disminución de 4.85% en el número de egresos, se evidencia que aumentaron los días de estancias, entre otros, por aumento en el número de abandonos.
- Egresos Hospital Santa librada: para la vigencia del 2024 se dieron 441 egresos, contra los 603 conseguidos en el año 2025 lo que representa un aumento del 46.7% en el número de egresos la cual esta explicada por el fortalecimiento del servicio de Telexperticia.

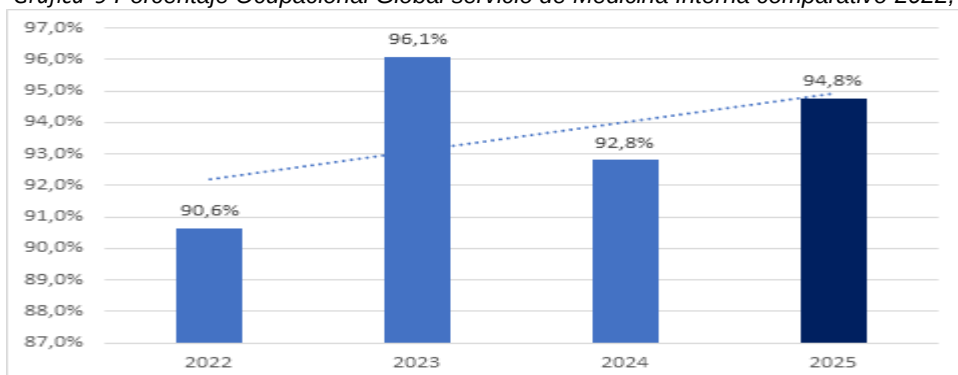
Tabla 39 Porcentaje Ocupacional servicio de Medicina Interna comparativo 2022, 2023, 2024 y 2025

PORCENTAJE OCUPACIONAL MEDICINA INTERNA													
SERVICIO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	GLOBAL SERVICIO ACUMULADO AÑO CON CORTE A DIC
MEDICINA INTERNA VISTA HERMOSA 2022	71,0%	75,3%	76,2%	77,4%	82,3%	80,9%	93,3%	95,4%	89,1%	87,5%	83,1%	77,2%	90,6%
MEDICINA INTERNA SANTA LIBRADA 2022	75,8%	61,4%	66,8%	83,7%	89,6%	84,0%	0,0%	86,6%	111,5%	104,6%	92,1%	90,3%	
MEDICINA INTERNA TUNJUELITO 2022	86,1%	73,8%	78,7%	87,6%	96,4%	96,5%	94,5%	101,3%	98,7%	86,1%	100,2%	101,7%	
MEDICINA INTERNA TUNAL 2022	98,5%	93,1%	93,5%	91,5%	92,0%	106,3%	117,0%	101,8%	119,6%	107,1%	133,8%	122,7%	
MEDICINA INTERNA MEISSEN 2022	99,4%	85,0%	67,0%	65,1%	86,3%	90,7%	87,7%	66,5%	113,9%	88,1%	105,0%	81,8%	
MEDICINA INTERNA VISTA HERMOSA 2023	76,7%	81,4%	94,0%	90,2%	95,5%	89,0%	86,8%	105,8%	86,6%	84,3%	87,7%	82,4%	96,1%
MEDICINA INTERNA SANTA LIBRADA 2023	85,9%	89,8%	106,0%	100,4%	82,1%	84,8%	78,9%	88,9%	92,0%	93,9%	72,2%	62,4%	
MEDICINA INTERNA TUNJUELITO 2023	98,3%	99,3%	95,4%	98,4%	94,4%	92,6%	96,0%	95,3%	97,4%	96,2%	99,9%	84,4%	
MEDICINA INTERNA TUNAL 2023	145,0%	170,1%	98,0%	105,9%	99,2%	102,6%	98,3%	99,2%	98,3%	93,8%	99,8%	94,7%	
MEDICINA INTERNA MEISSEN 2023	101,6%	110,6%	96,8%	93,5%	94,7%	101,8%	98,3%	102,3%	88,4%	89,9%	85,5%	94,2%	
MEDICINA INTERNA VISTA HERMOSA 2024	83,6%	87,9%	91,9%	86,4%	89,5%	94,9%	86,8%	88,8%	87,7%	85,4%	79,4%	99,2%	92,8%
MEDICINA INTERNA SANTA LIBRADA 2024	68,3%	67,9%	69,9%	89,3%	83,9%	84,4%	77,7%	80,6%	91,0%	79,1%	68,3%	85,5%	
MEDICINA INTERNA TUNJUELITO 2024	90,3%	96,7%	97,5%	89,9%	98,5%	88,3%	88,4%	91,7%	98,5%	86,7%	93,5%	95,0%	

PORCENTAJE OCUPACIONAL MEDICINA INTERNA													
SERVICIO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	GLOBAL SERVICIO ACUMULADO AÑO CON CORTE A DIC
MEDICINA INTERNA TUNAL 2024	97,3%	96,0%	99,9%	97,7%	98,9%	99,8%	95,2%	101,3%	99,9%	98,9%	97,8%	97,4%	
MEDICINA INTERNA MEISEN 2024	86,7%	81,6%	87,1%	90,2%	88,4%	98,9%	95,0%	99,3%	99,8%	97,7%	99,2%	98,0%	
MEDICINA INTERNA VISTA HERMOSA 2025	84,9%	88,7%	95,2%	89,7%	86,9%	91,9%	88,3%	92,5%	92,8%	89,9%	97,5%	81,6%	94,8%
MEDICINA INTERNA SANTA LIBRADA 2025	65,1%	70,5%	65,9%	72,3%	93,5%	85,4%	68,7%	79,2%	85,8%	86,2%	89,1%	77,1%	
MEDICINA INTERNA TUNJUELITO 2025	94,2%	96,5%	99,6%	99,0%	98,3%	97,9%	95,7%	93,2%	97,0%	98,9%	99,1%	89,2%	
MEDICINA INTERNA TUNAL 2025	98,1%	99,8%	99,6%	99,9%	99,9%	99,6%	99,9%	99,6%	99,0%	98,9%	100,0%	97,7%	
MEDICINA INTERNA MEISEN 2025	94,5%	94,8%	100,0%	100,0%	98,2%	100,0%	98,3%	96,3%	97,3%	97,7%	97,5%	86,4%	

Fuente: Sistemas de Información Subred Sur 2025

Gráfica 9 Porcentaje Ocupacional Global servicio de Medicina Interna comparativo 2022, 2023, 2024 y 2025



Fuente: Sistemas de Información Subred Sur 2025

El comportamiento del porcentaje ocupacional del Servicio de Medicina Interna durante el cuatrienio refleja una evolución hacia la estabilización y optimización del uso de la capacidad instalada. Mientras que en 2022 se observaban niveles de ocupación con alta variabilidad y picos extremos (superiores al 130% en algunos

meses), para 2025 se consolidó un patrón más estable y eficiente, alineado con las metas institucionales.

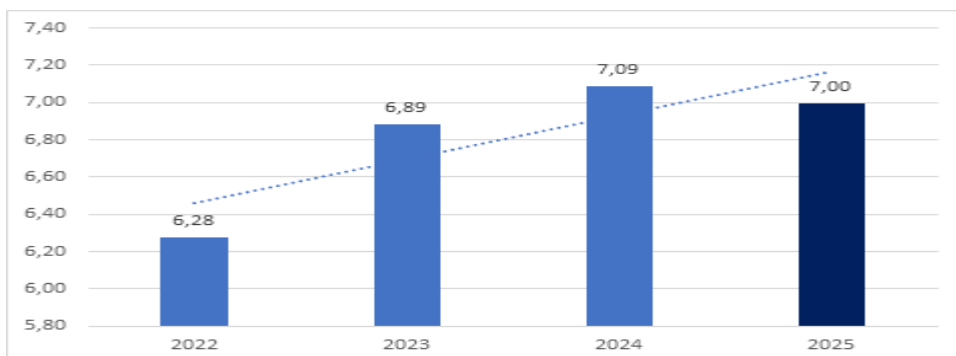
El porcentaje global de ocupación en medicina interna refleja que la capacidad instalada es la adecuada a la demanda del servicio toda vez que el 94.8 % de ocupación está alineado con las metas institucionales para este indicador.

Tabla 40 Giro Cama servicio de Medicina Interna comparativo 2022, 2023, 2024 y 2025

GIRO CAMA MEDICINA INTERNA													
SERVICIO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	GLOBAL SERVICIO ACUMULADO AÑO CON CORTE A DIC
MEDICINA INTERNA VISTA HERMOSA 2022	4,58	4,88	4,56	4,49	5,18	5,09	5,05	6,14	6,10	5,74	5,93	6,00	6,28
MEDICINA INTERNA SANTA LIBRADA 2022	5,10	4,30	4,60	5,10	5,67	5,60	0,00	6,00	6,10	6,57	6,50	5,50	
MEDICINA INTERNA TUNJUELITO 2022	4,54	3,89	4,11	3,97	4,81	4,54	4,81	4,65	4,97	4,89	5,49	4,70	
MEDICINA INTERNA TUNAL 2022	6,87	5,86	7,13	6,94	7,33	8,50	8,57	11,87	7,37	9,20	14,00	10,36	
MEDICINA INTERNA MEISSEN 2022	11,40	5,80	7,50	9,22	16,29	19,40	8,53	7,59	8,45	9,83	8,00	8,10	
MEDICINA INTERNA VISTA HERMOSA 2023	6,07	5,38	5,79	5,55	5,62	5,50	4,95	4,55	4,74	5,26	5,33	4,79	6,89
MEDICINA INTERNA SANTA LIBRADA 2023	5,00	5,57	9,43	5,33	6,78	5,44	5,11	6,22	5,50	5,70	5,00	4,22	
MEDICINA INTERNA TUNJUELITO 2023	4,43	3,97	4,16	4,78	4,27	4,30	3,76	4,19	4,46	3,86	4,27	3,76	
MEDICINA INTERNA TUNAL 2023	10,75	10,19	6,79	8,41	7,48	6,24	6,32	8,73	9,44	9,98	10,05	10,74	
MEDICINA INTERNA MEISSEN 2023	8,48	13,93	8,55	10,20	11,40	11,28	10,56	14,45	11,30	10,64	11,40	11,40	
MEDICINA INTERNA VISTA HERMOSA 2024	5,12	4,62	5,36	5,12	5,50	4,98	5,98	5,43	5,43	5,64	4,57	4,60	7,09
MEDICINA INTERNA SANTA LIBRADA 2024	3,30	4,50	3,89	3,89	3,78	3,11	3,40	4,30	4,20	4,20	2,80	4,10	
MEDICINA INTERNA TUNJUELITO 2024	4,08	4,03	4,19	3,86	4,35	4,38	4,54	4,05	3,41	3,78	4,00	4,19	
MEDICINA INTERNA TUNAL 2024	10,09	11,10	9,49	9,27	9,49	10,07	9,18	9,98	10,93	11,42	11,51	11,18	
MEDICINA INTERNA MEISSEN 2024	11,32	11,08	12,20	11,80	7,12	7,07	9,81	10,17	9,98	8,52	8,21	7,74	
MEDICINA INTERNA VISTA HERMOSA 2025	4,57	4,43	5,45	4,93	5,02	5,26	5,14	5,26	4,64	5,17	4,88	4,55	7,00
MEDICINA INTERNA SANTA LIBRADA 2025	4,36	3,91	3,44	4,80	6,67	5,30	2,70	3,78	5,80	6,91	4,82	6,55	
MEDICINA INTERNA TUNJUELITO 2025	4,54	4,27	4,30	4,27	4,38	3,62	4,43	4,84	3,76	4,27	3,95	4,35	
MEDICINA INTERNA TUNAL 2025	11,00	9,96	10,38	9,89	10,02	10,16	9,60	10,24	8,96	8,80	10,69	11,40	
MEDICINA INTERNA MEISSEN 2025	8,05	7,69	7,33	9,05	8,95	8,12	9,57	9,00	8,69	8,33	9,40	9,64	

Fuente: Sistemas de Información Subred Sur 2025

Gráfica 10 Giro Cama servicio de Medicina Interna comparativo 2022, 2023, 2024 y 2025



Fuente: Sistemas de Información Subred Sur 2025

El indicador de giro cama del Servicio de Medicina Interna muestra una evolución positiva y sostenida durante el cuatrienio, superando consistentemente la meta institucional (≥ 5) y demostrando mejoras significativas en la eficiencia del uso de camas hospitalarias. El giro global pasó de 6.28 en 2022 a 7.00 en 2025, reflejando una optimización del 11.5% en la eficiencia operativa.

Tabla 41 Promedio día estancia Medicina Interna comparativo 2022, 2023, 2024 y 2025

PROMEDIO DÍA ESTANCIA MEDICINA INTERNA													
SERVICIO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	GLOBAL SERVICIO ACUMULADO AÑO CON CORTE A DIC
MEDICINA INTERNA VISTA HERMOSA 2022	4,66	4,27	4,89	4,86	4,81	4,77	4,61	4,47	4,21	4,11	3,92	3,73	4,21
MEDICINA INTERNA SANTA LIBRADA 2022	4,61	4,00	4,50	4,92	4,90	4,50	0,00	4,47	5,24	4,93	4,25	5,09	
MEDICINA INTERNA TUNJUELITO 2022	5,77	5,31	5,84	6,34	5,94	6,38	5,95	6,76	5,96	5,46	5,45	6,68	
MEDICINA INTERNA TUNAL 2022	4,38	4,20	3,88	3,65	3,85	3,66	4,23	2,66	4,86	3,60	2,87	3,67	
MEDICINA INTERNA MEISSEN 2022	2,70	4,10	2,47	2,05	1,60	1,40	2,51	2,61	3,28	2,78	3,06	3,03	
MEDICINA INTERNA VISTA HERMOSA 2023	3,73	4,23	4,74	4,55	4,82	4,43	5,05	6,45	5,04	4,59	4,63	4,80	4,15
MEDICINA INTERNA SANTA LIBRADA 2023	5,33	4,51	3,48	5,65	3,75	4,67	4,78	4,43	5,02	5,11	4,22	4,58	
MEDICINA INTERNA TUNJUELITO 2023	6,87	6,95	7,07	6,13	6,85	6,33	7,84	7,05	6,55	7,69	6,95	6,88	
MEDICINA INTERNA TUNAL 2023	4,18	4,69	4,44	3,78	4,11	4,90	4,82	3,51	3,12	2,90	2,98	2,70	
MEDICINA INTERNA MEISSEN 2023	3,70	2,22	3,51	2,73	2,58	2,59	2,87	2,19	2,16	2,62	2,25	2,56	
MEDICINA INTERNA VISTA HERMOSA 2024	4,71	5,08	4,95	4,67	4,71	5,39	4,33	4,98	4,64	4,48	5,21	6,23	3,88
MEDICINA INTERNA SANTA LIBRADA 2024	6,33	4,38	5,57	6,89	6,88	7,93	7,09	5,81	6,50	5,76	7,32	6,46	
MEDICINA INTERNA TUNJUELITO 2024	6,85	6,88	6,96	6,98	6,26	6,05	5,83	6,85	7,27	6,86	6,91	6,93	
MEDICINA INTERNA TUNAL 2024	2,97	2,48	3,26	3,16	3,15	2,96	3,18	3,04	2,59	2,68	2,55	2,70	
MEDICINA INTERNA MEISSEN 2024	2,37	2,09	2,21	2,19	3,55	4,00	2,95	3,02	2,95	3,55	3,57	3,93	
MEDICINA INTERNA VISTA HERMOSA 2025	5,76	5,27	4,97	4,96	4,80	4,73	4,85	4,90	5,50	4,76	5,10	4,63	3,99
MEDICINA INTERNA SANTA LIBRADA 2025	4,63	5,05	5,94	4,52	4,35	4,64	7,89	6,15	4,38	3,87	5,55	3,65	
MEDICINA INTERNA TUNJUELITO 2025	6,43	6,33	7,16	6,90	6,96	8,08	6,68	5,97	7,68	7,09	7,49	6,24	
MEDICINA INTERNA TUNAL 2025	2,76	2,80	2,95	2,92	3,09	2,94	3,22	2,98	3,31	3,48	2,79	2,51	

PROMEDIO DÍA ESTANCIA MEDICINA INTERNA													
SERVICIO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	GLOBAL SERVICIO ACUMULADO AÑO CON CORTE A DIC
MEDICINA INTERNA MEISSEN 2025	3,64	3,44	4,15	3,25	3,32	3,49	3,00	3,26	3,28	3,61	3,11	2,78	

Fuente: Sistemas de Información Subred Sur 2025

CIRUGÍA

El servicio quirúrgico cuenta en la estructura de acreditación con la mesa primaria de quirúrgicos donde se desarrollan según autoevaluación anual las oportunidades de mejora ligadas a los planes de acreditación.

Tabla 42 Capacidad instalada servicio Quirúrgicos

UNIDAD	CAMAS
Tunal	53
Meissen	63
Total	116

Fuente: Sistemas de Información Subred Sur 2025

Con respecto a la capacidad instalada se contó a lo largo del año con 53 camas en Tunal y 58 camas en Meissen. Sin embargo, hacia el último trimestre de 2025 se dispuso de 5 camas del servicio de medicina interna en Tunal y cinco camas cada uno de los servicios de medicina interna y ginecología de Meissen para el servicio de cirugía, debido a las altas ocupaciones y demanda de camas hospitalarias de cirugía.

Para el caso de los quirófanos, se dispuso la mayor parte del año de 6 quirófanos habilitados en cada uno de los dos Hospitales, con excepción del mes de diciembre donde a partir del 20 se redujo en Meissen la capacidad instalada a 5 salas por adecuaciones de la infraestructura.

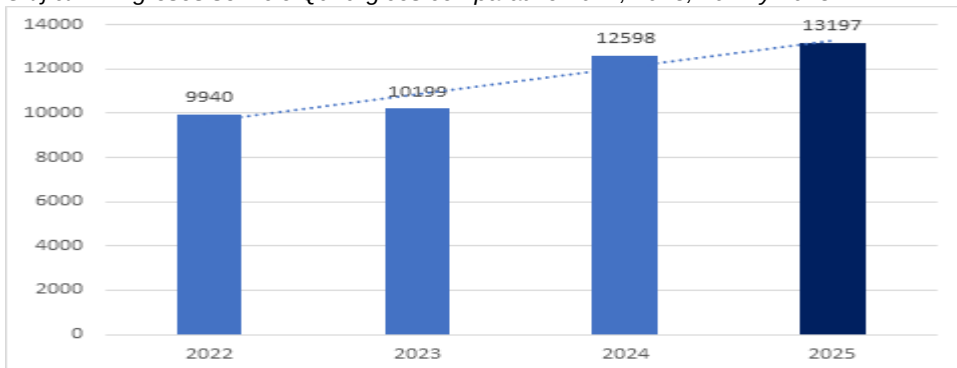
Tabla 43 Egresos servicio Quirúrgicos comparativo 2022, 2023, 2024 y 2025.

EGRESOS CIRUGÍA													
SERVICIO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	GLOBAL SERVICIO SÓLO DIC
CIRUGÍA TUNAL 2022	285	297	331	302	273	314	296	360	304	384	332	338	9940
CIRUGÍA MEISSEN 2022	375	349	436	314	541	520	405	600	580	692	642	670	
CIRUGÍA TUNAL 2023	324	295	412	349	522	349	420	427	479	505	495	476	10199
CIRUGÍA MEISSEN 2023	598	470	480	442	402	347	387	337	388	417	448	430	
CIRUGÍA TUNAL 2024	461	498	484	489	470	463	499	495	523	556	569	552	12598
CIRUGÍA MEISSEN 2024	442	479	482	475	497	534	539	559	526	666	684	656	

EGRESOS CIRUGÍA													
SERVICIO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	GLOBAL DIC
CIRUGÍA TUNAL 2025	521	480	537	510	536	527	509	516	515	514	529	544	
CIRUGÍA MEISSEN 2025	647	562	623	595	589	582	549	574	557	577	603	501	13197

Fuente: Sistemas de Información Subred Sur 2025

Gráfica 11 Egresos servicio Quirúrgicos comparativo 2022, 2023, 2024 y 2025.



Fuente: Sistemas de Información Subred Sur 2025

Entre el año 2022 ya en postpandemia y el año 2023 se evidencia continuidad de la recuperación post pandemia con un aumento de producción del 2,6%. Ya para el 2024, el incremento es más notorio con 2399 egresos más en 2024 correspondiente a un 23,5%. Estas cifras superan en gran medida incluso la cantidad de egresos del año 2019 previo a pandemia. El incremento de los egresos continúa para el 2025 un proceso ascendente con un incremento del 4,7% equivalente a 599 egresos más.

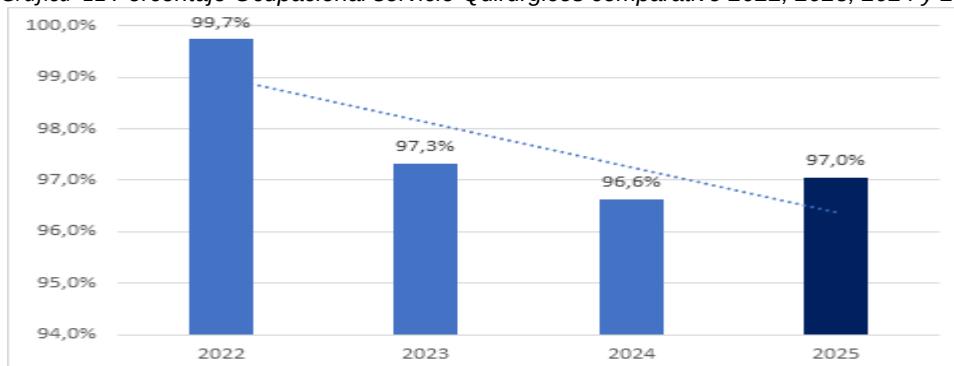
Tabla 44 Porcentaje Ocupacional servicio Quirúrgicos comparativo 2022, 2023, 2024 y 2025.

PORCENTAJE OCUPACIONAL CIRUGÍA													
SERVICIO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	GLOBAL SERVICIO SÓLO DIC
CIRUGÍA TUNAL 2022	107,4 %	98,2 %	129,3 %	123,3 %	91,7 %	111,5 %	104,1 %	118,2 %	121,0 %	93,2 %	103,6 %	104,1 %	99,7 %
CIRUGÍA MEISSEN 2022	78,2 %	87,0 %	71,9 %	69,8 %	94,9 %	83,6 %	101,8 %	107,9 %	99,3 %	124,6 %	108,5 %	114,9 %	
CIRUGÍA TUNAL 2023	110,7 %	86,0 %	98,6 %	90,8 %	98,0 %	85,5 %	98,3 %	94,0 %	100,9 %	98,9 %	99,9 %	98,7 %	97,3 %
CIRUGÍA MEISSEN 2023	107,0 %	119,7 %	97,1 %	97,6 %	96,6 %	82,9 %	107,7 %	100,5 %	86,7 %	93,0 %	94,5 %	87,5 %	

CIRUGÍA TUNAL 2024	96,6%	97,8%	99,8%	98,0%	98,3%	99,7%	94,2%	99,4%	98,6%	98,5%	99,8%	100,0%	96,6%
CIRUGÍA MEISSEN 2024	94,4%	93,3%	90,1%	89,6%	83,5%	96,0%	94,6%	99,3%	99,0%	97,7%	97,8%	98,3%	
CIRUGÍA TUNAL 2025	98,1%	99,8%	99,3%	96,2%	99,9%	99,9%	99,9%	98,5%	98,6%	98,9%	100,0%	92,3%	97,0%
CIRUGÍA MEISSEN 2025	94,4%	100,0%	100,0%	98,2%	96,8%	95,1%	94,2%	98,4%	97,1%	97,4%	91,2%	87,9%	

Fuente: Sistemas de Información Subred Sur 2025

Gráfica 12 Porcentaje Ocupacional servicio Quirúrgicos comparativo 2022, 2023, 2024 y 2025.



Fuente: Sistemas de Información Subred Sur 2025

La tendencia decreciente en los últimos 3 años toma un curso ascendente en 2025. Como ya se mencionó previamente, estas ocupaciones cercanas al 100% dificultan la evacuación de salas de recuperación en salas de cirugía y obstruyen el flujo de la programación quirúrgica motivo por el cual se tomaron las decisiones ya previamente informadas. Las ocupaciones se mantienen cercanas al 100% tanto en El Tunal como en Meissen.

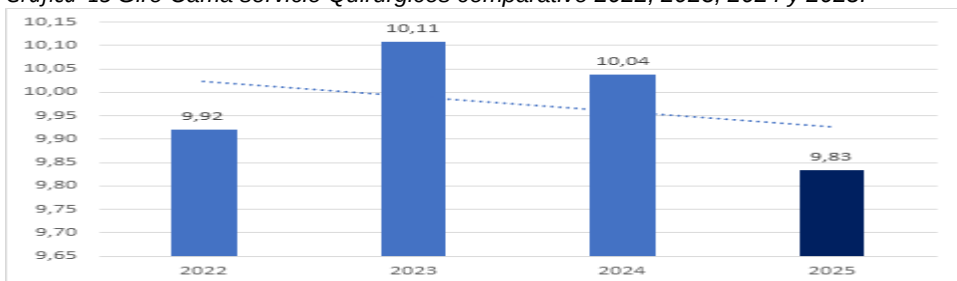
Tabla 45 Giro Cama servicio Quirúrgicos comparativo 2022, 2023, 2024 y 2025.

GIRO CAMA CIRUGÍA													
SERVICIO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	GLOBAL SERVICIO SÓLO DIC
CIRUGÍA TUNAL 2022	10,18	9,28	11,82	10,79	8,53	12,56	10,21	12,41	10,48	13,24	11,45	11,66	9,92
CIRUGÍA MEISSEN 2022	5,95	5,54	6,92	6,41	10,82	9,81	9,20	11,11	10,74	12,81	11,89	12,41	
CIRUGÍA TUNAL 2023	11,17	9,22	13,73	8,95	11,11	6,46	9,13	8,90	9,04	9,35	8,53	8,65	10,11
CIRUGÍA MEISSEN 2023	11,07	9,59	14,12	11,63	10,58	9,13	11,38	13,48	9,70	10,97	11,79	11,32	
CIRUGÍA TUNAL 2024	8,70	8,74	9,13	9,23	8,87	8,74	9,42	9,34	10,06	10,49	10,74	10,42	10,04

GIRO CAMA CIRUGÍA													
SERVICIO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	GLOBAL SERVICIO SÓLO DIC
CIRUGÍA MEISSEN 2024	11,63	12,61	12,68	12,50	8,57	9,21	9,29	9,64	9,07	11,48	11,79	11,31	
CIRUGÍA TUNAL 2025	9,83	9,06	10,13	9,62	10,11	9,94	9,60	9,74	9,72	9,70	9,98	10,26	9,83
CIRUGÍA MEISSEN 2025	11,16	9,69	10,74	10,26	10,16	10,03	9,47	9,90	9,60	9,95	9,57	7,95	

Fuente: Sistemas de Información Subred Sur 2025

Gráfica 13 Giro Cama servicio Quirúrgicos comparativo 2022, 2023, 2024 y 2025.



Fuente: Sistemas de Información Subred Sur 2025

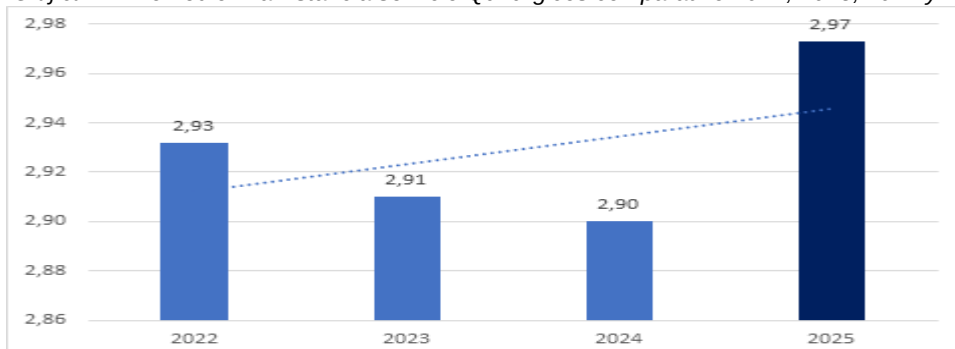
En comparación el año 2023 el giro cama en 2024 se mantiene en 10 siendo también muy estable en comparación a 2022 y reflejando una adecuada rotación de las camas hospitalarias. Para 2025 el giro cama disminuye en un cuarto de unidad (6 horas), lo cual no representa un cambio significativo. En los dos hospitales el giro cama termina siendo similar cuando se toma el promedio anual.

Tabla 46 Promedio día estancia servicio Quirúrgicos comparativo 2022, 2023, 2024 y 2025.

PROMEDIO DÍA ESTANCIA CIRUGÍA													
SERVICIO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	GLOBAL SERVICIO SÓLO DIC
CIRUGÍA TUNAL 2022	3,27	2,96	3,39	3,17	3,32	2,66	3,16	2,88	3,46	2,18	2,71	2,77	2,93
CIRUGÍA MEISSEN 2022	3,79	3,67	2,98	3,03	2,64	2,51	3,20	2,81	2,77	2,68	2,73	2,87	
CIRUGÍA TUNAL 2023	3,07	2,60	2,20	3,04	2,74	3,97	3,34	3,27	3,35	3,28	3,51	3,52	2,91
CIRUGÍA MEISSEN 2023	2,97	3,48	2,13	2,50	2,72	2,67	2,93	2,31	2,64	2,63	2,40	2,32	
CIRUGÍA TUNAL 2024	3,44	3,18	3,38	3,18	3,37	3,41	3,10	3,25	2,93	2,91	2,73	2,89	2,90
CIRUGÍA MEISSEN 2024	2,31	2,11	2,10	2,06	3,01	3,07	3,12	3,18	3,25	2,64	2,48	2,69	
CIRUGÍA TUNAL 2025	3,09	3,08	3,04	3,00	3,06	3,00	3,22	3,14	3,04	3,16	2,98	2,79	2,97
CIRUGÍA MEISSEN 2025	2,62	2,73	2,83	2,87	2,93	2,82	3,03	2,97	2,96	3,02	2,81	3,37	

Fuente: Sistemas de Información Subred Sur 2025

Gráfica 14 Promedio Día Estancia servicio Quirúrgicos comparativo 2022, 2023, 2024 y 2025.



Fuente: Sistemas de Información Subred Sur 2025.

El promedio de días de estancia es similar en los últimos 3 años en 2,9 días, incluso presentando una ligera tendencia al descenso. Los pacientes quirúrgicos en este orden de ideas ocupan en promedio la cama hospitalaria 3 días, lo cual es una estancia adecuada teniendo en cuenta el valor de referencia de máximo 5 días. Para el año 2025 el giro cama sube ligeramente acercándose a los 3 días. Lo anterior sigue mostrando una adecuada estancia a nivel del servicio quirúrgico con una buena rotación como se vio en el ítem anterior. Comparando en 2025 los dos hospitales se ve un comportamiento similar al giro cama donde en unos meses la estancia es inferior en Meissen y en otros lo es en Tunal.

PROGRAMA CLÍNICA DEL DOLOR

La clínica de dolor de la Subred Sur, adscrito a la Dirección de Servicios Hospitalarios, la Subred Sur cuenta desde hace 33 años con el Grupo Multidisciplinar de Clínica de Dolor, único como tal en toda la RED DEL DISTRITO CAPITAL y consta de varios grupos de intervención y manejo:

- Dolor agudo (post quirúrgico, Urgencias, Uci y hospitalización): En Dolor agudo se tratan pacientes en dichas áreas de hospitalización; estos son remitidos a través de interconsultas al servicio y se hace el manejo según valoración del especialista.
- Dolor agudo oncológico: se responden las interconsultas de los pacientes que llegan con dolor oncológico a urgencias, y se hace manejo mientras se hacen las remisiones correspondientes a un hospital de oncología; también se hacen manejos de cuidados paliativos, con sedaciones de final de vida y apoyo psicológico a los pactes y a las familias.

- Dolor crónico: - No oncológico y – Oncológico: Se tratan pacientes de dolor crónico no oncológico y oncológico, los cuales son evaluados en la consulta ambulatoria de consulta externa; la consulta es realizada por los especialistas en dolor, posteriormente, si el caso lo amerita, o es de difícil manejo, es citado para junta interdisciplinaria, para toma de decisiones con el grupo de especialistas interdisciplinario.
- Intervencionismo analgésico: Los especialistas de Clínica de Dolor realizan bloqueos periféricos, viscerales y del Neuroeje en salas de cirugía bajo guía ecográfica y fluoroscópica, o bajo tomografía, según sea la indicación.
- Terapias alternativas: -se hacen consulta externa de Acupuntura, Terapia Neural, Homeopatía. Cada una de estas técnicas, son diferentes ayudando a los pacientes a disminuir el consumo de analgésicos y mejorando la calidad de vida.
- Psicología Clínica del dolor: Responde las interconsultas hospitalarias de los casos diarios de apoyo psicológico con terapia psicológica personal y familiar y consulta externa de los pacientes ambulatorios que son enviados por los médicos de clínica de dolor.
- Junta interdisciplinaria con otros especialistas: Ortopedista de cadera y columna, cirujano de mano, médicos alternativos, psicóloga, terapeutas físicos y ocupacionales, enfermeras. Estas juntas se suspendieron durante la pandemia y desde entonces no se ha logrado establecer las reuniones, debido al costo que eso implica de hora de los especialistas.
- Educación continuada: internos, residentes, especialistas y grupo de enfermería. Se hacen charlas de docencia por parte de residentes e internos que rotan, con la supervisión de la Dra. Abella, referente de clínica de dolor. Se hacen charlas de educación continuada al grupo de enfermería de Hospital El Tunal, para capacitación de conceptos y de manejo de bombas de dolor PCA.

Dentro del programa, se hace seguimiento a estadísticas de atención a usuarios, los principales resultados son:

- El volumen de pacientes en dolor agudo (hospitalizados) muestra una tendencia fluctuante con aumento en la última vigencia: en 2021: 1024 pacientes, en 2022:1931 pacientes, en 2023: 1902 pacientes, en 2024: 1918 pacientes, finalizando en 2025 con un ascenso a 2067 pacientes atendidos; mostrando la capacidad de respuesta del servicio a usuarios en atención en el ámbito hospitalario.
- En la atención prestada para bloqueos intervencionistas del dolor se tiene variaciones en las atenciones, también con un balance de aumento para 2025 así: en 2021: 376, en 2022:411, en 2023: 251, en 2024: 326, finalizando

en 2025 con un ascenso a 443. Esto se asocia, a que se cuenta con dos especialistas en dolor que realizan bloqueos.

- En las consultas de dolor crónico, se evidencia una alta atención en 2021 que logra igualarse un poco con lo efectuado para la vigencia 2025 con la siguiente trazabilidad: en 2021: 2863, en 2022:2435, en 2023: 871, en 2024: 1184, finalizando en 2025 con un ascenso a 2628.
- La intervención de psicología en los ámbitos de hospitalización y consulta externa también ha crecido en el servicio de clínica de dolor a través del quinquenio: en 2021: 1213, en 2022:1341, en 2023: 1488, en 2024: 991, finalizando en 2025 con un ascenso a 1536.
- La consulta de acupuntura ha mantenido su número promedio a lo largo de los años. Para la vigencia de 2025 creció en número de pacientes: en 2021: 4869, en 2022:6529, en 2023: 5767, en 2024: 5592, finalizando en 2025 con un ascenso a 5949.
- Las atenciones a pacientes de terapia neural han crecido, se logró la contratación de la nueva médica de terapia neural y sigue en aumento esta atención: en 2021: 5452, en 2022:7047, en 2023: 7228, en 2024: 5516, finalizando en 2025 con un ascenso a 7990.

PROGRAMA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

El servicio está dirigido a pacientes que, por su condición clínica, pueden recibir atención médica, de enfermería y terapéutica en el hogar, previa valoración interdisciplinaria, sin comprometer la seguridad ni la calidad de la atención. El programa contempla la prestación de servicios asistenciales tales como seguimiento médico, cuidados de enfermería, administración de medicamentos, manejo de dispositivos médicos, toma de ayudas diagnósticas básicas, rehabilitación y educación al paciente y su cuidador.

Indicadores relevantes (referenciales):

- Pacientes atendidos en hospitalización domiciliaria: 677
- Tasa de reingreso hospitalario: 7,8%
- Cumplimiento de planes de atención domiciliaria: 100%
- Nivel de satisfacción del usuario/cuidador: 98,5%

PROGRAMA CASA MÁS BIENESTAR

El Programa Casa Más Bienestar es una estrategia institucional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. orientada a garantizar la continuidad del cuidado en salud de pacientes clínicamente estables que requieren manejo bajo la

modalidad de hospitalización domiciliaria, pero que no cuentan con condiciones adecuadas de habitabilidad, apoyo social o accesibilidad en su entorno domiciliario.

Este programa ofrece un alojamiento transitorio seguro, humanizado y supervisado, que permite la ejecución del plan de manejo individualizado definido por el equipo de Hospitalización Domiciliaria, sin sustituir la atención hospitalaria ni constituirse como un servicio de urgencias. La atención clínica se articula permanentemente con los equipos extramurales, garantizando seguimiento médico, cuidados de enfermería, administración de tratamientos, educación al paciente y cuidador, y actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Indicadores referenciales del programa:

- Pacientes atendidos en Casa Más Bienestar durante la vigencia: 13
- Tasa de reingreso hospitalario posterior al egreso: 0,2%
- Nivel de satisfacción del paciente y cuidador: 4,7%

3.1.2.3. GESTION DE URGENCIAS

El presente informe de gestión tiene como objetivo presentar el análisis comparativo de la gestión adelantada por la Dirección de Urgencias durante las vigencias 2024 y 2025 en las diferentes unidades que conforman la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

CAPACIDAD INSTALADA

Durante el periodo 2024–2025, la capacidad instalada del servicio de urgencias de la Subred Sur se ha mantenido acorde con la habilitación registrada en el REPS, evidenciando una distribución diferenciada de recursos físicos según el nivel de complejidad de cada unidad de atención.

Tabla 47 Capacidad instalada

DIRECCION DE URGENCIAS SUBRED SUR			
CAPACIDAD INSTALADA REPS			
UNIDAD	TIPO DE OFERTA	POBLACION	CANTIDAD
HOSPITAL EL TUNAL	CAMILLAS	Observación Adultos Hombres	7
	CAMILLAS	Observación Adultos Mujeres	6
	CAMILLAS	Observación Pediátrica	1
	SILLAS RECLINOMATICAS	Sala de transición	10
HOSPITAL MEISSEN	CAMILLAS	Observación Adultos Hombres	13
	CAMILLAS	Observación Adultos Mujeres	9

	CAMILLAS	Observación Pediátrica	12
	SILLAS RECLINOMATICAS	Área de extensión	8
HOSPITAL TUNJUELITO	CAMILLAS	Observación Adultos Hombres	6
	CAMILLAS	Observación Adultos Mujeres	6
HOSPITAL VISTA HERMOSA	CAMILLAS	Observación Adultos Hombres	5
	CAMILLAS	Observación Adultos Mujeres	5
	CAMILLAS	Observación Pediátrica	2
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD USME	CAMILLAS	Observación Adultos Hombres	1
	CAMILLAS	Observación Adultos Mujeres	1
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SANTA LIBRADA I	CAMILLAS	Observación Adultos Hombres	2
	CAMILLAS	Observación Adultos Mujeres	2
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD NAZARETH (RURALIDAD)	CAMILLAS	Observación Adultos Hombres	1
	CAMILLAS	Observación Adultos Mujeres	1
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAN JUAN DE SUMAPÁZ (RURALIDAD)	CAMILLAS	Observación Adultos Hombres	1
	CAMILLAS	Observación Adultos Mujeres	1
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD JERUSALEN	CAMILLAS	Observación Adultos Hombres	3
	CAMILLAS	Observación Adultos Mujeres	3

Fuente: Gestión de la información 2025- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur

INDICADORES

OPORTUNIDAD DE TRIAGE II – GLOBAL SUBREDSUR

La oportunidad de atención del Triage II en la Subred Sur muestra un comportamiento diferenciado entre las vigencias 2024 y 2025.

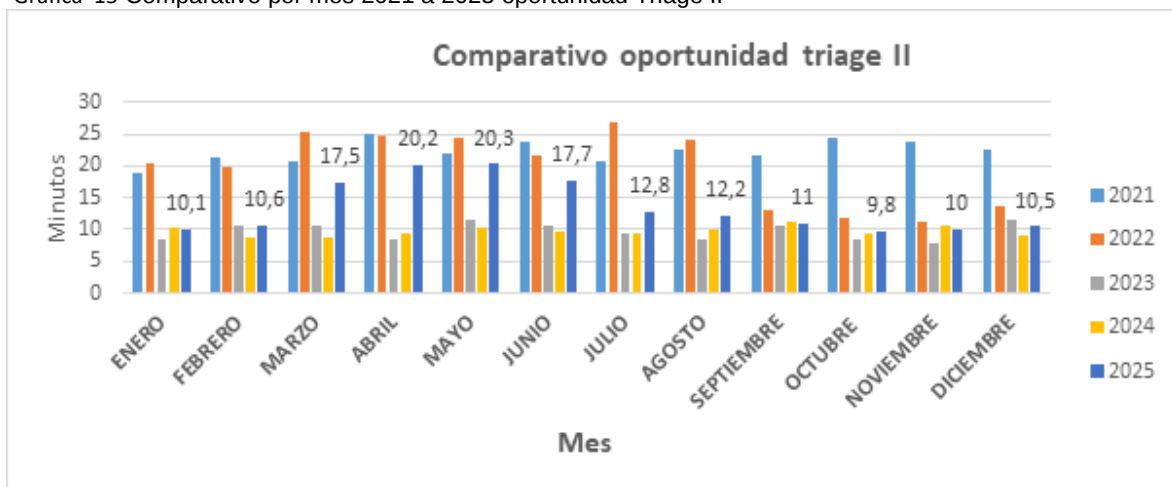
Tabla 48 Comparativo Oportunidad de Triage II Global por unidades 2020-2025

OPORTUNIDAD TRIAGE II GLOBAL SUB RED SUR						
SUBRED SUR						
	2020	2021	2022	2023	2024	2025
ENERO	20,31	18,8	20,5	8,5	10,4	10,1
FEBRERO	20,73	21,3	19,8	10,6	8,9	10,6
MARZO	20,28	20,6	25,3	10,5	8,8	17,5
ABRIL	20,69	24,9	24,6	8,4	9,4	20,2
MAYO	15,1	21,9	24,3	11,5	10,3	20,3
JUNIO	19,3	23,8	21,8	10,5	9,8	17,7

JULIO	18,66	20,8	27	9,5	9,4	12,8
AGOSTO	20,17	22,5	24	8,5	9,9	12,2
SEPTIEMBRE	18,23	21,7	13,2	10,5	11,3	11
OCTUBRE	19,58	24,4	11,7	8,4	9,4	9,8
NOVIEMBRE	20,5	23,7	11,1	7,8	10,6	10
DICIEMBRE	20,12	22,7	13,6	11,5	9,1	10,5
OPORTUNIDAD ANUAL	19,5	22,3	19,7	9,7	9,8	13,5

Fuente: Gestión de la información 2025- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur

Gráfica 15 Comparativo por mes 2021 a 2025 oportunidad Triage II



Fuente: Gestión de la información 2025 - Subred Integrada de Servicios de Salud Sur

Para el año 2025, en comparación con 2024, se observa un incremento en el promedio anual a 13,5 minutos, con picos relevantes durante los meses de marzo a junio. Este comportamiento se asocia principalmente al aumento en la demanda de servicios, la variabilidad epidemiológica como el pico respiratorio de abril a junio y la presión operativa generada por limitaciones en la capacidad instalada y la rotación de camas hospitalarias.

OPORTUNIDAD DE TRIAGE III

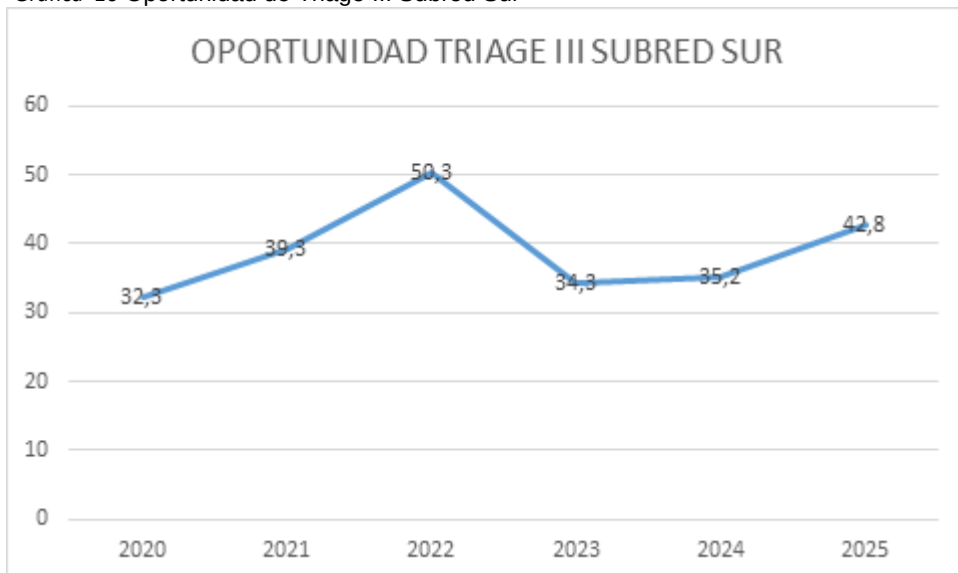
El indicador de Oportunidad de Triage III mide el tiempo transcurrido entre la clasificación del paciente y el inicio de la atención médica, conforme a los estándares definidos en la normatividad vigente para servicios de urgencias y acorde a los protocolos institucionales no debe superar los 120 minutos. Este indicador constituye un trazador crítico de calidad, seguridad del paciente y capacidad resolutoria institucional.

Tabla 49 Oportunidad de triage III

OPOTUNIDAD TRIAGE III SUBRED SUR 2023 SUBREDSUR					
	2021	2022	2023	2024	2025
ENERO	30,9	39,6	24,2	37,9	34,1
FEBRERO	30,6	41,8	57,8	37,7	55,6
MARZO	36,8	49,9	35,8	42,6	54,7
ABRIL	34,6	46,8	31,8	28,3	48,7
MAYO	39,2	58,8	41,9	27,7	43,7
JUNIO	38,7	51,1	42,2	37,4	39
JULIO	36,4	51,1	32,5	40,7	37,9
AGOSTO	37,3	49	34,1	45,3	39,8
SEPTIEMBRE	42,3	45,2	33,7	47,9	42,2
OCTUBRE	42,2	23,2	31	42,9	35,6
NOVIEMBRE	43,3	25	27,6	39,1	42,7
DICIEMBRE	40,7	31	37,02	46	39,8

Fuente: Gestión de la información 2025 - Subred Integrada de Servicios de Salud Sur

Gráfica 16 Oportunidad de Triage III Subred Sur



Fuente: Gestión de la información 2025 - Subred Integrada de Servicios de Salud Sur

En la comparación específica 2024 vs. 2025, se observa:

- Variabilidad mensual en ambos periodos.
- En 2025 se presentan incrementos en algunos meses como febrero y marzo frente a 2024.
- Estabilización en el segundo semestre de 2025.
- No obstante, el indicador se mantiene dentro de los tiempos establecidos por la normatividad vigente, reflejando el cumplimiento en la oportunidad de atención para pacientes clasificados como Triage III.

La tendencia general demuestra un proceso continuo de monitoreo y ajuste operativo con acciones correctivas oportunas por parte de la Dirección de Urgencias, orientado a optimizar los tiempos de respuesta y fortalecer la calidad en la prestación del servicio.

CONSULTA URGENCIAS

Tabla 50 Número de consulta de urgencias

URGENCIAS CONSULTA ADULTOS SUBRED SUR						
MES/AÑO	2020	2021	2022	2023	2024	2025
ENERO	8.835	6.284	7.631	7479	7561	6483
FEBRERO	8.914	6.433	6.988	7712	7719	6780
MARZO	8.368	7.639	8.780	8787	8181	7574
ABRIL	5.322	7.034	8.225	8320	7396	7187
MAYO	6.217	7.468	9.115	8997	7524	7330
JUNIO	5.987	6.978	8.299	7968	7133	6529
JULIO	5.391	7.171	7732	8210	7177	6489
AGOSTO	5.727	7.979	8415	8451	7292	6916
SEPTIEMBRE	6.650	8.079	8462	8755	7584	7215
OCTUBRE	7.610	7.921	8451	8295	6727	6880
NOVIEMBRE	7.567	7.764	8112	7892	6728	7017
DICIEMBRE	7.444	7.737	7438	7463	6567	7404
TOTAL	84.032	88.487	97.648	98329	87589	83.804

Fuente: Gestión de la información 2025- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur

Tabla 51 Producción dirección de urgencias (consulta adultos, pediatría, urgencias)

URGENCIAS CONSULTA SUBRED SUR						
AÑO	2020	2021	2022	2023	2024	2025
ADULTOS	83501	88487	90210	98329	87.919	83804
PEDIATRIA	16916	18128	29307	30593	29.557	31208
GINECOLOGIA	22273	18545	16437	16455	15.723	16912
TOTAL CONSULTA	122690	125160	135954	145377	133.199	131924

Fuente: Gestión de la información 2025- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur

Gráfica 17 Total consulta urgencias Subred Sur



Fuente: Gestión de la información 2025- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur

El comportamiento global de la producción de consulta urgencias en comparativo 2024 y 2025, muestra variación con disminución de 1275 consultas para 2025. Aunque se presenta una leve disminución global en el total de consultas, el análisis por servicios muestra comportamientos diferenciados:

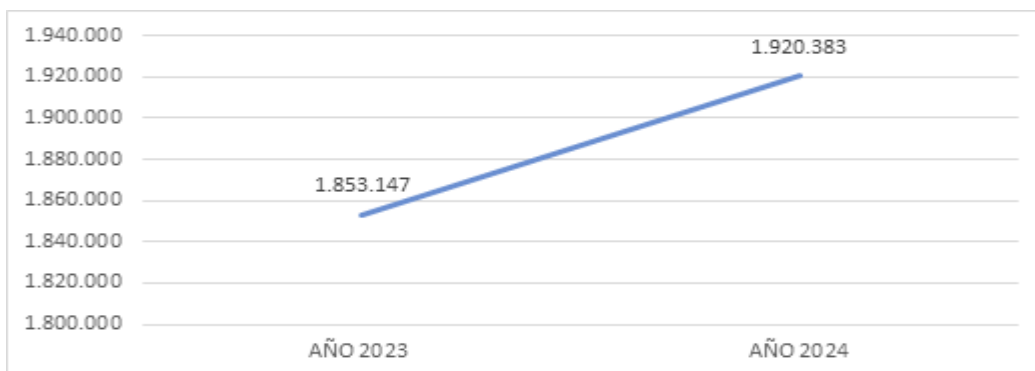
- Disminución en adultos.
- Incremento en pediatría.
- Incremento en ginecología.

3.1.2.4. GESTION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

COMPARATIVO DE PRODUCCIÓN LABORATORIO CLÍNICO 2024 - 2025

Comparando el año 2024 en relación al 2025, se observa un incremento de 3.5% que se representa en 67.236 exámenes más para esta vigencia. Lo anterior está relacionado con una mayor adherencia por parte del cuerpo médico a las directrices generadas por las resoluciones emitidas por ministerio en temas de atención primaria y rutas de atención primaria en salud fortalecidas en el año 2024.

Gráfica 18 Comparativo 2024 a 2025



Fuente: Sistema de información de Laboratorio Clínico 2024

PRODUCCIÓN AÑO 2025

En términos de producción, el año 2025 presentó un incremento de 2% en relación al año 2024, correspondientes a 32.920 más para este año. Lo anterior está relacionado con un incremento en la población atendida por el ingreso de pacientes de EPS que ingresan a nuestro portafolio en este año como Famisanar además de la implementación paulatina de las resoluciones emitidas por ministerio en temas de atención primaria y rutas de Atención primaria en salud.

Gráfica 19 Comparativo de producción exámenes de laboratorio clínico 2025



Fuente: Base de Datos Sistema Compronet- Laboratorio Clínico 2025

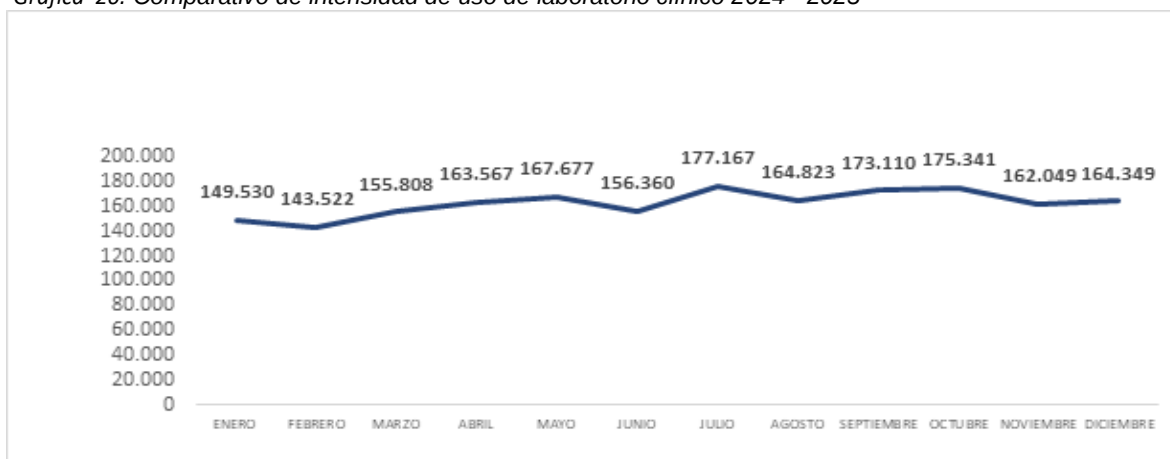
INDICADOR INTENSIDAD DE USO DEL LABORATORIO CLINICO

Para el año 2025, se presentan tres meses con número de exámenes procesados por encima de 170.000 Julio cuyo impacto más fuerte se presentó en el ámbito de consulta externa cuyo crecimiento fue de 22% representado en 21.039 exámenes relacionado con el promedio del mes anterior. El mes de septiembre cuyo impacto también estuvo en el ámbito ambulatorio donde se observa un incremento de 7%

de en relación al periodo anterior, lo que represento 6. 831 exámenes más. Octubre: al igual que lo comentado en los dos párrafos anteriores, el incremento mayor lo sufre Consulta externa con un 3% por encima del mes anterior correspondientes a 2.387, pese a que se presentó un día festivo que en teoría disminuiría la producción en este ámbito.

Concluyendo el tema, se observa que a partir de la segunda mitad de este año se han venido implementando varias campañas de captación temprana en varios frentes como Cáncer de Colon, cáncer de próstata, ruta Cardio cerebro vascular. etc. que hace que la producción en laboratorio este elevada después de este periodo.

Gráfica 20. Comparativo de intensidad de uso de laboratorio clínico 2024 - 2025

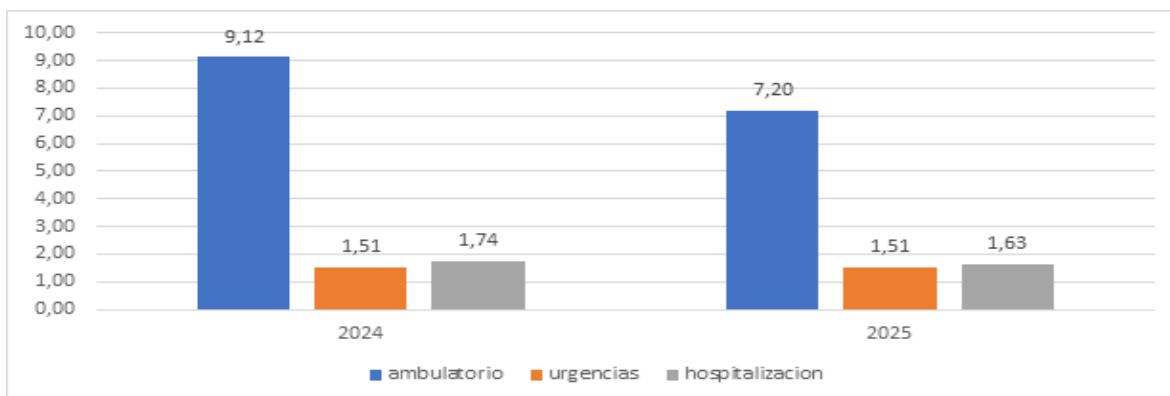


Fuente: Base de Datos Sistema Compronet- Laboratorio Clínico 2024 - 2025

COMPARATIVO AÑO 2024 vs 2025 INDICADOR DE OPORTUNIDAD

En el laboratorio clínico la medición de este indicador es fundamental para optimizar los indicadores de gestión en ámbito hospitalario como lo es egresos y giro cama., además de ser indicadores de estricto cumplimiento.

Gráfica 21 Comparativo Oportunidad en entrega de Resultados 2024 vs 2025



Fuente: Base de Datos Sistema Compronet- Laboratorio Clínico 2024 - 2025

SERVICIO DE RADIOLOGÍA E IMAGENOLOGÍA DIAGNOSTICAS

PRODUCCIÓN DEL SERVICIO DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS 2024 - 2025

Durante el año 2025, el servicio de radiología e imágenes diagnósticas operó en 9 unidades de atención. De estas, la USS Carmen por vencimiento de licencia de práctica médica cerro su atención de consulta externa para radiología convencional a partir del 1 diciembre del 2025.

A lo largo de 2025, se realizó un total de 299.407 estudios, que incluyeron tomografía, radiología convencional, mamografía, ecografía y procedimientos mínimamente invasivos. Los meses donde más se facturo fue en agosto, octubre y diciembre, mientras que en junio se registró una baja significativa en la facturación debido a los inconvenientes con los sistemas en la Subred Sur.

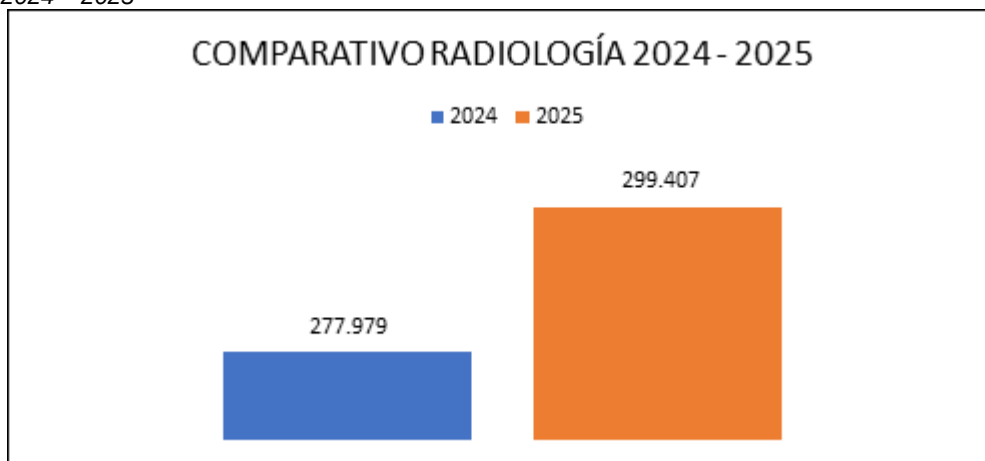
El crecimiento en la producción del 7% con respecto al año anterior refleja el esfuerzo de los profesionales y de los procesos que intervienen en la atención de los pacientes, por brindar una atención efectiva y oportuna. El incremento de 21.428 estudios adicionales demuestra la capacidad operativa que se tiene en las diferentes unidades para cumplir con la demanda de los servicios ofertados.

Pese al cierre de los tomógrafos en la USS Meissen (14 de octubre) y la USS Tunal (12 de mayo), la continuidad del servicio se garantizó mediante el traslado de pacientes a través del sistema de referencia y contrarreferencia. De igual forma, la indisponibilidad del equipo de rayos X fijo en la USS Meissen desde el 28 de febrero ha impactado la atención en urgencias y hospitalización; no obstante, se ha mitigado con el uso de equipos portátiles y traslados externos. Finalmente, el cierre de la

USS El Carmen y la suspensión de consulta externa en Meissen se han compensado con atención en otras unidades, manteniendo la oportunidad en el servicio.

Por otra parte, durante el año se registraron fallas críticas en el sistema de información de radiología (RIS/PACS), lo cual afectó la oportunidad de lectura y la custodia de imágenes. Esta situación impidió la visualización en tiempo real de estudios durante las consultas de Ortopedia, ecografía de seno y otras especialidades. No obstante, tras una gestión directa con el proveedor, se lograron mejoras estructurales en el ancho de banda y en la capacidad de almacenamiento (se pasó todo a la nube), dando cumplimiento a los términos contractuales y optimizando la estabilidad del servicio.

Gráfica 22 Producción total del servicio de radiología Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E 2024 – 2025



Fuente: Base de Datos Sistema Compronet- Laboratorio Clínico 2024 - 2025

3.1.3. PARTICIPACION Y SERVICIO AL CIUDADANO

GESTIÓN DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO.

En el marco de esta vigencia, se realizó la actualización de la caracterización de usuarios, lo que permitió contar con información más precisa, pertinente y territorializada sobre las comunidades atendidas. Desde el componente operativo, el proceso de Participación Comunitaria desarrolló de manera permanente asistencia técnica, metodológica y logística a las distintas instancias y espacios de Participación Comunitaria en Salud, tales como, las Asociaciones de usuarios, los COPACOS (Comités de Participación Comunitaria en Salud), JACs (Juntas Asesoras Comunitarias) y el Comité de Ética Hospitalaria, así como al ejercicio de

Control Social a través de las veedurías ciudadanas. Este acompañamiento tuvo como propósito fortalecer las capacidades de los actores comunitarios, garantizar el ejercicio informado de sus derechos y promover una participación incidente y corresponsable.

Para ello, se implementaron diversas estrategias de diálogo ciudadano, en la que participó activamente la Gerencia y Equipo Directivo, además de procesos continuos de formación y capacitación, así como acciones de información y comunicación, orientadas a facilitar el acceso oportuno a la información pública, la comprensión de los proyectos y convenios en salud y el seguimiento ciudadano a la gestión institucional. Estas estrategias contribuyeron al fortalecimiento de la relación Estado-ciudadanía, promoviendo escenarios de confianza, corresponsabilidad y construcción colectiva, y permitiendo además visibilizar y posicionar las experiencias, saberes y buenas prácticas de la comunidad como aportes valiosos a la gestión en salud.

El desarrollo de la Participación Comunitaria y el Control Social en la Subred Sur se realizó en estricto cumplimiento de la normatividad vigente, garantizando la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de las acciones desarrolladas. En este sentido, se llevó a cabo la programación, seguimiento, cumplimiento y presentación de informes de las acciones de participación comunitaria ante el Ministerio de Salud y Protección Social y la Secretaría Distrital de Salud, evidenciando no solo el cumplimiento normativo, sino también el fortalecimiento progresivo de las instancias de participación y del ejercicio de control social en el territorio.

De igual manera, durante la vigencia 2025 se dio continuidad al funcionamiento de las Juntas Asesoras Comunitarias y las Veedurías en Salud, a través de la realización de encuentros, mesas de diálogo y espacios de seguimiento, desarrollados de acuerdo con la periodicidad propia de cada instancia y con las dinámicas territoriales de cada localidad. Estos espacios permitieron consolidar procesos participativos sostenidos, fortalecer el rol de la ciudadanía como actor de control y seguimiento, y aportar a la transparencia y mejora continua de la gestión institucional.

ASISTENCIA TECNICA INSTANCIAS DE PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD

Se implementó el Plan de Acción en coherencia con el modelo de atención MAS Bienestar y la Política Pública de Participación Social en Salud, orientando su gestión a fortalecer el empoderamiento ciudadano, la cultura del cuidado y el control social con enfoque territorial, diferencial y de derechos.

El Plan se estructuró en cinco ejes estratégicos y su despliegue se materializó mediante asistencias técnicas, procesos pedagógicos, diálogo ciudadano, estrategias de información y comunicación e incidencia en escenarios locales, con resultados evidenciables en las localidades de Tunjuelito, Ciudad Bolívar, Usme y Sumapaz.

Tabla 52 Marco de ejecución: Ejes del Plan de Acción 2025 (síntesis de cumplimiento)

Eje estratégico	Propósito	Cumplimiento 2025 (según informe)
1. Fortalecimiento institucional	Consolidar capacidades técnicas, pedagógicas e institucionales	Alto (superior al 97%)
2. Empoderamiento ciudadano y organizativo	Fortalecer liderazgo, incidencia y organización	Alto (97% a 100%)
3. Cultura en salud	Promover cuidado, autocuidado y bienestar	Satisfactorio (superior al 89%)
4. Control social en salud	Fortalecer control social y transparencia	Alto (100% en varias metas)
5. Gobernanza e incidencia	Garantizar diálogo, corresponsabilidad e incidencia	Cumplido

Fuente informe plan de acción oficina participación Comunitaria 2025

ASOCIACIONES DE USUARIOS

Las Acciones ejecutadas durante la vigencia 2025, donde se contó con la participación de las asociaciones de usuarios fueron:

- Asistencia técnica para planes de acción, seguimiento y cierre de gestión.
- Depuración y actualización de libros de asociados, reglamentos internos y estatutos, fortaleciendo la estructura organizativa.
- Procesos pedagógicos con metodologías participativas (pretest y postest), orientados a fortalecer incidencia y liderazgo.
- Implementación de estrategia comunicativa institucional con más de 190 registros de interacción, ampliando canales de relación con ciudadanía.
- Participación en escenarios de gobernanza e incidencia, articulando diálogo ciudadano por localidad.

COPACOS (Comité de Participación Comunitaria en Salud)

Las Acciones ejecutadas durante la vigencia 2025, donde se contó con la participación de los Copacos, fueron:

- Asistencias técnicas continuas para formulación, seguimiento y cierre de planes de acción.

- Procesos pedagógicos con metodologías participativas (pretest y posttest), orientados a fortalecer incidencia y liderazgo.
- Participación en escenarios de gobernanza e incidencia, articulando diálogo ciudadano por localidad.

JUNTAS ASESORAS COMUNITARIAS

Las Acciones ejecutadas durante la vigencia 2025, donde se contó con la participación de Juntas Asesoras Comunitarias, fueron:

- Asistencia técnica para la formulación, seguimiento y evaluación de planes de acción de las JACs por localidad.
- Desarrollo de espacios de diálogo y mesas de trabajo periódicas, de acuerdo con la programación y dinámica territorial de cada localidad.
- Procesos de formación y fortalecimiento de capacidades en participación social, derechos en salud, control social y enfoque diferencial.
- Articulación de las JACs con otros escenarios de gobernanza local, como diálogos ciudadanos, mesas MAS Bienestar y espacios intersectoriales.

COMITÉ DE ÉTICA HOSPITALARIO

Las Acciones ejecutadas durante la vigencia 2025, donde se contó con la participación del Comité de Ética Hospitalario, fueron:

- Acompañamiento institucional para el funcionamiento regular del Comité de Ética Hospitalario.
- Articulación del Comité con los procesos de participación comunitaria y servicio al ciudadano.
- Promoción de espacios de reflexión y análisis ético frente a situaciones relacionadas con la atención en salud y los derechos de los usuarios.
- Cumplimiento satisfactorio durante la vigencia 2025, manteniendo su funcionamiento conforme a los lineamientos institucionales y aportando a la mejora continua de la calidad y humanización de los servicios de salud.

CONTROL SOCIAL – VEEDURIAS EN SALUD

Durante la vigencia 2025, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., a través de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, fortaleció el ejercicio de control social como un mecanismo fundamental para la transparencia, la vigilancia ciudadana y la mejora continua de la gestión pública en salud.

El trabajo se desarrolló en articulación con veedores ciudadanos, organizaciones sociales, alcaldías locales y entidades distritales, mediante mesas de diálogo,

recorridos técnicos y espacios de seguimiento, garantizando la participación de la comunidad en las decisiones que impactan su territorio.

Tabla 53 Localidad de Ciudad Bolívar

Aspecto	Información 2025
Veedurías activas	PIL Ciudad Bolívar (Convenio 1692 de 2024), PSPIC (Plan de Intervenciones Colectivas PIC)
Mesas de trabajo realizadas	13 mesas de diálogo y seguimiento durante la vigencia 2025
Principales temas tratados	Dispositivos de asistencia personal, acciones complementarias en salud, bases de datos, focalización y listas de espera
Participación ciudadana	14 veedores activos, avalados por la Personería Distrital
Logros del control social	- Más de 1.300 personas beneficiadas con dispositivos de asistencia persona - Cumplimiento cercano al 100 % de metas programadas - Transparencia en la ejecución física y financiera - Veeduría fortalecida y activa durante todo el año

Fuente informe plan de acción oficina participación Comunitaria 2025

Tabla 54 Localidad de Tunjuelito

Aspecto	Información 2025
Veedurías activas	PIL Tunjuelito (Convenio 653 de 2024), Veeduría Hospital El Tunal Urgencias, PSPIC (Plan de Intervenciones Colectivas PIC)
Mesas y recorridos	13 mesas del PIL Tunjuelito 9 mesas de diálogo y 8 recorridos de obra en Hospital El Tunal - Conformación veeduría PSPIC (Plan de Intervenciones Colectivas PIC)
Principales temas tratados	Avances de infraestructura, cronogramas, prórrogas contractuales, dotación biomédica, entrega de ayudas técnicas
Participación ciudadana	Entre 9 y 15 veedores según veeduría, con acompañamiento institucional permanente
Logros del control social	- Cumplimiento total de metas del PIL - Avances sostenidos en urgencias del Hospital El Tunal - Socialización de resultados ante la JAL - Mayor confianza comunitaria en la gestión institucional

Fuente informe plan de acción oficina participación Comunitaria 2025

Tabla 55 Localidad de Usme

Aspecto	Información 2025
Veedurías activas	Hospital de Usme, PIL Usme, Marichuela, Danubio, PSPIC (Plan de Intervenciones Colectivas PIC)
Mesas y recorridos	11 mesas del PIL Usme 10 reuniones y 8 recorridos técnicos del Hospital de Usme 8 reuniones de veeduría Marichuela 10 reuniones veeduría Danubio - Conformación veeduría PSPIC
Principales temas tratados	A través del convenio PIL, (Proyectos de inversión Local) se realizó estrategias de mitigación de violencias y entregas de dispositivos de asistencia personal, y acciones encaminadas a la promoción y prevención Frente al seguimiento del Hospital de Usme, se hizo seguimiento a las fases de entrega de obra, así como a la ejecución financiera.

	Se realizó diálogo ciudadano con la gerencia en seguimiento a las necesidades evidenciadas por la veeduría Danubio
Participación ciudadana	15 a 20 veedores según proyecto, con vocerías activas con resolución de personería
Logros del control social	- Ejecución financiera superior al 90 % del Hospital de Usme - Vigilancia ciudadana a obra estratégica distrital - Entregas progresivas de dispositivos de asistencia personal - Premio Veeduría Distrital en Infraestructura

Fuente informe plan de acción oficina participación Comunitaria 2025

Tabla 56 **Localidad de Sumapaz**

Aspecto	Información 2025
Veedurías activas	PSPIC (Plan de Intervenciones Colectivas PIC) y Equipos Más Bienestar en tu Hogar Sumapaz
Mesas de trabajo	Espacios de socialización y mesas bimestrales de seguimiento comunitario
Principales temas tratados	Salud pública rural, autocuidado, educación ambiental, territorialización de acciones
Participación ciudadana	5 veedores rurales en proceso de formalización ante Personería
Logros del control social	- Conformación de veeduría con enfoque rural activa - Participación comunitaria - Fortalecimiento del control social en territorio disperso

Fuente informe plan de acción oficina participación Comunitaria 2025

Tabla 57 **Resumen general por localidades**

Indicador	Resultado 2025
Localidades con mesas de diálogo control social	Ciudad Bolívar, Tunjuelito, Usme y Sumapaz
Total, de veedurías activas	16 veedurías
Total, de veedores participantes	180 ciudadanos
Compromisos Colibrí	25 compromisos – 100 % cumplidos

Fuente informe plan de acción oficina participación Comunitaria 2025

DIALOGOS CIUDADANOS 2025

Los diálogos ciudadanos de 2025 contaron con la presencia activa de la Dra. Viviana Marcela Clavijo, Gerente de la Subred Sur, quien lideró las conversaciones junto con el equipo directivo. Esta participación de la alta dirección se evidenció en tres aspectos centrales:

1. Escucha y liderazgo directo: la Gerencia orientó el diálogo para que las inquietudes comunitarias se transformaran en asuntos de decisión institucional
2. Trazabilidad administrativa: las necesidades y expectativas se consolidaron en actas y matrices, y se radicarón mediante oficio ante Gerencia, garantizando que quedaran como requerimientos oficiales.

3. Respuesta oficial documentada: la Gerencia y el equipo directivo asumieron la responsabilidad de emitir respuestas formales, facilitando el seguimiento comunitario y fortaleciendo la rendición de cuentas.

LOCALIDAD DE USME

En Usme los diálogos priorizaron necesidades relacionadas con infraestructura en salud, medicamentos, y acceso a especialistas, con énfasis en proyectos estratégicos como Hospital Usme y Marichuela.

Tabla 58 Resumen temático y compromisos:

Tema / necesidad priorizada	Respuesta oficial institucional	Compromiso / seguimiento
Apertura Hospital Usme	Contrato "llave en mano" 3843-2020 (obra + dotación); apertura prevista para agosto 2025	Proyección de recursos para apertura progresiva de servicios
Proyecto Marichuela	Asignación de recursos por fases (estudios, obra, dotación biomédica y TIC) por \$25.477 millones	Ejecución supervisada por EGAT y SDS
Medicamentos en USS Marichuela	Personal adicional, entrega domiciliar y contratos de transporte	Seguimiento diario a suficiencia de medicamentos
Citas especializadas	Contratación de especialistas, tercerización y estrategia "Te agendo tu cita"	Optimización de agendas y reducción de lista de espera

Fuente informe necesidades diálogos ciudadanos 2025

Participación de Gerencia en Usme

- La Gerencia lideró la consolidación de respuestas oficiales sobre infraestructura, dotación, medicamentos y contratación, fortaleciendo la trazabilidad vía oficios y matrices.

LOCALIDAD DE SUMAPAZ

En Sumapaz se priorizaron temas de salud rural, adecuaciones de unidades, acceso a medicamentos especializados, jornadas de especialistas y movilidad/traslado en salud (Ruta de la Salud).

Tabla 59 Resumen temático y compromisos:

Tema / necesidad priorizada	Respuesta oficial institucional	Compromiso / seguimiento
Ecoterapia y Parque Chaqué	Recorrido con SDS y Alcaldía; propuestas para salud mental, abandono social y turismo	SDS evalúa alternativas antes de decisión final
Adecuación unidades rurales	Evaluación técnica en curso por SDS en San Juan y Nazareth	Definir alcance de obras y ejecución en 2026

Tema / necesidad priorizada	Respuesta oficial institucional	Compromiso / seguimiento
Ambulancia medicalizada	Proyecto radicado y aprobado; entrega prevista primer trimestre 2026	Priorización de adquisición por SDS
Medicamentos especializados	Capital Salud retoma entrega vía Audifarma; gestión interinstitucional	Entrega domiciliaria articulada con Alcaldía y EPS
Jornadas de especialistas	Jornadas mensuales alternadas; ampliación con psiquiatría, nutrición y citología VPH	Continuidad y ampliación de especialidades críticas
Ruta de la Salud	Convenio interadministrativo suscrito; ampliación con dos vehículos adicionales	Contratación de talento humano y cobertura rural

Fuente informe plan de acción oficina participación Comunitaria 2025

Participación de Gerencia en Sumapaz

- La alta dirección respaldó respuestas sobre infraestructura rural, movilidad sanitaria y gestión interinstitucional (SDS, Alcaldía, EPS), garantizando formalización y seguimiento de compromisos.

LOCALIDAD DE CIUDAD BOLÍVAR

En Ciudad Bolívar se concentraron temas de abastecimiento de medicamentos e insumos, continuidad de servicios (radiología), seguridad/humanización e infraestructura y mantenimiento.

Tabla 60 **Resumen temático y compromisos:**

Tema / necesidad priorizada	Respuesta oficial institucional	Compromiso / seguimiento
Medicamentos e insumos	Traslados, préstamos interinstitucionales y compras directas	Seguimiento a insumos críticos y provisión oportuna
Radiología Meissen y Vista Hermosa	Servicio garantizado en tres jornadas (mañana, tarde y noche)	Continuidad del servicio 24 horas
Identificación de pacientes	Manillas con código de barras según triage	Optimización de tiempos de atención
Ruta de la Salud	Convenio en proceso de firma con SDS (abril 2025)	Ampliación de cobertura y seguimiento comunitario
Humanización y seguridad	Capacitaciones en trato digno para personal de vigilancia	Refuerzo continuo en cultura de servicio
Infraestructura y mantenimiento	Mantenimiento programado en Jerusalén y Meissen; compra de sillas de ruedas	Evaluación de barrera acrílica en rampa externa

Fuente informe plan de acción oficina participación Comunitaria 2025

Participación de Gerencia en Ciudad Bolívar:

- La Gerencia sustentó respuestas oficiales enfocadas en garantía de servicios, abastecimiento y mejoras operativas/humanización, con registro formal y posibilidad de verificación.

LOCALIDAD DE TUNJUELITO

En Tunjuelito, el diálogo se orientó principalmente a infraestructura hospitalaria, renovación tecnológica y mobiliario, conectividad y despliegue del Modelo MAS Bienestar.

Tabla 61 **Resumen temático y compromisos:**

Tema / necesidad priorizada	Respuesta oficial institucional	Compromiso / seguimiento
Infraestructura y seguridad	Convenio 2806257-2021 con FFDS para torre de urgencias Tunal; mantenimiento preventivo anual	Priorización de recursos en PBIS 2024–2025
Renovación de equipos mobiliario	Convenios 7162712-2024 y 7134316-2024; plan anual de adquisiciones por \$800 millones	Reemplazo de equipos obsoletos y mobiliario
Conectividad sistemas	Proveedor con fibra dedicada y respaldo satelital	Planes de contingencia manuales para continuidad
Prestación de servicios (EBS)	Implementación del Modelo MAS Bienestar en 18 sectores catastrales	Articulación con EPS y atención a población vulnerable

Fuente informe plan de acción oficina participación Comunitaria 2025

Participación de Gerencia en Tunjuelito:

- La alta dirección lideró la socialización y respuesta sobre convenios de **infraestructura y dotación**, y sobre medidas de **continuidad operativa** (conectividad/contingencia).

LECTURA TRANSVERSAL: TEMAS RECURRENTES Y VALOR AGREGADO DE LOS DIALOGOS

Las necesidades más frecuentes se concentraron en:

- Infraestructura, medicamentos, y acceso a especialistas, asociadas a oportunidad, suficiencia y calidad en la atención.

Valor agregado de la participación de Gerencia. La participación directa de la Gerencia fortaleció:

- la confianza comunitaria, al brindar respuesta clara y oportuna; la toma de decisiones informadas, por la presencia del equipo directivo; y la trazabilidad, porque las necesidades se formalizaron por oficio y se integraron a matrices de seguimiento.
- Estrategias de innovación y comunicación comunitaria (talleres y podcast).

Conclusiones

- Los diálogos ciudadanos se consolidaron como mecanismo de gobernanza participativa, conectando expectativas sociales con la gestión institucional.

2. La Gerencia garantizó liderazgo, formalización de requerimientos y respuestas institucionales trazables, fortaleciendo transparencia y rendición de cuentas.
3. Los compromisos priorizados (infraestructura, medicamentos, especialistas y movilidad sanitaria) constituyen insumos clave para la planeación y seguimiento en vigencias posteriores.

Ilustración 10 Diálogos con la comunidad vigencia 2025



Fuente: Informe Diálogos ciudadanos participación comunitaria 2025

PROGRAMA DE RELACIONAMIENTO CON LA CIUDADANÍA.

El relacionamiento con la ciudadanía es un elemento esencial para fortalecer la transparencia, la participación y la corresponsabilidad en las entidades públicas, garantizando que los servicios y la gestión institucional respondan de manera efectiva a las necesidades, expectativas y derechos de las personas. En este sentido, la Administración Distrital, mediante el Decreto 542 de 2023, adoptó el *Modelo Distrital de Relacionamiento Integral con la Ciudadanía*, y posteriormente, a través de la Resolución 001 de 2024, estableció su *Manual Operativo*, orientando a las entidades del Distrito Capital hacia una interacción más cercana, accesible y multicanal con la ciudadanía.

En alineación con estos lineamientos, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. expidió la Resolución por medio de la cual se crea la Mesa Técnica de Apoyo de Relacionamiento con la Ciudadanía, concebida como una instancia permanente de articulación y concertación interinstitucional. Su propósito es fortalecer los procesos de participación ciudadana, transparencia, acceso a la información pública, rendición de cuentas y atención diferencial e inclusiva en los diversos servicios y escenarios de interacción de la Subred. Dicha Mesa Técnica

tiene como objetivo gestionar de manera integral y articulada la relación con las y los usuarios, grupos de valor y grupos de interés, promoviendo la confianza ciudadana, el uso efectivo de tecnologías, la interacción multicanal y la generación de valor público en salud. En su naturaleza consultiva y estratégica, la Mesa actúa como un mecanismo técnico de apoyo para la formulación, seguimiento y evaluación de políticas, estrategias y acciones orientadas al mejoramiento continuo del servicio.

En cumplimiento de la puesta en marcha de esta instancia, se llevó a cabo la primera reunión de la Mesa Técnica, en la cual se presentó oficialmente la Resolución a sus integrantes, se socializó el alcance de sus funciones y se dio inicio al proceso de formulación del Plan de Acción para la vigencia 2026, como parte fundamental de la estrategia institucional. Esta sesión permitió avanzar en la identificación de prioridades, la articulación entre las dependencias misionales, técnicas y administrativas y el alineamiento con los lineamientos distritales, consolidando así las bases para la implementación efectiva del Modelo Distrital de Relacionamento Integral con la Ciudadanía en la Subred. En este mismo marco, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. diseñó la estrategia denominada “CONECTAR PARA SERVIR”, orientada a integrar y visibilizar las acciones derivadas de cada una de las políticas del Modelo de Relacionamento con la Ciudadanía, con el propósito de facilitar a las y los ciudadanos el acceso a la información, los servicios y los trámites institucionales, garantizando una experiencia clara, accesible y centrada en sus necesidades.

Esta estrategia busca, además, fortalecer la cultura organizacional basada en la transparencia, la participación y el valor público, promoviendo un relacionamiento más cercano, efectivo y coherente con los principios del sector salud distrital.

GESTIÓN DEL PROGRAMA DE RUTA DE LA SALUD.

El programa Ruta de la Salud tiene como objetivo facilitar el acceso oportuno a los servicios de salud, apoyando en la superación de las barreras geográficas y económicas que enfrentan poblaciones con especial protección. Este servicio beneficia de manera gratuita y segura a personas mayores de 60 años, menores de 18 años, madres gestantes y personas con discapacidad, garantizando su asistencia a citas médicas, toma de exámenes y realización de trámites administrativos en las Unidades de Servicios de Salud pertenecientes a la Subred Sur.

Tabla 62 TRASLADOS PACIENTES RUTA DE LA SALUD

UNIDAD DE MEDIDA	TOTAL
------------------	-------

Traslados de pacientes hacia y desde las unidades de servicios de salud en Bogotá	70428
Traslados de pacientes desde la ruralidad hacia Bogotá	3498
Traslados Inter veredales	4243

Fuente: Planillas de traslados Ruta de la Salud año 2025

Durante el año 2025 se realizaron 70.428 traslados. Es importante destacar que la operatividad del convenio de la Ruta de la Salud correspondiente a ese año inició en mayo y finalizó el 17 de octubre. Posteriormente, en diciembre, entró en funcionamiento un nuevo convenio exclusivo para la zona rural, lo que significó un periodo sin operación entre la finalización del primer convenio y el inicio del segundo.

La disminución en el número total de traslados, respecto al año anterior, se explica por la discontinuidad en la vigencia contractual del convenio, lo cual generó periodos sin operación y redujo el tiempo efectivo de prestación del servicio.

INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN EN SALAS DE ESPERA:

Durante el año en curso, al interior de las diferentes unidades de servicios adscritas a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E se ha mantenido la presencia de informadores en salas de espera de los servicios de consulta externa, y en los servicios de urgencia, los cuales, con el objetivo de garantizar que los usuarios cuenten con información actualizada sobre temáticas de interés en salud y accedan de manera oportuna y correcta a los servicios realizan charlas diarias, las temáticas a abordar son las siguientes:

Tabla 63 Información educación en salas

TEMAS	CANDELARIA	EL CARMEN	CAP S TUNAL	EL TUNAL HOSPITAL	MANUELA BELTRAN	MARICHUELA	MEISSA	SANTALIBRADA	BETANIA	DANUBIO	SAN BENITO	NAZARETH	PASQUILLA MOCHUELO	FLOR A DESTINO	VISTA HERMOSA	SAN JUAN	DESTINO	TOTAL
ASEGURAMIENTO	600	374	438	290	416	649	430	167	273	202	25	39	51	78	886	26	20	4964
CALL CENTER	296	171	264	185	234	304	208	163	278	159	70	84	36	150	531	34	11	3178
CANALES DE ATENCIÓN	723	446	611	307	405	527	479	207	321	265	81	352	48	255	1244	44	12	6327
CANALES DE ESCUCHA	561	300	454	261	464	445	379	206	329	206	88	274	59	168	868	72	14	5148
CUIDADO DE LA INFRAESTRUCTURA	288	165	216	188	253	685	196	200	331	196	59	48	53	185	485	31	26	3605
DEFENSOR DEL CIUDADANO	530	258	264	223	244	418	380	193	303	199	40	325	40	211	767	36	17	4448
DERECHOS Y DEBERES	10242	6307	7553	4819	7276	7595	7739	3986	6166	4255	1317	1986	1488	2230	15153	787	749	89648

TEMAS	CANDELARIA	EL CARMEN	CAPTUNAL	EL TUNAL HOSPITAL	MANUELA BELTRAN	MARICHUELA	MEISSA EN	SANTALIBRADA	BETANIA	DANUBIO	SAN BENITO	NAZARETH	PASQUILLA MOCHUELO	FLOR A DESTINO	VISTA HERMOSA	SAN JUAN	DESTINO	TOTAL
ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA	566	254	322	249	346	413	325	215	298	218	60	109	57	246	866	21	37	4602
ENFOQUE DIFERENCIAL	602	320	361	323	386	518	382	210	302	218	51	91	58	191	825	49	76	4963
LABORATORIO CLINICO	493	279	261	211	280	394	362	216	302	227	58	80	44	201	933	24	28	4393
LAVADO DE MANOS	438	316	371	366	354	501	311	191	302	179	71	27	53	138	716	25	69	4428
MANEJO DE RESIDUOS	471	271	367	229	370	256	300	236	301	224	23	124	47	188	871	46	58	4382
MODELO DE ATENCION EN SALUD	264	181	271	215	219	348	346	242	306	211	48	106	41	96	370	65	78	3407
PARTICIPACION COMUNITARIA	391	336	385	245	391	539	488	224	332	239	51	104	53	135	1036	45	69	5063
PORTAFOLIO DE SERVICIOS	448	282	384	200	431	413	393	207	277	256	30	95	29	175	994	23	39	4676
RUTA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD	454	250	382	208	326	456	279	225	317	219	30	53	41	135	1008	22	25	4430
RUTA DE SALUD	588	440	474	261	397	700	469	170	271	10	51	107	48	108	840	76	21	5031
RUTA DE LA SALUD MENTAL	622	371	375	318	352	400	430	121	201	191	42	109	55	151	691	68	0	4497
RUTA MATERNOPERINATAL - IAMII	719	454	492	283	406	695	490	164	273	217	29	278	64	175	963	64	0	5766
TRAMITES SERVICIOS	476	305	484	255	392	524	456	206	313	200	69	72	52	114	834	40	45	4837
VACUNACION	721	171	261	171	297	461	247	235	318	115	25	28	16	194	710	18	0	3988
PROGRAMA DE HUMANIZACION	597	386	477	267	367	676	465	183	252	166	41	130	54	93	860	28	0	5042
TOTAL	21090	12637	15467	10074	14606	17917	15554	8167	12366	8372	2359	4621	2487	5617	32451	1644	1394	186823

Fuente: Oficina de Participación

En las salas de espera de consulta externa y en los servicios de urgencias se mantuvo de manera permanente la presencia de informadores, quienes llevaron a cabo **charlas diarias** dirigidas a los usuarios sobre temas de interés en salud, aseguramiento, rutas de atención y acceso a los servicios. Esta estrategia permitió que las personas recibieran orientación actualizada mientras esperaban su atención, optimizando el tiempo y aumentando el alcance de la educación al usuario.

El despliegue de estas actividades permitió abordar de forma integral diferentes líneas temáticas, entre ellas:

- Aseguramiento.

- Canales de atención y canales de escucha.
- Portafolio de servicios.
- Rutas de atención (discapacidad, materno-perinatal, salud mental, salud).
- Derechos y deberes.
- Participación social.
- Humanización.
- Prevención de enfermedad respiratoria aguda.
- Enfoque diferencial.
- Lavado de manos, manejo de residuos y cuidado de infraestructura, entre otros.

Con un total consolidado de 186.823 charlas y orientaciones realizadas por los informadores, la Subred Sur garantizó un acompañamiento permanente en las salas de espera, fortaleciendo la educación, información y orientación al usuario en todas las unidades de atención.

CICLO DE ATENCIÓN Y BARRERAS DE ACCESO:

Durante el año 2025, a partir del acompañamiento permanente de los informadores de Servicio a la Ciudadanía en salas de espera de consulta externa, urgencias y otros servicios asistenciales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., se identificaron diversas barreras de acceso que afectaron la experiencia de los usuarios y su tránsito adecuado por el ciclo de atención. Estas barreras fueron detectadas directamente durante el proceso de orientación, información educativa y apoyo en trámites, lo cual permitió evidenciar oportunidades de mejora en diferentes momentos del recorrido del usuario dentro de las unidades.

Tabla 64 principales barreras de acceso 2025

PROBLEMATICAS DE ACCESO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
Atención deshumanizada	0	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3
Dificultad accesibilidad administrativa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Inconsistencias sistemas de información-aseguramiento	0	0	0	9	0	6	0	0	0	0	0	0	15
Negación Servicios	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
No oportunidad servicios	53	148	157	171	84	114	137	99	106	108	72	14	1263
Problemas recursos económicos	5	31	2	30	22	12	25	22	14	17	20	18	218
TOTAL	58	180	163	210	106	132	162	122	120	126	92	32	1483

Fuente: Si cuéntanos, 2025.

El trabajo de los informadores durante el 2025 permitió identificar de manera sistemática las barreras que los usuarios enfrentan a lo largo del ciclo de atención. La identificación temprana de estas dificultades permitió orientar al usuario de manera precisa, reducir los tiempos de resolución, mejorar la experiencia en sala de espera y fortalecer la articulación con el Subproceso de Acceso. Asimismo, evidenció la importancia de continuar implementando estrategias de educación permanente, accesibilidad, humanización y fortalecimiento digital, con el fin de disminuir las barreras que afectan la oportunidad y calidad del servicio.

3.1.4. GESTION DE TALENTO HUMANO

El presente Informe de Gestión de la Dirección de Talento Humano correspondiente a la vigencia 2025 tiene como propósito presentar los principales avances, resultados y acciones desarrolladas en el marco del Plan Estratégico de Talento Humano, orientados al fortalecimiento del talento humano y al cumplimiento de los objetivos institucionales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

INGRESO LABORAL

Vinculación laboral: Para la vigencia 2025 se verificó el cumplimiento de requisitos, calidades y habilidades de carácter legal para la posesión de los servidores públicos, vinculados mediante periodo fijo, provisionalidad, encargos y comisiones.

Durante este periodo se realizó el protocolo de Ingreso a ciento siete (107) Empleados Públicos que se posesionaron y fueron vinculados a la Planta Global de la Subred Integrada de Servicios de Salud así:

Tabla 65 Ingresos 2025

INGRESOS VIGENCIA 2025		
Mes	No	%
Enero	39	36,45
Febrero	5	4,67
Marzo	14	13,08
Abril	0	-
Mayo	6	5,61
Junio	6	5,61
Julio	3	2,80
Agosto	1	0,93
Septiembre	9	8,41
Octubre	13	12,15
Noviembre	6	5,61

INGRESOS VIGENCIA 2025		
Mes	No	%
Diciembre	5	4,67
Total	107	100,00

Fuente: Actas de posesión – Planta de Personal Dirección de Gestión del Talento Humano

En la vigencia 2025 se realizó la vinculación en Periodo Fijo a cincuenta y ocho (58) Profesionales de Servicio Social Obligatorio quienes son nombrados por doce (12) meses y los cuales corresponden al 54,21% de los ingresos realizados en estas vigencias. Seguido a esto, se vincularon a la Planta de Personal quince (15) funcionarios de Libre Nombramiento y Remoción, cuyo ingreso corresponde al 14,02% de los ingresos. Así mismo, se realizó la vinculación a la planta de nueve (34) funcionarios en provisionalidad cuyo ingreso corresponde al 31,78% de los ingresos.

Tabla 66 Ingresos por tipo de vinculación 2025

INGRESOS VIGENCIA 2025 POR TIPO DE VINCULACIÓN		
TIPO DE VINCULACIÓN	TOTAL	%
PERIODO FIJO	58	54,21
LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCIÓN	15	14,02
PROVISIONAL	34	31,78
TOTAL	107	100,0

Fuente: Actas de posesión – Planta de Personal Dirección de Gestión del Talento Humano

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 909 de 2004, su Decreto reglamentario 760 de 2005, Acuerdo 617 de 2018, Anexo Técnico del citado Acuerdo y Protocolo – Sistema de Evaluación de la Gestión de Empleados Provisionales; la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., adelanto el proceso de Evaluación del Desempeño Laboral 2024-2025, este, se realizó a doscientos sesenta y seis (266) empleados públicos de la Planta de Personal a 31 de enero de 2024, vinculados de Libre Nombramiento y Remoción (No Gerencia Pública) del Nivel Asesor y Profesional; de Carrera Administrativa de los Niveles Profesional, Técnico y Asistencial de acuerdo con la siguiente distribución:

Tabla 67 Distribución de Servidores Públicos Evaluados por Niveles

NIVEL OCUPACIONAL DE CARRERA Y LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCION	PORCENTAJE(%)	FUNCIONARIOS
FUNCIONARIOS LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCION	2,61	7
FUNCIONARIOS NIVEL PROFESIONAL	52,61	141
FUNCIONARIOS NIVEL TECNICO	7,09	19
FUNCIONARIOS NIVEL ASISTENCIAL	36,94	99

FUNCIONARIOS NO EVALUADOS	0,75	2
TOTALES	100,00	268

Fuente: Evaluación del Desempeño /DGTH

De acuerdo con los resultados de la calificación anual de los servidores públicos por tipo de vinculación y nivel ocupacional, se evidencia que el Nivel Asesor y Profesional de Libre Nombramiento y Remoción, obtuvo la mayor evaluación promedio, con una calificación de 98.55 sobre 100 puntos, la cual resulta superior al promedio ponderado de la entidad que es de 97.68.

Tabla 68 Evaluación Promedio por Nivel Vs Promedio de la Entidad

FUNCIONARIOS DE CARERA Y LNR	TOTAL SERVIDORES PÚBLICOS	EVALUACION PROMEDIO	PROMEDIO ENTIDAD
NIVEL ASESOR/PROFESIONAL -LNR	7	98.55	97.68
NIVEL PROFESIONAL -CA	141	97.85	97.68
NIVEL TÉCNICO- CA	19	97.50	97.68
NIVEL ASISTENCIAL-CA	99	97.41	97.68
TOTAL GENERAL	266		97.68

Fuente: Evaluación del Desempeño /DGTH

EVALUACION DE LA GESTIÓN – SERVIDORES PÚBLICOS VINCULADOS EN PROVISIONALIDAD.

El proceso de Evaluación de la Gestión de los Empleados Públicos vinculados en provisionalidad, correspondiente al periodo 2024-2025, se realizó a trescientos cuarenta y cuatro (344) Empleados Públicos de la Planta de Personal a 31 de enero de 2025, de los Niveles Profesional, Técnico y Asistencial, de acuerdo con la siguiente distribución:

Tabla 69 Distribución de Servidores Públicos Provisionales Evaluados por Niveles

SERVIDORES PÚBLICOS PROVISIONALES	PORCENTAJE (%)	FUNCIONARIOS
NIVEL PROFESIONAL	37.10	128
NIVEL TECNICO	3.48	12
NIVEL ASISTENCIAL	59.13	204
NO EVALUADOS	0.29	1
TOTALES	100	345

Fuente: Evaluación del Desempeño /DGTH

CAPACITACIÓN DE PERSONAL

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, a través de su Plan Institucional de Capacitación busca planear, programar, ejecutar y realizar seguimiento a las actividades de formación y capacitación para los y las servidoras, a través de la generación de conocimientos y el desarrollo y fortalecimiento de competencias, por medio de un conjunto de acciones de capacitación en modalidad

presencial, virtual o mixta que le apunten al cumplimiento de los objetivos y metas institucionales, al crecimiento humano de sus servidores, a la generación de innovación y transformación al interior de la entidad y a la mejora en la oportunidad y calidad de las respuestas a todos los grupos de interés.

Por consiguiente, el Plan Institucional de Capacitación vigencia 2025 se desarrolló a través de 62 temáticas que incluyeron los conceptos de Inducción, re inducción e inducción específica. El Plan Institucional de Capacitación (PIC), incluye los dos conceptos macro que se describen como los ejes centrales del proceso

- Inducción y re inducción
- Capacitación, formación y entrenamiento

Tabla 70 Resultados de Inducción

INDICADOR	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	%
INDICADOR TOTAL COBERTURA	85	58	90	82	79
INDICADOR DE APROPIACIÓN	90	17	96	95	75
INDICADOR DE SATISFACCION	92	90	90	90	91

Fuente: Línea de trabajo de Capacitación- Dirección de Talento Humano

Dentro del análisis a este proceso se encuentra un factor que desencadenó el indicador del segundo trimestre y fue la migración de la plataforma de aprendizaje MOODLE – MAO a la plataforma de estudio MOODLE – SMARTSUR, situación que a pesar de ser superada en gran parte, en los trimestres siguientes no logro ser el modelo a seguir.

En relación con la inducción, el esquema alcanzo el 90% de cumplimiento siendo este un resultados significativo teniendo en cuenta que se estaba incursionando en un nuevo modelo de autoestudio y se había conceptuado desde seis ejes de cumplimiento y adherencia con seis módulos de estudio.

Tabla 71 Resultados de reinducción

POBLACIÓN	MES	PERSONAL HABILITADO	COBERTURA	%	APROPIACIÓN	%
PERSONAL DE PLANTA	JULIO	0	0	0		0
	AGOSTO	300	150	50,0	148	98,7
	SEPTIEMBRE	419	317	75,7	291	91,8
TERCER TRIMESTRE		719	467	65,0	439	94,0
PERSONAL DE OPS	JULIO	0	0	0,0		0,0
	AGOSTO	2500	2291	91,6	2251	98,3
	SEPTIEMBRE	1987	1952	98,2	1942	99,5

TERCER TRIMESTRE		4487	4243	94,6	4193	98,8
TOTAL		5206	4710	90	4632	96

Fuente: Línea de trabajo de Capacitación- Dirección de Talento Humano

Alcanzo un 96% de apropiación relacionado con el lanzamiento oficial de la plataforma de autoestudio. La reinducción permitió socializar los logros alcanzados por la entidad en el periodo, asociados a las metas estratégicas y socializar temáticas que no habían sido incluidas anteriormente y que representan alto interés institucional

RESULTADOS CAPACITACIÓN

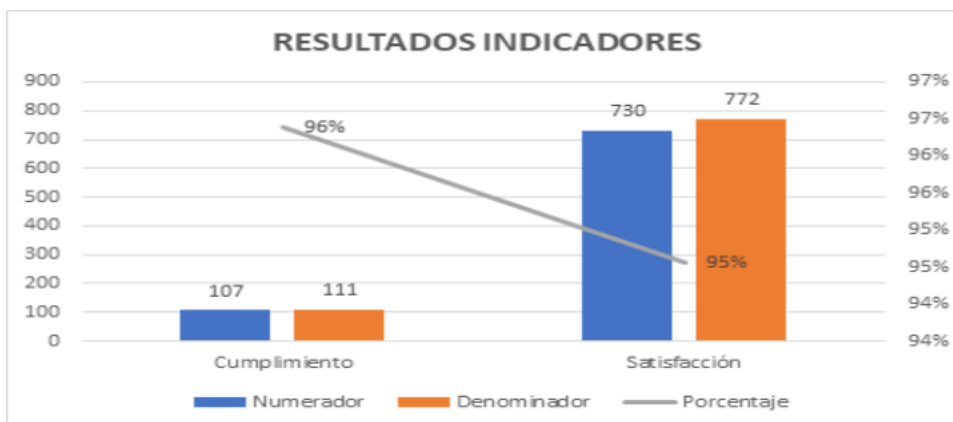
Se define dentro del Plan de Trabajo 62 actividades para cubrimiento de las necesidades de educación, formación y entrenamiento para las áreas misionales, administrativas y desde un enfoque transversal, con despliegue al personal de Junta Directiva, planta, OPS y tercerizado (desde el último trimestre 2025). Dichas capacitaciones se apropian de manera virtual o presencial haciendo uso de recursos propios, alianzas educativas con los convenios docencia servicio y con los aliados estratégicos como DASCD, DAFP, SDS, Alcaldía Mayor, Sena, entre Otros

Los logros se materializaron en la vigencia de la siguiente manera:

- Cumplimiento del 98% de las acciones planteadas
- Apropiación a las acciones de formación 92%
- Satisfacción del 81% con respecto a todo lo realizado

Durante la vigencia se logró realizar las acciones articuladamente con procesos internos de la entidad, especialmente con los ejes de cultura, transformación cultural, responsabilidad social, subproceso de ambiental y a nivel externo con el IDRD, Jardín Botánico, Coopebis, Coorserpark, CCF Compensar y SURA principalmente. Logrando obtener una cobertura del 97% en los participantes de las diferentes acciones, así mismo frente al indicador de eficacia de cumplimiento y el de impacto en cuanto a la satisfacción se presentan los siguientes resultados:

Ilustración 11. Resultados Plan de Bienestar 2025



Fuente: Línea de trabajo de Bienestar- Dirección de Talento Humano

Como se evidencia en la gráfica se contó con un cumplimiento del 96%, donde de 111 acciones programas se desarrollaron 107 y la satisfacción fue del 95%. Lo que demuestra un logro importante y un cumplimiento por encima de las metas, establecidas para la vigencia.

NÓMINA Y PRESTACIONES SOCIALES

NÓMINA

La Planta de Personal con corte a 30 de diciembre 2025, tuvo las siguientes variaciones con relación a los cargos provistos y las vacantes existentes:

Tabla 72 Informe Planta de Personal

MES	CARGOS PROVISTO	VACANTES	TRABAJADORES OFICIALES PROVISTOS	TRABAJADORES OFICIALES VACANTES	EMPLEADOS PUBLICOS PROVISTOS	EMPLEADOS PUBLICOS VACANTES
DICIEMBRE	703	420	50	118	652	302

Fuente de Información Planta de Personal - Nomina

El presupuesto asignado para la vigencia 2025 de Gastos de Personal - Nomina es de \$106.813.447.760 distribuidos así:

Tabla 73 Presupuesto Gastos de personal - Nomina

RUBRO	VALOR
Gastos de funcionamiento	\$ 13.696.078.080
Gastos de operación	\$ 93.117.369.680

Fuente de Información Ejecución Presupuestal

Se liquidó la nómina de trabajadores oficiales (quincenal) y la de empleados públicos (mensual) de acuerdo con el cronograma establecido. Se realizó el Incremento Salarial para la vigencia 2025 del 9.5% a los Trabajadores Oficiales en el mes de enero de 2025 y el incremento salarial 6.9% a los Empleados Públicos en el mes de marzo de 2025. En noviembre se niveló el incremento salarial en un 0.1%, decreto 285 del 25 de junio de 2025 expedido por la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. quedando en 7% para el año 2025. Durante la vigencia 2025 se dio cumplimiento al Plan anual de Vacaciones, en cuento a la liquidación y pago de las mismas de la siguiente manera:

Tabla 74 Resultado plan de vacaciones

PROGRAMACION DE VACACIONES		
PERIODO	NUMERO DE FUNCIONARIOS CON DISFRUTE DE VACACIONES	VALOR
ENERO- DICIEMBRE	593	\$ 2.078.972.868

Fuente de Información Plan Anual de Vacaciones 2025 y aplicativo de Dinámica

En el mes de junio se liquidó la Prima Semestral por valor de \$5.569.531.398 y se pagó el 20 de junio y para el mes de diciembre se liquidó la Prima de Navidad por valor de \$4.675.977.597 y se pagó el 18 de diciembre del año 2025.

En el mes de noviembre se pagó reajuste de las 190 horas extras dominical y recargos nocturnos por valor de \$615.159.006 a los Empleados Públicos y Trabajadores Oficiales.

Para cumplir con la implementación del SG-SST, se dispone de un plan de trabajo anual aprobado en el que están definidas las actividades a realizar, los soportes, los responsables, recursos, cronogramas e indicadores, dentro del cual se encuentra contemplada la asesoría que ARL realiza como apoyo a los diferentes programas.

De acuerdo con lo anterior, la gestión realizada durante la vigencia 2025 en lo referente a la identificación, prevención e intervención de los factores de riesgo, permitió programar 850 actividades de las cuales se logra cumplir con 844 equivalente al 99,29% del plan anual.

Tabla 75 Resultado 2025 Plan de SST

CUMPLIMIENTO PLAN DE TRABAJO SG-SST 2025	I TRIMESTRE			II TRIMESTRE			III TRIMESTRE			IV TRIMESTRE		
	P	E	%	P	E	%	P	E	%	P	E	%
	209	202	96,65	244	230	94,26	230	217	94,35	167	195	117%
% Acumulado de la vigencia	24			51			76,35			99,29		

Fuente: Seguridad y Salud en el Trabajo -DGTH

El Decreto 1072 de 2015, que en su capítulo 2.2.4.6 reglamenta el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) en Colombia, define la obligación de diseñar indicadores del SG-SST para evaluar la estructura, el proceso y los resultados del sistema en su conjunto. Los estándares mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo regulados mediante la resolución 0312 de 2019 establecen cuáles son los indicadores mínimos de seguridad y salud en el trabajo con los que debe contar una empresa sin importar su nivel de riesgo ni el número de empleados.

Tabla 76. 30 Frecuencia de accidentalidad

	DATOS 2025												
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
GENERAL	15	25	19	12	8	13	21	18	25	17	19	14	206

Fuente: Seguridad y Salud en el Trabajo -DGTH

Al finalizar el 2025, la Subred Sur reportó un total de 206 accidentes de trabajo, cifra que resulta de la sumatoria de los eventos mensuales obtenidos a partir del consolidado anual. Esta cifra, combinada con un promedio anual de 5.075 colaboradores, permitió calcular un Índice de Frecuencia anual (IF) de 4,06 accidentes por cada 100 colaboradores, lo cual ofrece una visión global del comportamiento de la accidentalidad y permite comparar el desempeño con metas institucionales y con el comportamiento del año anterior.

Gráfica 23 Tasa de accidentalidad 2024 vs 2025 mensual.

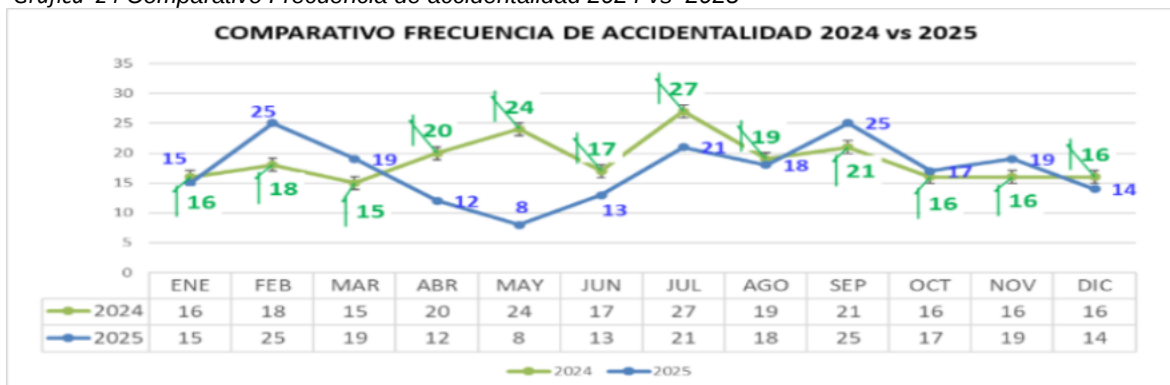


Fuente: Seguridad y Salud en el Trabajo -DGTH

Durante la vigencia 2025, la tasa de accidentalidad presentó un comportamiento variable a lo largo de los meses, influenciado por la dinámica operativa y el tamaño de la población laboral. A partir de los 206 accidentes de trabajo reportados en el

año y considerando la población mensual oficial de la entidad, la tasa de accidentalidad mensual osciló entre 0,15 y 0,50 accidentes por cada 100 colaboradores. Los picos más altos de la tasa se observaron en febrero (0,500) y septiembre (0,48), periodos donde se presentó un volumen elevado de casos, con 25 accidentes en cada uno de estos meses. Por el contrario, la tasa más baja del año se presentó en mayo (0,15), seguido de abril (0,23), meses que representan los momentos de menor incidencia del riesgo laboral. Este patrón muestra una tendencia clara: los incrementos más marcados se concentran en el primer y tercer trimestre, mientras que los meses intermedios del año presentan un descenso en la frecuencia de accidentes.

Gráfica 24 Comparativo Frecuencia de accidentalidad 2024 vs 2025



Fuente: Seguridad y Salud en el Trabajo -DGTH

Al comparar el comportamiento de la accidentalidad entre los años 2024 y 2025, se evidencian variaciones importantes tanto en la frecuencia como en la severidad de los eventos. Durante el II trimestre de 2025, la entidad logró una mejora significativa respecto al mismo periodo de 2024, reduciendo la frecuencia de accidentalidad en un rango entre el 41% y el 46%, siendo uno de los resultados más favorables del año. Este comportamiento estuvo directamente relacionado con la disminución del volumen de accidentes registrados en abril, mayo y junio, consolidando un trimestre con 33 eventos frente a los 61 reportados en 2024.

El índice de frecuencia (0,83) cumple frente a la meta (0,98) y mejora frente al mismo periodo de 2024 (0,99). Para sostener y ampliar esta mejora, se proponen acciones centradas en el comportamiento: mantener sensibilizaciones puesto a puesto con foco en percepción de riesgo y propósito personal, implementar rondas de observación y retroalimentación inmediata en zonas de mayor operatividad como urgencias, Al cierre, validar la base de colaboradores de diciembre para consolidar el resultado y documentar las acciones ejecutadas que contribuyeron al comportamiento del indicador

CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE INTEGRIDAD Y DEL PLAN DE CONFLICTO DE INTERESES

De acuerdo con el seguimiento realizado, se evidencia un cumplimiento del 100 % del Plan de Integridad, así como un cumplimiento del 100 % del Plan de Conflicto de Intereses, en relación con la ejecución de las actividades programadas durante la vigencia. Todas las acciones definidas en la planeación institucional fueron desarrolladas conforme a lo previsto, lo cual da cuenta del compromiso de la entidad con el fortalecimiento de la integridad pública y la gestión preventiva de riesgos éticos.

Es importante precisar que este cumplimiento corresponde a la ejecución total de las actividades, sin perjuicio de que los resultados de percepción institucional evidencien oportunidades de mejora en términos de apropiación cultural, especialmente en el componente de conflicto de intereses.

De manera complementaria, se revisaron los resultados de la encuesta de satisfacción y del archivo de calificaciones, correspondientes al curso de la Política de Integridad desarrollado durante la vigencia 2025. El análisis evidencia niveles favorables de satisfacción, así como un adecuado desempeño en las calificaciones, lo cual indica un buen nivel de comprensión de los contenidos asociados al Código y la Política de Integridad.

Este proceso formativo se consolida como un hito relevante dentro de las acciones del Plan de Integridad, al constituirse en un mecanismo efectivo para el fortalecimiento del conocimiento, la apropiación de los valores institucionales y la sensibilización frente a la integridad pública.

El curso de la Política de Integridad alcanzó una cobertura de 4.653 participantes, de acuerdo con el registro de respuestas de la encuesta de satisfacción, lo que evidencia un alto alcance institucional y una amplia socialización de la política.

El análisis de la encuesta de satisfacción (12 preguntas evaluadas) evidencia un promedio general de satisfacción de 4,59 sobre 5, lo cual refleja una valoración altamente positiva del proceso formativo, participaron 3853 personas. Los ítems mejor valorados se relacionan con la claridad de la información, el logro de los resultados de aprendizaje y la pertinencia de los contenidos frente a la Política de Integridad.

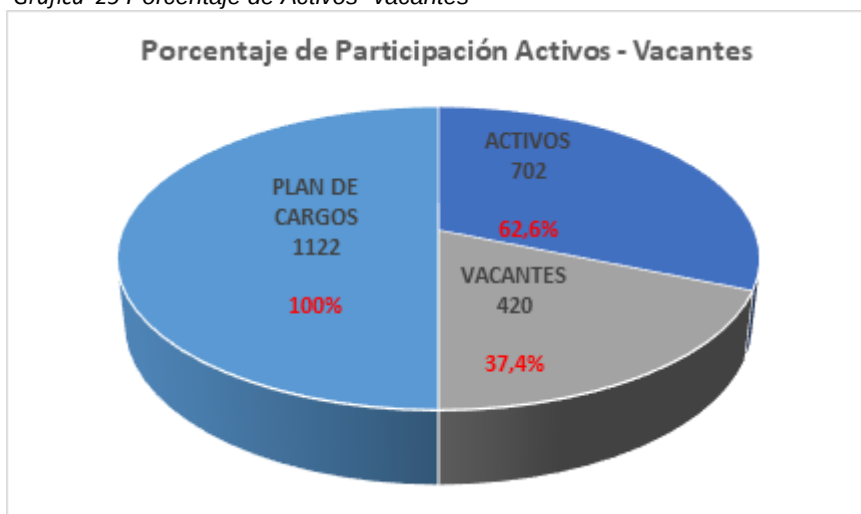
En cuanto a las calificaciones del curso, se registraron 4.653 participantes evaluados, de los cuales 4.612 aprobaron, lo que corresponde a un nivel de aprobación del 99,1 %. Este resultado evidencia un alto nivel de adherencia y comprensión de los contenidos asociados al Código y la Política de Integridad, consolidando el curso como un hito relevante dentro del Plan de Integridad.

En términos de cobertura, la Política de Integridad fue socializada a través de diferentes estrategias institucionales, entre las que se destacan:

- Desarrollo del curso de la Política de Integridad.
- Inclusión de un apartado específico para la socialización del Código de Integridad en el proceso de inducción a nuevos colaboradores.
- Socialización del Código de Integridad en los espacios de reintroducción, garantizando la actualización periódica del personal vinculado.

Como resultado del análisis realizado a corte 31 de diciembre de 2025 de la caracterización del talento humano del personal de planta, se establece en el siguiente gráfico: 702 cargos se encuentran ocupados lo que representa el 62,6% del total de cargos (1122) de la planta y 420 vacantes que representa un 37,4%.

Gráfica 25 Porcentaje de Activos- vacantes



FUENTE: Planta de personal diciembre 2025

De la totalidad de la planta de personal provista a 31 de diciembre de 2025, se evidencia la siguiente distribución por cargos ocupados así: Nivel Directivo 19 cargos ocupados, Nivel Asesor 5 cargos ocupados, Nivel Profesional 317 cargos ocupados, Nivel Técnico 28 cargos ocupados, Nivel Asistencial 283 cargos

ocupados y 50 cargos activos por Trabajadores Oficiales para un total de cargos provistos en la planta de personal de 702.

Tabla 77.- Distribución de Cargos Ocupados por Nivel Jerárquico

NIVEL	Empleos Ocupados
Directivo	19
Asesor	5
Profesional	317
Técnico	28
Asistencial	283
Empleos Públicos	652
Trabajador Oficial	50
TOTAL	702

FUENTE: Planta de personal diciembre 2025

A continuación, se relaciona el consolidado de la distribución del plan de cargos al 31 de diciembre de 2025, definidos por nivel jerárquico, naturaleza del cargo, tipo de vinculación y vacantes:

Tabla 78 Consolidado Distribución de Cargos

NIVEL	N° CARGOS	Libre Nombramiento y Remoción				Periodo Fijo	Carrera Administrativa					Trabajador Oficial	TOTAL PROVISTOS	VACANTE DEFINITIVA	VACANTE TEMPORAL
		C.A.(C) Carrera en Comisión	C.A.(E) Carrera en Encargo	LNR			C.A. Titular en	C.A.(E) Carrera en Encargo	Provisional Encargo(E)	Provisional	VACANTE TEMPORAL PROVISTA CON PROVISIONAL				
DIRECTIVO	19	1	1	15	2		0	0	0	0	0	0	19	0	0
ASESOR	5	0	0	5	0		0	0	0	0	0	0	5	0	0
PROFESIONAL	444	0	0	2	59		105	24	1	117	9	0	317	118	9
TÉCNICO	61	0	0	0	0		16	1	0	11	0	0	28	31	2
ASISTENCIAL	425	0	0	0	0		77	8	0	196	2	0	283	129	13
TRABAJADOR OFICIAL	168	0	0	0	0		0	0	0	0	0	50	50	118	0
TOTALES	1122	1	1	22	61		198	33	1	324	11	50	702	396	24

FUENTE: Planta de personal diciembre 2025

SITUADO FISCAL Y SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES

Frente a la Resolución N° 1455 de 2022 “Por medio de la cual se modifican los artículos 13 y 14 de la Resolución 1545 de 2019, en cuanto al plazo para efectuar aplicaciones, traslados y devoluciones de excedentes conciliados en el procedimiento para el saneamiento de aportes patronales de las vigencias 2012 a 2016, financiados con recursos del Sistema General de Participaciones”, y, la Resolución N° 1545 de 2019, modificada por las Resoluciones 616 y 2460 de 2020, 828 de 2021, 506 y 1455 de 2022, y 253 de 2023 la Dirección de Gestión del Talento Humano procedió a realizar las solicitudes respectivas de traslados y devoluciones de los saldos a favor de cada uno de los extintos hospitales y la Subred Sur E.S.E., conciliados en las actas suscritas con las AFP, AFC, EPS y ARL, así:

Tabla 79 - Relación de ingresos de recursos administradoras por vigencias

ADMINISTRADORAS	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2025	TOTAL
EPS	\$ 18.599.744	\$ 551.723.152	\$ 186.704.254	\$ 310.448.199	\$ 125.085.991	\$	\$ 251.513.770	\$ 1.367.742	\$ 12.053.808	\$ 1.467.496.660
ARL	\$ 9.582.581	\$ 21.855.855	\$ 186.704.254	\$ 34.788.247	\$	\$	\$ 810.340.084	\$	\$	\$ 1.063.271.021
AFP	\$ 7.053.554	\$ 356.617.202	\$	\$	\$	\$	\$ 763.251.717	\$ 89.496.511	\$	\$ 1.166.418.984
AFC	\$ 716.700.467	\$ 884.300.069	\$ 866.097.286	\$	\$	\$ 24.417.529	\$	\$	\$	\$ 2.491.515.351
TOTALES	\$ 751.936.346	\$ 1.814.496.278	\$ 1.239.505.794	\$ 345.236.446	\$ 125.085.991	\$ 24.417.529	\$ 1.825.105.571	\$ 50.864.253	\$ 12.053.808	\$ 6.188.702.016

Fuente: Adress- Administradora

Durante las vigencias 2016 a 2025, se evidencia un ingreso de recursos a favor de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., por concepto de saldos-excedentes por un total de \$ 6.188.702.015,74, correspondiente a la sumatoria de las Entidades Promotoras de Salud-EPS por valor de \$ 1.467.496.659,74, equivalente a un porcentaje de participación del 24%, para las Administradoras de Riesgos Laborales por valor de 1.063.271.021, correspondiente al 17%, Administradoras de Fondo de Pensiones \$1.166.418.984 al 19% y Administradoras de Fondos Cesantías \$2.491.515.351, equivalente al 40%, lo cual contribuye a uno de los objetivos estratégicos de la Entidad:

“Administrar adecuadamente, eficaz, eficiente y transparente los recursos financieros que conlleven a una sostenibilidad financiera de la Subred Sur que contribuya en la prestación integral de servicios.”

De las obligaciones derivadas del proceso de conciliación de saldos a favor o en contra del Situado Fiscal y Sistema General de Participaciones, se registró un pasivo por valor de \$365.443.520 a favor del Instituto Seguro Social, hoy Administradora Colombiana de Pensiones – COLPENSIONES.

Respecto a las demás administradoras, los procesos de cruce y conciliación, no arrojaron deudas, por lo cual no se generaron obligaciones por concepto de aportes patronales financiados por el sistema general de participaciones.

Frente a los saldos a favor, producto del proceso de saneamiento de aportes patronales con las entidades la Dirección de Gestión del Talento Humano, viene haciendo seguimiento y revisión periódica, en la página web de la ADRES – Lupa al Giro, de la recuperación de los recursos, garantizando que de descarguen en los estados contables, con el fin de realizar los ajustes pertinentes que haya lugar.

Lo anterior, teniendo en cuenta la Resolución N° 1545 de 2019 *“Por medio de la cual se determina el procedimiento para el saneamiento de aportes Patronales correspondientes a la vigencia de 2012 a 2016”*

Con el apoyo de la Oficina Jurídica, se remitieron los documentos soportes de las sentencias judiciales a los fondos de pensiones Colfondos y Protección, y procedan a realizar los ajustes pertinentes, con el fin de depurar la presunta deuda.

3.1.5. GESTIÓN ADMINISTRATIVA

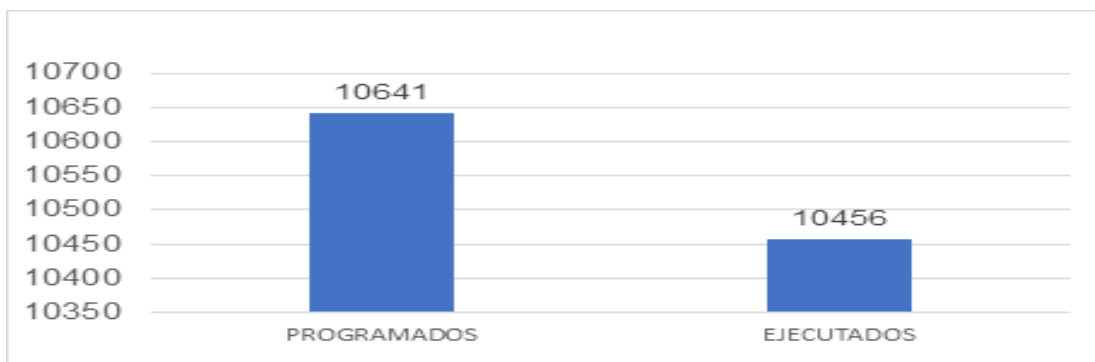
TECNOLOGÍA BIOMÉDICA

Durante la vigencia 2025, el subproceso de Tecnología Biomédica continuó con la ejecución y fortalecimiento de las actividades de mantenimiento preventivo y correctivo, con el propósito de garantizar la disponibilidad, seguridad y óptimo funcionamiento de los equipos biomédicos en los diferentes servicios de la Subred Integrada de servicios de salud Sur E.S.E. De igual manera, se desarrollaron acciones orientadas a la y mejora de la red de distribución de gases medicinales, así como a la reposición, actualización y renovación de la tecnología biomédica, en concordancia con los avances tecnológicos, la normativa vigente y las necesidades asistenciales.

Se ejecutaron actividades de mantenimiento preventivo, control metrológico y calibración programadas conforme al Plan Anual de Mantenimiento, así como mantenimiento correctivo de acuerdo con las necesidades reportadas por los diferentes servicios. Dichos requerimientos fueron registrados a través de la mesa de ayuda del proceso de Tecnología Biomédica y complementados con las rondas de seguridad realizadas periódicamente, las cuales funcionan como puntos de control para la identificación oportuna de fallas y la generación de acciones correctivas en el menor tiempo posible.

De acuerdo con el Plan de Mantenimiento, para la vigencia 2025 se programaron 10.641 actividades de mantenimiento preventivo, de las cuales se ejecutaron 10.456, alcanzando un porcentaje de cumplimiento general del 98,26%, lo que permitió cumplir y superar la meta establecida del 96%.

Gráfica 26, Mantenimiento preventivo de equipo biomédico, vigencia 2025

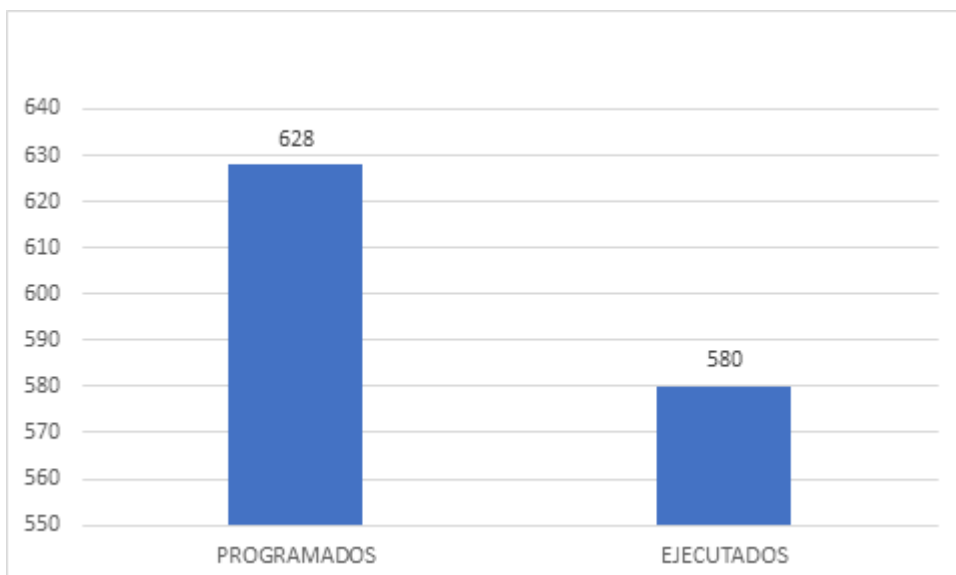


Fuente: Plan de mantenimiento Preventivo de equipo biomédico, vigencia 2025

Las solicitudes de mantenimiento correctivo son registradas por los colaboradores a través de la mesa de ayuda institucional. De igual manera, desde el área de Tecnología Biomédica se realizan rondas mensuales de verificación de los equipos, durante las cuales se identifican de forma proactiva necesidades de reparación y ajustes técnicos. Para la vigencia 2025, se mantienen y fortalecen los indicadores relacionados con la oportunidad de respuesta a los requerimientos de mantenimiento correctivo de Tecnología Biomédica, reconociendo la importancia de atender de manera oportuna las fallas presentadas en los equipos biomédicos, en el marco del mejoramiento continuo y la gestión del riesgo, con el fin de minimizar impactos en la seguridad del paciente y en la prestación de los servicios de salud.

- **Incidencias Urgentes.** Para la vigencia 2025 se reportaron 628 incidencias clasificadas como urgentes, de las cuales 580 fueron atendidas oportunamente, alcanzando un cumplimiento del 92,36%, lo que permitió cumplir y superar la meta establecida del 90%.

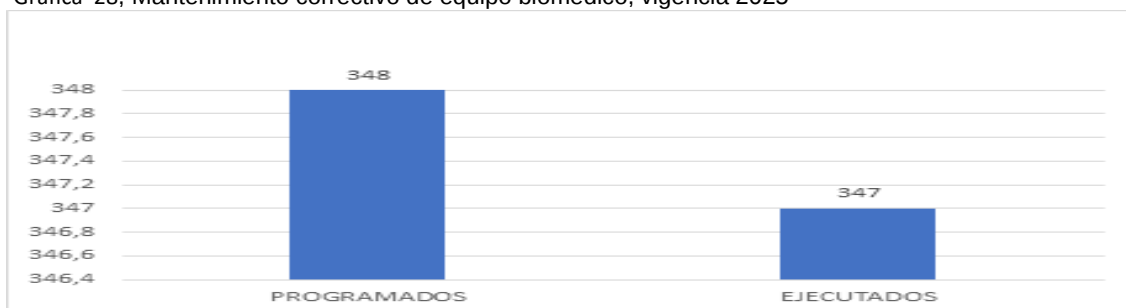
Gráfica 27, Mantenimiento correctivo de equipo biomédico, vigencia 2025



Fuente: GA-TBI-FT-08 V2 seguimiento al reporte y mantenimiento correctivo de equipos médicos, vigencia 2025

- **Incidencias prioritarias.** Para la vigencia 2025 se reportaron 348 incidencias clasificadas como prioritarias, de las cuales 347 fueron atendidas oportunamente, alcanzando un cumplimiento del 99,71%, lo que permitió cumplir y superar la meta establecida del 90%.

Gráfica 28, Mantenimiento correctivo de equipo biomédico, vigencia 2025



Fuente: GA-TBI-FT-08 V2 seguimiento al reporte y mantenimiento correctivo de equipos médicos, vigencia 2025

Para la vigencia 2025 se reportaron 210 incidencias clasificadas como programables, de las cuales 210 fueron atendidas oportunamente, alcanzando un cumplimiento del 100%, lo que permitió cumplir y superar la meta establecida del 90%.

Gráfica 29, Mantenimiento correctivo de equipo biomédico, vigencia 2025



Fuente: GA-TBI-FT-08 V1 seguimiento al reporte y mantenimiento correctivo de equipos médicos, vigencia 2025

Costos de mantenimiento de equipo biomédico

Una vez expuestas las actividades ejecutadas en el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos biomédicos, es importante presentar la trazabilidad de los costos asociados a estas actividades desarrolladas durante las vigencias 2024 y 2025.

Gráfica 30, Costos mantenimiento de equipo biomédico 2024-2025



Fuente: Ejecución presupuestal de gastos, vigencia 2024 y 2025

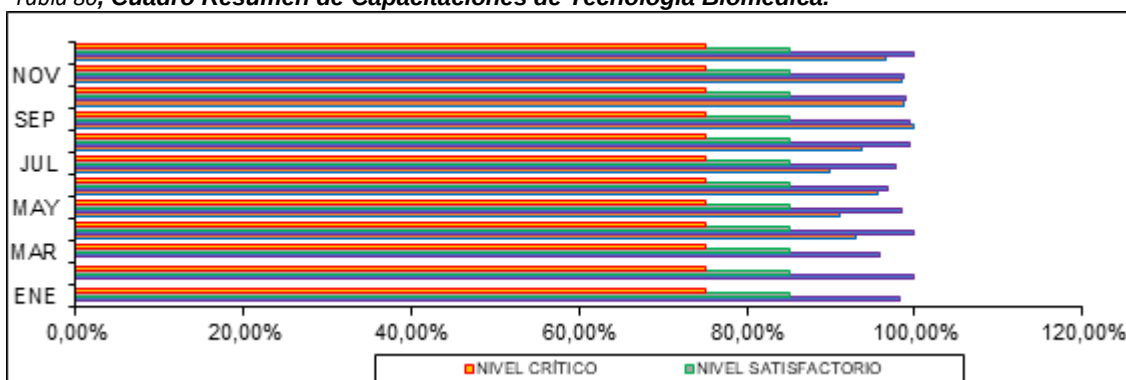
Para la vigencia 2025, se contó con un total de 18 contratos de mantenimiento y suministro de repuestos, orientados a asegurar la disponibilidad, confiabilidad y seguridad de los equipos biomédicos utilizados en la prestación de los servicios de salud.

Durante la vigencia 2025 se llevaron a cabo capacitaciones en Gestión de la Tecnología y Tecnovigilancia, logrando la participación de 1.747 colaboradores, lo que representa un 92,63% de cobertura, cumpliendo la meta establecida del 92%.

A medida que se ejecutaron los mantenimientos preventivos programados en los diferentes servicios, se realizó de manera paralela la capacitación y entrenamiento del personal asistencial en el manejo seguro y adecuado de la tecnología biomédica disponible en cada área. Este enfoque permitió que las formaciones fueran prácticas, contextualizadas y directamente aplicables al equipamiento con el que cada servicio cuenta, reforzando la cultura de seguridad, el uso responsable de los equipos y la Tecnovigilancia.

Se evidencia un incremento del 3% en la cobertura respecto a la vigencia anterior, así como un aumento significativo en el número de colaboradores capacitados, pasando de 1.314 a 1.747, lo que refleja el fortalecimiento de las estrategias de formación, sensibilización y desarrollo de competencias en el uso seguro de la tecnología biomédica.

Tabla 80, Cuadro Resumen de Capacitaciones de Tecnología Biomédica.



Fuente: Archivo fotográfico de Tecnología Biomédica 2025.

Durante la vigencia 2025 se realizó la incorporación de los equipos biomédicos correspondientes, derivados de los convenios establecidos con la Secretaría de Salud y la Subred Sur, así como de recursos propios de la Subred o gestionados a través de las contraprestaciones de los convenios de docencia-servicio.

Durante la vigencia 2025, se incorporaron equipos biomédicos destinados a los servicios de Capa Ambulatoria y Bienestar, en el marco de los convenios con la Secretaría de Salud, recursos propios de la Subred y las contraprestaciones de los convenios de docencia-servicio. La siguiente tabla presenta un resumen de los equipos adquiridos, su cantidad y el área a la que fueron asignados:

Tabla 81, Cuadro resumen de renovación de Tecnología Biomédica.

INCORPORACIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS	
Cantidad total	52
Valor total	\$ 2'110.612.069

Fuente: Matriz de seguimiento a la incorporación de Tecnologías Biomédica, vigencia 2025

3.1.6. GESTION FINANCIERA

FACTURACIÓN

La facturación por pagador, con corte al 31 de diciembre de 2025, alcanzó un total de \$517.855 millones. De este valor \$499.127 millones corresponden a la venta de servicios de salud, mientras que \$18.728 millones provienen de convenios (UEL, Docencia, FFDS y Otros).

Dentro de la facturación por servicios de salud, Capital Salud PGP registró \$207.439 millones, equivalentes a una participación del 40%. El régimen subsidiado por evento generó \$123.786 millones, lo que representa el 21%. Por su parte, el régimen contributivo alcanzó \$56.720 millones, con una participación del 11%. Finalmente, el PIC aportó \$50.515 millones, correspondientes al 10%.

Adicionalmente, Territorios registró \$21.881 millones, equivalentes al 4% de la facturación. El FFDS aportó \$13.388 millones (3%), cifra que incluye la facturación de población PPNA, usuarios en condición de irregularidad y entes territoriales. El SOAT generó \$6.324 millones, representando el 1%, mientras que Otros pagadores sumaron \$8.434 millones, correspondientes al 2%. Finalmente, el subsidiado capitado alcanzó \$10.730 millones, lo que representa una participación del 2%.

Tabla 82 - Facturación vigencia 2025

REGIMEN	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	TOTAL	%
SUBS. - PGP	53.035	53.857	53.695	46.763	207.349	40%
SUBS. No capitado	23.503	27.704	29.839	27.996	109.042	21%
SUBS - PYD	4.175	3.340	3.877	3.351	14.744	3%
SUBS. - Capitado	1.910	3.049	3.108	2.664	10.730	2%
PIC	14.286	10.367	12.963	12.898	50.515	10%
FFDS	2.603	3.906	3.180	3.699	13.388	3%
Contributivo	10.569	12.945	16.080	17.126	56.720	11%

SOAT	1.490	1.651	1.597	1.586	6.324	1%
Territorios	3.663	3.238	3.846	11.133	21.881	4%
Otros	2.675	1.904	1.843	2.011	8.434	2%
TOTAL VSS	117.910	121.962	130.026	129.229	499.127	96%
Convenios Docentes Asistenciales	1.229	382	1.868	1.315	4.793	1%
Otros Convenios FFDS	1.446	1.037	1.231	2.908	6.622	1%
Fondo de Desarrollo Local	432	261	2.124	4.496	7.313	1%
TOTAL VSS + CONVENIOS	121.017	123.642	135.249	137.947	517.855	100%

Fuente de Información: Facturación Subred Sur por venta de servicios- Valores en millones de pesos

En comparación con la vigencia 2024, se presentó un incremento del 8%, equivalente a \$36.734 millones. Este crecimiento se reflejó principalmente en Capital Salud PGP, debido al aumento del valor techo para el año 2025, que se estableció en \$17.999 millones. El régimen subsidiado registró un aumento de \$8.378 millones, impulsado por el ajuste de tarifas y por el crecimiento en el número de usuarios de las EPS Coosalud en Bogotá, Famisanar, Nueva EPS y Sanitas.

Por su parte, el régimen contributivo creció en \$11.649 millones, explicado por el incremento tarifario y por una mayor demanda de usuarios en el servicio de urgencias de Famisanar, Nueva EPS, Compensar, Sanitas, Salud Total y Coosalud. El régimen subsidiado capitado aumentó en \$8.044 millones, como resultado de la firma del contrato con la entidad Famisanar a partir de marzo de 2025. Finalmente, otros pagadores presentaron un incremento de \$18.299 millones, asociado al inicio de la facturación electrónica del convenio de Territorios desde octubre de 2024.

Tabla 83 - Comparativo facturación 2025 vs 2024

REGIMEN	2024	2025	\$ Variación	% Variación
SUBS. – PGP	200.430	207.349	6.919	3%
Subs. - No Capitado	115.408	123.786	8.378	7%
Subs. – Capitado	2.687	10.730	8.044	299%
PIC	69.597	50.515	-19.082	-27%
FFDS	15.272	13.388	-1.885	-12%
CONTRIBUTIVO	45.071	56.720	11.649	26%
SOAT	6.892	6.324	-568	-8%
OTROS	12.016	30.315	18.299	152%
Convenios Docentes Asistenciales	4.107	4.793	686	17%
Otros Convenios FFDS	7.563	6.622	-941	-12%
Otros Convenios	60	0	-60	-100%

Fondo de Desarrollo Local	2.018	7.313	5.295	262%
TOTAL VSS + Convenios	481.121	517.855	36.734	8%

Fuente: Comparativo Facturación Venta de Servicios 2025 Vs. 2024 - Valores en millones de pesos

RADICACIÓN

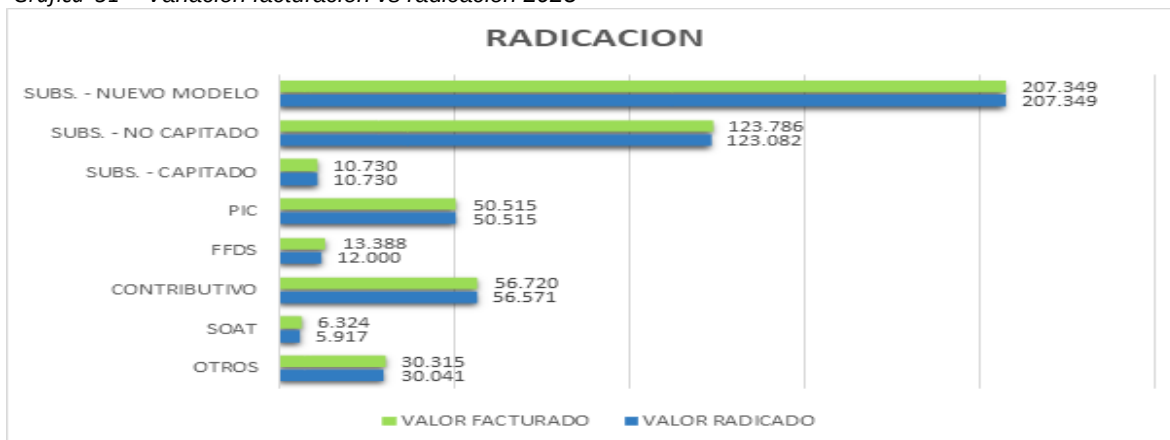
En cuanto al proceso de radicación por venta de servicios, y considerando que la facturación de la vigencia 2025 ascendió a \$499.127 millones, al corte del 19 de enero de 2026 se había radicado un total de \$496.205 millones. Esto representa un porcentaje de radicación del 99,4% sobre el total facturado, quedando pendientes por radicar \$2.922 millones correspondientes a la vigencia 2025.

Tabla 84 - Comparativo facturación vs radicación 2025

REGIMEN	VALOR FACTURADO	VALOR RADICADO	PENDIENTE POR RADICAR	% RADICACION
SUBS. - NUEVO MODELO	207.349	207.349	0	100%
SUBS. - NO CAPITADO	123.786	123.082	703	99%
SUBS. - CAPITADO	10.730	10.730	0	100%
PIC	50.515	50.515	0	100%
FFDS	13.388	12.000	1.387	90%
CONTRIBUTIVO	56.720	56.571	149	100%
SOAT	6.324	5.917	408	94%
OTROS	30.315	30.041	274	99%
TOTAL	499.127	496.205	2.922	99%

Fuente de Información: Facturación Venta de Servicios Subred Sur - Valores en millones de pesos

Gráfica 31 – Variación facturación vs radicación 2025



Fuente de Información: Facturación Subred Sur - Valores en millones de pesos

En el proceso de facturación anticipada, durante la vigencia 2025 se incluyó el servicio de odontología, lo que mejoró los tiempos de atención y redujo la cantidad de usuarios que deben realizar el proceso de facturación. Este avance fue posible gracias al refuerzo de dos personas en el turno nocturno. Como resultado, se alcanzó una facturación efectiva de 498.318 registros. A continuación, se presenta el detalle de la producción anticipada por unidad.

Tabla 85 Facturación Anticipada 2024 vs Facturación anticipada 2025

UNIDAD	2024	2025	\$ VARIACION	% VARIACION
CAPS TUNAL	94.728	100.048	5.320	6%
CANDELARIA	60.435	66.528	6.093	10%
EL CARMEN	31.789	46.893	15.104	48%
MARICHUELA	46.878	45.617	-1.261	-3%
MANUELA BELTRÁN	49.699	45.333	-4.366	-9%
VISTA HERMOSA	40.843	43.076	2.233	5%
DANUBIO	45.744	40.872	-4.872	-11%
MEISSEN	37.442	33.235	-4.207	-11%
SAN BENITO	31.728	31.212	-516	-2%
BETANIA	29.374	21.556	-7.818	-27%
FLORA	102	5.618	5.516	5408%
MOCHUELO	4.305	4.601	296	7%
REFORMA	4.641	3.977	-664	-14%
USME	1.328	3.323	1.995	150%
PASQUILLA	1.941	1.976	35	2%
DESTINO	341	1.828	1.487	436%
SAN JUAN SUMAPAZ	10	356	346	3460%
NAZARETH	22	244	222	1009%
TOTAL	483.374	498.318	14.944	3%

Fuente: Informe de facturación anticipada 2024 y 2025

La variación superior al 100% en las unidades de Flora, Usme, Destino, San Juan y Nazareth se debe al incremento en la prestación del servicio. Además, el hecho de que la mayoría de estos servicios pudieran ser facturados desde la central de facturación anticipada ha permitido que un mayor número de usuarios se beneficien de esta estrategia.

- Se generaron procesos de retroalimentación con el personal asistencial con relación a la identificación de las inconsistencias evidenciadas por auditoría médica que impactan el proceso de facturación

CARTERA

La cartera comparada frente a diciembre 2024 presentó incremento de \$47.836 millones, siendo un 19%. Teniendo en cuenta la cartera recuperable y descontando saldos deteriorados se presenta el incremento es del 34% por valor de \$47.343:

Tabla 86 Evolución cartera de 2020 a 2025

REGIMEN	Dic-24	Dic-25	VARIACIÓN ABSOLUTA	VARIACIÓN RELATIVA
Subsidiado evento	140.143	163.184	23.041	16%
Contributivo	52.287	64.346	12.059	23%
FFDS	28.835	37.768	8.933	31%
SOAT – ECAT	13.374	15.542	2.167	16%
Capitación	1.040	2.199	1.159	111%
Entes Territoriales	4.936	3.745	-1.192	-24%
Demás Pagadores	13.003	14.672	1.669	13%
TOTAL CARTERA NETA	253.618	301.454	47.836	19%
VALOR DETERIORADO	114.906	115.400	493	0%
TOTAL CARTERA CON DETERIORO	138.712	186.055	47.343	34%

Fuente información: Estados cartera Subred Sur diciembre 2017 a 2022 -- Valores en millones de pesos

El incremento de \$47.836 millones en la vigencia 2025 frente al mismo periodo de 2024 se explica de la siguiente manera:

- Régimen subsidiado: presenta un incremento del 16%, de este aumento, \$23.404 millones corresponden a la facturación generada en el mes de cierre, la cual se radica dentro de los 20 días siguientes. Con la EPS Capital Salud se evidencia, además, un incremento del 5,2% en la cuenta de techo por tarifa bajo la modalidad de evento, junto con retrasos en auditoría y reconocimiento, lo que ha generado acumulación de cartera.
- Régimen contributivo: registra un aumento del 23%, asociado principalmente a entidades intervenidas.
- SOAT y ECAT: se observa un incremento de \$2.167 millones, derivado de la ausencia de una fuente de pago a partir de la reforma de los topes establecidos para las aseguradoras.
- Capitación: la cartera aumenta en un 111%, como resultado de los nuevos contratos suscritos con las EPS Sanitas y Coosalud.
- Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS): se presenta un incremento del 31%, equivalente a \$8.933 millones.
-

A continuación, se presenta el estado de cartera a 31 de diciembre 2025, discriminado por régimen y edad:

Tabla 87 Cartera diciembre 2025 por edad y régimen

EDAD CARTERA	DE SUBSIDIADO - EVENTO	CONTRIBUTIVO	FFDS	SOAT ECAT	SUBSIDIADO - CAPITA	ENTIDADES TERRITORIALES	DEMÁS PAGADORES	TOTAL	% cartera neta
De 0 a 60	24.467	12.100	3.813	691	827	71	1.061	43.030	14%
De 61 a 90 días	8.900	4.073	974	345	0	0	331	14.624	5%
De 91 a 180 días	20.165	8.158	3.272	1.184	680	0	304	33.763	11%
De 181 a 360 días	23.102	6.016	6.178	2.217	0	0	978	38.490	13%
Mayor 361 días	18.268	4.214	21.750	9.318	0	3.740	6.958	64.248	21%
Pagos por aplicar	-12.914	-5.167	0	-76	0	-69	-548	-18.773	-6%
SUBTOTALES	81.988	29.394	35.987	13.680	1.506	3.742	9.083	175.381	58%
Por radicar	27.686	5.842	2.131	1.230	475	2	4.501	41.868	14%
Ordenes de Servicio	3.176	2.121	118	632	2	0	619	6.667	2%
Liquidadas	50.334	26.988	0	0	215	0	0	77.537	26%
SUBTOTALES	81.196	34.952	2.249	1.862	692	2	5.121	126.073	42%
TOTAL CARTERA NETA	163.184	64.346	38.236	15.542	2.199	3.745	14.204	301.454	100%
VALOR DETERIORADO	66.356	32.095	3.807	4.253	368	2.682	5.839	115.400	
TOTAL CARTERA CON DETERIORO	96.827	32.251	34.430	11.289	1.831	1.063	8.364	186.055	
%	52%	17%	19%	6%	1%	1%	4%	100%	0%

Fuente de Información: Estado de cartera Dinámica Gerencial - Valores en millones de pesos.

Dentro de los saldos se incluye un valor de \$77.537 millones, correspondiente a entidades liquidadas. Las acreencias fueron presentadas dentro de los tiempos establecidos y se encuentran en seguimiento permanente hasta la finalización de cada proceso, con el fin de determinar los saldos reconocidos y/o rechazados.

En cuanto a la cartera con edad mayor a 360 días, se estima una probabilidad de recuperación del 80%, sustentada en las siguientes acciones:

- Procesos judiciales y extrajudiciales vigentes por \$38.868 millones al cierre del periodo, donde se cuenta con empresas de gran tamaño como Coosalud, Famisanar, ADRES, Capresoca, Emssanar, Mundial de seguros, Secretaria de Integración Social, entre otros, con una proyección de recuperación del 90% durante la vigencia 2026 dada la situación de las empresas.
- Las partidas del FFDS por valor de \$15.096 millones, asociados a glosas no aceptadas que se encuentran en proceso de conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Dar continuidad al plan de recuperación vía jurisdiccional y extrajudicial que atiende la cartera en gestión con vencimiento mayor a 360 días.

Evolución cartera Capital Salud

A continuación, se presenta la cartera de Capital Salud EPS por rangos de edad con corte a diciembre de 2025. El 43% de la cartera se concentra en el Presupuesto Global Prospectivo (PGP), cuyo saldo corresponde a cuentas que se encuentran en proceso de radicación. Por su parte, la modalidad de evento representa el 55% de la cartera, así:

Tabla 88 - Cartera Capital Salud a diciembre 2025 por edad

EDAD DE CARTERA	PGP	EVENTO	CONTRIBUTIVO	TOTAL	%
De 0 a 90 días	2.408	9.159	285	11.851	26%
De 91 a 180 días	234	5.140	158	5.532	12%
De 181 a 360 días		4.279	192	4.471	10%
Mayor 361 días		4.246	106	4.352	9%
Pagos por aplicar		-3.171	-603	-3.774	-8%
SUBTOTALES	2.642	19.652	138	22.431	48%
Por radicar	17.163	4.086	827	22.077	48%
Ordenes de Servicio	0	1.787	60	1.847	4%
SUBTOTALES	17.163	5.874	887	23.924	52%
TOTAL CARTERA CAPITAL SALUD	19.805	25.526	1.024	46.355	100%
%	43%	55%	2%	100%	

Fuente de Información: Estado de cartera Dinámica Gerencial - - Valores en millones de pesos.

Según lo anterior, se identifica una cartera con edad superior a 360 días por \$4.352 millones, equivalente al 9% del total. Estos valores corresponden a contratos del periodo 2023 que actualmente se encuentran en proceso de conciliación y auditoría, incluidos el cierre de objeciones administrativas y la revisión de pertinencia. Adicionalmente, se registran \$3.774 millones correspondientes a pagos pendientes por aplicar, los cuales, de acuerdo con los soportes que presente la entidad, serán aplicados durante el primer trimestre de la vigencia 2026.

Por último, se presenta un comparativo de las cuentas por cobrar, detallado por unidades, correspondiente al periodo comprendido entre diciembre de 2020 y diciembre de 2025. Este análisis evidencia una tendencia a la disminución, resultado de los procesos de cobro adelantados a favor de la Subred, los cuales permitieron el saneamiento de los saldos de las unidades funcionales. En la actualidad, el saldo pendiente corresponde exclusivamente a cuentas por cobrar asociadas a la facturación de la Subred.

Tabla 89 - Cartera Capital Salud a diciembre 2025 por unidad

UNIDAD	DIC-24	DIC-25	VARIACIÓN ABSOLUTA	VARIACIÓN RELATIVA
SUBRED SUR	41.906	48.283	6.376	15%
MEISSEN	0	0	0	0%
TUNAL	0	0	0	0%
TUNJUELITO	0	0	0	0%
VISTA HERMOSA	0	0	0	0%
USME	0	0	0	0%
NAZARETH	0	0	0	0%
ORDENES DE SERVICIO	2.029	1.847	-182	-9%
PAGOS PENDIENTES POR LEGALIZAR	-3.618	-3.774	-156	4%
TOTAL GENERAL	40.317	46.355	6.038	15%

Fuente de Información: Estado de cartera Dinámica Gerencial - Valores en millones de pesos.

Fondo Financiero Distrital de Salud

La participación de esta entidad en el saldo total de la cartera neta equivale a un 13%, detallada por modalidad de contratación y edad:

Tabla 90 - Cartera FFDS por edades a diciembre 2025

DETALLE	De 0 a 30 días	De 31 a 60 días	De 61 a 90 días	De 91 a 180 días	De 181 a 360 días	Mayor 361 días	Pagos por aplicar	SUBTOTALES CARTERA EN GESTIÓN	ORDENES DE SERVICIO	POR RADICAR	TOTAL CARTERA FFDS
VINCULADO	67	66	62	255	623	15.564	0	16.638	117	636	17.390
EXTRANJEROS	799	757	301	1.247	2.339	3.793	0	9.236	0	908	10.144
PIC	1.984		509	1.462	2.544	372	0	6.871	0	0	6.871
ESCOLAR FFDS	0	0	0	0	0	170	0	170	0	0	170
DESPLAZADOS	0	0	0	0	0	61	0	61	0	0	61
GRATUIDAD	0	138	102	309	673	1.789	0	3.012	1	120	3.133
CONVENIOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	468	468
TOTAL	2.851	961	974	3.272	6.178	21.750	0	35.987	118	2.131	38.236
%	7%	3%	3%	9%	16%	57%	0%	94%	0%	6%	100%

Fuente de Información: Estado de cartera Dinámica Gerencial - Valores en millones de pesos

En la siguiente tabla se presenta el análisis de variaciones de saldo a diciembre de 2025, comparado con el mismo periodo de la vigencia anterior sin tener en cuenta ordenes de servicio:

Tabla 91 Comparativo cartera FFDS dic-2023 - dic-2024 Vs dic-2025

SERVICIOS DE SALUD	DIC-24	DIC-25	VARIACIÓN ABSOLUTA	VARIACIÓN RELATIVA
--------------------	--------	--------	-----------------------	-----------------------

VINCULADOS	15.049	16.305	1.257	8%
FRONTERIZOS	6.951	10.144	3.193	46%
PIC	3.498	6.871	3.373	96%
MIPRES - NO PBS	0	0	0	0%
GRATUIDAD	2.027	3.132	1.104	54%
REFACTURACION- NO POS	962	962	0	0%
ESCOLARES	170	170	0	0%
DESPLAZADOS	61	61	0	0%
CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS	1.894	468	-1.426	-75%
DISCAPACIDAD	0	7	7	100%
TOTAL	30.612	38.119	7.507	25%

Fuente de Información: Estado de cartera Dinámica Gerencial - Valores en millones de pesos.

La cartera del FFDS presentó un incremento de \$7.507 millones en comparación con la vigencia anterior. Este aumento se explica por los siguientes factores:

- Incremento por el componente de Gratuidad por \$1.104 millones
- Aumento de la cartera de Extranjeros por \$3.193 millones, en proceso de auditoria por giros propios a partir de lo auditado con corte a 31 de diciembre de 2023.
- Incremento en el PIC por \$3.373 millones, asociado al saldo de lo facturado, tratándose de cuentas que aún no presentan vencimiento.

De otra parte se presentó disminución de la cartera asociada a convenios por \$1.426 millones

Tabla 92 Clasificación y recuperabilidad Cartera FFDS

MODALIDAD	EN GESTION EN SUPER SALUD	EN AUDITORIA	AUDITADO (LIBRE)	EN PROCESO DE LIQUIDACION	PENDIENTE DE RADICAR ORDENES SERVICIO	DE Y TOTAL DECARTERA	%
Irregulares	257	6.147	2.832		908	10.144	18%
Vinculado	15.096	1.542			746	17.384	44%
Gratuidad		3.012			121	3.133	6%
Convenios		0			468	468	4%
Escolares				170		170	0%
Desplazados	59		2			61	0%
Discapacidad					7	7	0%
PIC		6.498		372	0	6.871	28%
TOTAL	15.412	17.199	2.834	542	2.249	38.236	100%
%	40%	45%	7%	1%	6%	100%	0%

Fuente de Información: Estado de cartera Dinámica Gerencial - Valores en millones de pesos.

En cuanto a la cartera mayor a 360 días que corresponde a vinculados se cuenta con cartera clasificada por contrato, donde el 99% fue radicada y está en proceso de cobro ante la Supersalud, dado que en la conciliación con el Fondo Financiero existe una partida de Glosa NO aceptada entre las partes, de la cual está radicada ante la Superintendencia de Salud un monto de \$14.893 millones pendientes de la citación a la audiencia.

RECAUDO

Análisis del Recaudo por Régimen

A 2025, la Subred cuenta con un recaudo acumulado de \$463.113 millones de pesos, detallados así:

Tabla 93 - Ingresos vigencia 2025 por régimen

REGIMEN	PROYECCION PRESUPUESTAL	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	TOTAL	%
SUB. – PGP	201.740	15.569	48.817	47.980	48.586	160.952	80%
SUB. – EVENTO	108.924	4.224	13.261	16.908	18.649	53.042	49%
SUB. – CAPITACION	9.573	0	2.467	1.571	2.372	6.409	67%
PIC	65.677	9.170	9.485	10.718	14.644	44.016	67%
FFDS	12.618	5	354	1.619	2.161	4.138	33%
CONTRIBUTIVO	24.038	1.614	12.306	10.265	14.574	38.758	161%
SOAT – ECAT	5.700	139	761	495	533	1.928	34%
DEMÁS PAGADORES	9.470	1.088	2.111	846	2.036	6.082	64%
SUBTOTAL VIGENCIA	437.739	31.809	89.562	90.403	103.552	315.326	72%
CUENTA POR COBRAR	105.699	69.089	13.097	9.436	14.023	105.644	100%
SUBTOTALES	543.438	100.898	102.659	99.839	117.575	420.970	77%
OTROS CONVENIOS	53.221	8.304	5.803	7.538	20.498	42.143	79%
TOTAL INGRESOS	596.659	109.202	108.462	107.376	138.073	463.113	78%

Fuente información: Ejecución presupuestal ingresos a dic 2025 - Valores en millones de pesos

De la tabla anterior se puede evidenciar que:

- Frente al presupuesto de ingresos de 2025 se registró una ejecución del 78%. Aunque a primera vista este porcentaje podría parecer bajo, se explica por varios factores. En primer lugar, el presupuesto contemplaba la entrada en operación de la Unidad de USME, la cual aún no ha iniciado actividades. Adicionalmente, no se ha recibido el giro correspondiente a la población

migrante asociada a la radicación durante la vigencia. A esto se suma que el giro por evento de Capital Salud no se reflejó, debido a que los recursos de la vigencia fueron destinados a la legalización de anticipos. Con estas situaciones normalizadas, se espera que en los meses siguientes se incremente el recaudo y, en consecuencia, mejore el porcentaje de ejecución.

- b. En cuanto a la cuenta por cobrar, frente al presupuesto anual de \$105.699 millones, se logró una ejecución del 100%. Este resultado se deriva de los acuerdos de pago y de los reconocimientos obtenidos en los procesos de conciliación, impulsados por el aumento en la frecuencia del cobro persuasivo y por el uso de herramientas adicionales, como la conciliación extrajudicial.
- c. En el componente PGP se alcanzó una ejecución del 80%.
- d. En el régimen subsidiado no capitado se registró una ejecución del 67%, afectada principalmente por los problemas de liquidez de varias entidades.
- e. En el PIC la ejecución fue del 67%, conservándose saldos asociados a reserva de glosa y a la ejecución del convenio.
- f. En el FFDS se obtuvo una ejecución del 33%, debido a que permanecen saldos en proceso de auditoría correspondientes a población vinculada e irregular, cuyo recaudo se proyecta para la vigencia 2026.
- g. En el régimen contributivo se alcanzó una ejecución del 161%, resultado de los acuerdos de pago y de la gestión de cobro adelantada durante la vigencia.

Comparativo Recaudo Vigencia 2025 y 2024

A continuación, se presenta el recaudo por régimen con corte a diciembre de las vigencias 2024 y 2025, respectivamente:

Tabla 94 Comparativo recaudo vigencia 2024 y 2025

REGIMEN	2024	2025	VARIACIÓN ABSOLUTA	VARIACIÓN RELATIVA
SUB. – PGP	179.143	160.952	-18.191	-10%
Sub. – Evento	46.172	53.042	6.870	15%
Sub. – Capacitación	2.426	6.409	3.983	164%
PIC	61.148	44.016	-17.132	-28%
FFDS	7.025	4.138	-2.887	-41%
Contributivo	22.073	38.758	16.685	76%
SOAT – ECAT	1.639	1.928	289	18%
Demas pagadores	4.231	6.082	1.851	44%
Cuenta por cobrar	83.479	105.644	22.165	27%
Total sin convenios	407.336	420.970	13.634	3%

Otros convenios	45.703	42.143	-3.560	-8%
TOTAL INGRESOS	453.039	463.113	10.074	2%

Fuente información: Ejecuciones presupuestales vigencias 2020 a 2025 - Valores en millones de pesos

Se registra recaudo acumulado por \$463.113 millones por venta de servicios de salud, presentando incremento respecto a 2024 del 3% por \$13.634 millones sin incluir convenios y con convenios el incremento es del 2% por \$10.074 millones, el incremento de recaudo se concentra en la recuperación de cuenta por cobrar (saldos vigencia anterior) principalmente en los regímenes contributivo y subsidiado y recaudo de la vigencia en evento subsidiado a través de entidades como: Famisanar y Capital Salud, Capitación a través de Famisanar y Contributivo donde Famisanar, Nueva EPS, Sanitas y Coosalud son de mayor relevancia.

Se precisa que en la comparación de periodos diciembre de 2025 y diciembre de 2024, se presenta disminución en tres regímenes, PGP, PIC, y FFDS, explicados así:

- PGP reducción recaudo \$18.190 millones, finalización de legalización de anticipos de evento de 2024 y reconocimiento de Subejecución de servicios de 2025.
- PIC reducción recaudo \$17.132 millones, por cambio de los valores del convenio reduciendo el valor y especialmente su ejecución.
- FFDS reducción recaudo \$2.886 millones, reducción de la población en este régimen, con tendencia a la baja dado que la ley exige afiliación de oficio de dicha población.

COMPARATIVO CUENTAS POR PAGAR 2024 VS 2025.

Con corte a 31 de diciembre de 2025, la Subred registra la suma de \$90.273 millones en cuentas por pagar, presentando un incremento del 11% frente a la vigencia anterior:

Tabla 95 – Comparativo cuentas por pagar corte diciembre 2024 y 2025

EDAD	Dic	Dic	Δ 2024 VS 2025	
	2024	2025	\$	%
0 - 30 días	15.561	59.157	43.596	280%
31-60 días	13.618	9.510	-4.108	-30%
61-90 días	9.940	9.185	-755	-8%
91-120 días	12.622	5.916	-6.706	-53%
121-150 días	10.196	2.392	-7.804	-77%

151-180 días	9.415	401	-9.014	-96%
181-360 días	7.030	967	-6.063	-86%
> 360 días	2.897	2.745	-152	-5%
SUBTOTAL	81.278	90.273	8.994	11%
INVERSION	4.993	6.137		0%
TOTAL	76.285	84.136	7.851	10%

Fuente de Información: Cuentas por Pagar Subred Sur ESE - Valores en millones de pesos

A continuación, se presenta el detalle de la cuenta por cobrar al cierre de la vigencia 2025. Del análisis se evidencia que las cuentas asociadas a la compra de bienes representan la mayor participación dentro del saldo total, con un 49%. En segundo lugar, se encuentran las cuentas relacionadas con servicios, que aportan un 40% del saldo, así:

Tabla 96 – Detallado por concepto y edad

CONCEPTO	SIN INVERSIÓN						CON INVERSIÓN		
	BIENES	SERVICIOS	ARRENDAMIENTO	OTROS CONCEPTOS	SUBTOTAL	%	INVERSION	TOTAL	%
0 - 30 DIAS	9.337	7.925	803	1.287	19.351	23%	1.718	21.069	23%
31 - 60 DIAS	6.129	6.120	854	732	13.835	16%	70	13.905	15%
61 - 90 DIAS	5.893	5.951	883	211	12.938	15%	178	13.116	15%
91 - 120 DIAS	5.408	6.980	609	927	13.924	17%	138	14.063	16%
121 - 150 DIAS	4.535	3.118	601	654	8.908	11%	77	8.985	10%
151 - 180 DIAS	5.471	2.248	604	407	8.731	10%	243	8.973	10%
181 - 360 DIAS	4.459	1.526	465	0	6.449	8%	967	7.417	8%
> a 361 DIAS	0	0	0	0	0	0%	2.745	2.745	3%
TOTAL	41.231	33.868	4.820	4.218	84.136	100%	6.137	90.273	100%
%	49%	40%	6%	5%	100%				

Fuente de Información: Cuentas por Pagar Subred Sur ESE - Valores en millones de pesos

Las cuentas por pagar mayor a 360 días a 31 de diciembre de 2025, están representadas en reserva de obra por valor de \$2.745 como se relacionan a continuación:

Tabla 97 Detalle cuentas por pagar mayor a 361 días

PROVEEDOR	VALOR	OBSERVACIÓN
ARCA - ARQUITECTURA E INGENIERIA S. A.	34	Reserva de obra
CONSORCIO HOSPITAL	638	Reserva de obra
CONSORCIO IC MEISSEN 2022	130	Reserva de obra
CONSORCIO TUNAL 2022	1.045	Reserva de obra
CONSORCIO TUNAL SALUD FUTURA	889	Reserva de obra

LOGIA 3 ASOCIADOS S.A.S	9	Reserva de obra
TOTAL CUENTA POR PAGAR > 360 DIAS	2.745	

Fuente de Información: Cuentas por Pagar Subred Sur ESE - Valores en millones de pesos

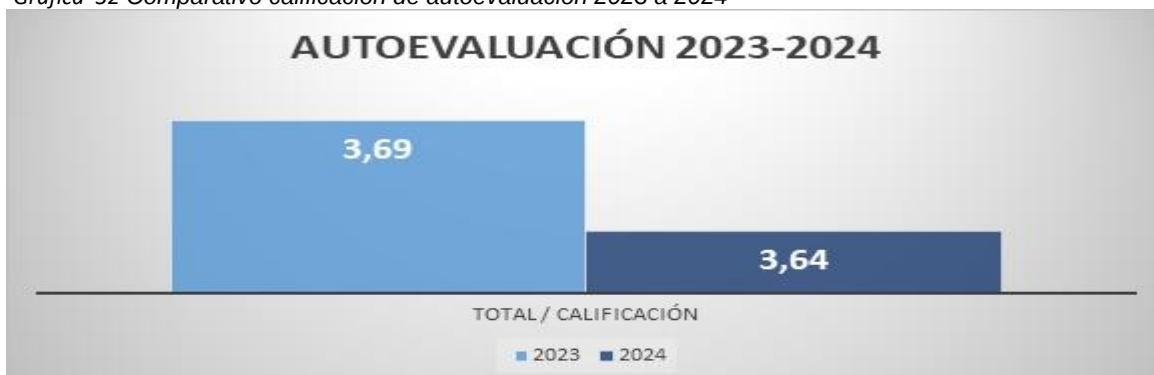
Las cuentas por pagar al 31 de diciembre de 2025 ascienden a \$81.175 millones de los cuales \$6.137 millones corresponden a inversión y \$ 84.136 millones a los siguientes conceptos: bienes por un valor de \$41.231 millones, servicios por un valor de \$33.868 millones, arrendamiento por un valor de \$4.820 y otros conceptos por valor de \$4.218 millones.

3.2. INFORMES DE LOS ENTES DE CONTROL QUE VIGILAN LA ENTIDAD

Sistema Único de Acreditación SUA

El ejercicio de autoevaluación se realiza de manera anual entre los meses de diciembre a febrero el ejercicio de autoevaluación de estándares del sistema único de Acreditación en los cuales se obtuvieron los siguientes resultados:

Gráfica 32 Comparativo calificación de autoevaluación 2023 a 2024



Fuente: consolidado de autoevaluaciones indicador 1- subproceso de acreditación- oficina de calidad- Subred integrada de servicios de salud Sur E.S.E

Se evidencia mejora institucional en cumplimiento de estándares superiores de calidad acorde a los resultados obtenidos durante la vigencia 2020-2024. y para los años 2022 y 2023 el incremento en la calificación evidenciando la mejora institucional, además del cumplimiento de meta del indicador 3.5, para el año 2024 se evidencia una calificación de 3,64, dando cumplimiento a la meta institucional, pero identificando un descenso de 0.05 puntos con respecto al año 2023, esto equivale al aprendizaje institucional obtenido en la visita de diciembre de 2024 por parte del ente acreditador y el cambio de vigencia de gerencia.

Es importante señalar que la autoevaluación del sistema único de acreditación para el 2025 se encuentra ya en ejecución con la evaluación de 12 equipos equivalente al 60% (4 de autoevaluación – Gestión de la tecnología, Gerencia del talento humano, direccionamiento y cliente asistencial ambulatorio, además recordemos que los equipos primarios apoyan el ejercicio de los equipos de cliente asistencial de los cuales 8 equipos ya realizaron la misma) entre el mes de diciembre del 2025 y Enero 2026, los demás ya se encuentran programados para el mes de febrero del 2026 el resto de equipos para dar completitud a la misma.

Además de la evaluación institucional se cuenta con resultados obtenidos en los seguimientos realizados por parte del ente acreditador, para la vigencia 2024 se realizó evaluación por parte de ICONTEC con seguimiento a las unidades acreditadas, Nazareth y San Juan de Sumapaz, Destino Mochuelo, Pasquilla y Vista hermosa, y se presentaron para otorgamiento las unidades de Manuela Beltrán, Candelaria y Danubio, obteniendo la certificación oficialmente en junio del año 2025, por parte de ICONTEC en su informe de la visita en mención.

Asociado al proceso de autoevaluación se realiza la definición y priorización de oportunidades de mejoramiento a trabajar en la vigencia siguiente, de esta actividad se evidencia los planes de mejoramiento de las vigencias 2020 a 2025

Tabla 98 Número de oportunidades y acciones por año

OPORTUNIDADES DE MEJORA	2023	2024	2025
Número de oportunidades de mejora	93	80	70
Número de acciones de mejora planteadas	344	311	186

Fuente: Almera 2023-2025, oficina de calidad- Subred integrada de servicios de salud Sur.

Así mismo se recibe el informe emitido por ICONTEC producto de la evaluación realizada en diciembre 2024, con 146 oportunidades de mejora que posterior al análisis y homologación con otras fuentes institucionales se realiza planes de mejora para 100 oportunidades con 273 acciones a trabajar entre el mes de agosto 2025 a febrero 2026 (el 98% a cierre el 15 de diciembre 2025) por lineamiento institucional.

El indicador asociado al plan de mejoramiento de autoevaluación evidencia cumplimientos adecuados con cumplimiento de metas establecidas (2020-2021 95%, 2022 96%, 2023 97%, 2024 99,7, 2025 98.2%).

PROGRAMA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD PAMEC:

Encargado de asegurar el seguimiento permanente a las acciones de mejora, orientadas a garantizar la calidad del servicio frente a los hallazgos identificados, a través de:

- Control del cumplimiento de las auditorías programadas en el PAMEC.
- Seguimiento a la ejecución de las acciones priorizadas en la matriz PAMEC.
- Evaluación del cumplimiento de las guías clínicas definidas por la SDS.
- Apoyo y acompañamiento durante las auditorías realizadas por las entidades administradoras de beneficios.
- Verificación del avance y cumplimiento de los planes de mejoramiento producto de auditorías internas y externas.
- Encargado de asegurar el seguimiento permanente a las acciones de mejora, orientadas a garantizar la calidad del servicio frente a los hallazgos identificados, a través de:
 - Control del cumplimiento de las auditorías programadas en el PAMEC.
 - Seguimiento a la ejecución de las acciones priorizadas en la matriz PAMEC.
 - Evaluación del cumplimiento de las guías clínicas definidas por la SDS.
 - Apoyo y acompañamiento durante las auditorías realizadas por las entidades administradoras de beneficios.
 - Verificación del avance y cumplimiento de los planes de mejoramiento producto de auditorías internas y externas.

PAMEC y Autoevaluaciones Internas.

El Subproceso PAMEC proporciona herramientas para cerrar las brechas entre la calidad observada y la calidad esperada, con un enfoque alineado a los estándares del Sistema Único de Acreditación. Su propósito es fortalecer la estandarización de procesos y garantizar el cierre de los ciclos de mejora, orientando sus acciones hacia el mejoramiento continuo de la atención en salud. Para ello, desarrolla de manera sistemática procesos de evaluación y seguimiento, brinda asesoría y acompañamiento en el fortalecimiento del autocontrol, y promueve la mejora continua. Todo esto contribuye al aprendizaje organizacional en articulación con los procesos y subprocesos de la Subred Sur.

- **Indicadores Gerenciales**

Desde el subproceso de PAMEC, se generan tres indicadores gerenciales, los cuales se relacionan a continuación.

- **Indicador de: Efectividad de la Auditoria Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud.**

Autoevaluaciones.

El plan de mejora correspondiente a la vigencia 2025 fue construido a partir de los resultados de la autoevaluación realizada durante la vigencia 2024, la cual fue consolidada en el primer trimestre de 2025 como etapa inicial de la ruta crítica para la formulación del PAMEC 2025.

Conforme a lo anterior, es importante precisar que la vigencia evaluada constituye el punto de partida para la ruta crítica de la vigencia siguiente. En consecuencia, la última autoevaluación presentada corresponde al año 2024, insumo con el cual se estructuró y orientó el plan de mejora de la vigencia 2025.

En concordancia con lo anteriormente expuesto, se presenta a continuación la trazabilidad técnica de los procesos de autoevaluación correspondientes a las vigencias 2022, 2023 y 2024, los cuales constituyeron el insumo base para la formulación, priorización e implementación de los planes de mejoramiento de las vigencias subsiguientes.

Tabla 99 Trazabilidad resultados Autoevaluación estándares Manual de Acreditación.

GRUPO DE ESTANDARES	# ESTANDAR	2022	2023	2024
Cliente asistencial	75	3,4	3,6	3,5
Direccionamiento	13	3,7	3,9	3,8
Gerencia	15	3,7	3,8	3,7
Talento humano	17	3,5	3,6	3,6
Ambiente físico	11	3,3	3,6	3,6
Gestión de la tecnología	10	3,4	3,6	3,6
Gerencia de la información	14	3,5	3,6	3,4
Mejoramiento de la calidad	5	3,5	3,8	3,9
TOTAL / CALIFICACIÓN	160	3,50	3,69	3,64

Fuente. Autoevaluación Subproceso Acreditación, Oficina de Calidad.

Considerando que el PAMEC para la vigencia 2025 está orientado al Sistema Único de Acreditación, se dio continuidad al seguimiento del plan de mejora establecido a partir de la autoevaluación de Acreditación realizada de 2024; estableciéndose 70 oportunidades de mejora y 278 acciones de mejora para ejecución en esta vigencia.

Gráfica 33 Plan de mejoramiento PAMEC – Acreditación 2025

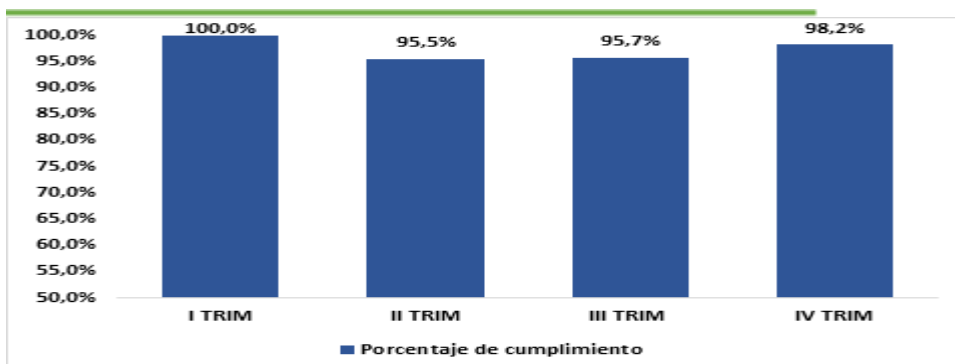
Plan de mejora acreditación 2025 - PAMEC		
Volver	Editar	Reporte atenciones
Nombre Plan de mejora acreditación 2025 - PAMEC		
Evaluador Interno		
Sistema Acreditación		
Referencia		
Priorización Priorización OM		
Descripción Plan de mejora producto de la autoevaluación y priorización de las OM frente a los estándares del sistema único de acreditación		
Fecha 2025-03-14 Estado Activo Vencimiento 2025-11-30		
Detalles	Estadísticas	Priorización
Columnas	Mostrar 20 registros	Descargar
Buscar:		
Unidad auditable	Estándar	Acciones
		Propuestas
Direccionamiento Estratégico	6	25
Gestión administrativa	4	14
Gestión de contratación	1	4
Gestión de la Calidad	5	24
Gestión de la Información TIC	7	21
Gestión del Conocimiento	1	4
Gestión de riesgo en salud	3	13
Gestión de servicios ambulatorios	6	25
Gestión de servicios complementarios	14	57
Gestión de servicios de urgencias	5	20
Gestión de servicios hospitalarios	12	50
Gestión de talento humano	2	8
Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano	4	13
TOTAL	70	278

Fuente: Almera- Plan de mejoramiento PAMEC 2025

El seguimiento correspondiente al período evaluado abarcó todas las acciones aprobadas por los distintos procesos y programadas para su ejecución. Dicho seguimiento inició con la formulación del plan el 1 de abril de 2025 y se extendió hasta el 30 de noviembre del mismo año.

Durante este lapso, se desarrollaron las actividades conforme a lo establecido en el cronograma. En total, se ejecutaron satisfactoriamente 273 de las 278 acciones previstas, alcanzando un nivel de cumplimiento del 98,2% (superando la meta establecida del 95%), lo que evidencia un desempeño sobresaliente y el compromiso de los equipos involucrados para cumplir los objetivos trazados.

Gráfica 34 Cumplimiento de ejecución del PAMEC vigencia 2025

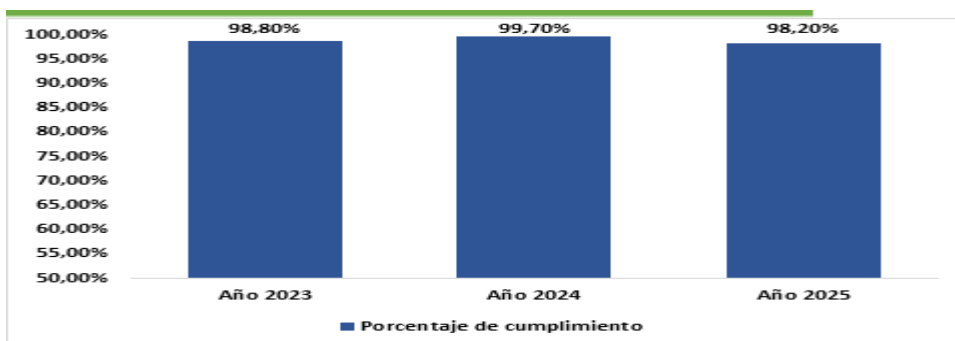


Fuente: Seguimiento PAMEC 2025, Almera, Oficina de Calidad

Es relevante destacar que el logro en el porcentaje de cumplimiento es el resultado de una gestión estratégica y articulada. Entre las acciones clave se incluyen la socialización de los resultados preliminares por parte de la segunda línea de defensa, mediante comunicaciones dirigidas a los responsables del cargue de acciones, complementadas con acompañamiento personalizado y orientación técnica para garantizar la correcta ejecución. Estas medidas han facilitado el cargue de soportes en aquellas acciones que, por diversas razones, no habían alcanzado el estado de “completo”.

Adicionalmente, se promovió la cultura de autocontrol y responsabilidad individual, reforzando la importancia del cumplimiento dentro del ciclo de mejora continua, aumentando el porcentaje de cumplimiento para el cuarto trimestre. Todo esto contribuye no solo al cierre de brechas, sino también al fortalecimiento del aprendizaje organizacional y la sostenibilidad de los procesos de calidad.

Gráfica 35 Trazabilidad de cumplimiento de ejecución del PAMEC vigencia 2023 al 2025



Fuente: Seguimiento PAMEC, subproceso PAMEC Oficina de Calidad

PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍAS.

El Programa Anual de Auditoría para la vigencia se estructura con base en el Manual Institucional de Auditorías Internas, siguiendo todas las etapas del ciclo de auditoría y las fuentes definidas. En este marco, se establece la evaluación de la adherencia a las guías de práctica clínica adoptadas por la Subred Sur, así como a los protocolos y procedimientos priorizados, según la periodicidad requerida (trimestral, cuatrimestral, semestral y/o anual).

De acuerdo con lo anterior, se realiza seguimiento periódico al cumplimiento del Programa Anual de Auditorías Internas, alcanzando para la vigencia 2025 un cumplimiento del 100%, resultado de la ejecución de 109 auditorías de las 109 programadas, sobre 46 documentos priorizados para evaluación conforme a la periodicidad establecida. La trazabilidad del cumplimiento y ejecución de las auditorías se presenta en la siguiente tabla.

Tabla 100 Trazabilidad de cumplimiento programa anual auditoría 2023 a 2025

VIGENCIA	# DE DOCUMENTOS PROGRAMADOS A EVALUAR	# DE DOCUMENTOS EVALUADOS	% CUMP.	# AUD PROGRAMADAS	# AUD EJECUTADAS	% CUMP.
2023	45	45	100%	105	105	100%
2024	45	45	100%	100	100	100%
2025	46	46	100%	109	109	100%

Fuente. Matriz del Programa anual de auditorías- Subproceso PAMEC. Oficina de Calidad

Con el fin de evaluar el cumplimiento de las actividades de auditoría y revisión documental establecidas de acuerdo con la normatividad, necesidades de los procesos, y/o seguimiento de resultados; se realizó un análisis de la distribución por periodicidad. La siguiente tabla muestra el número de documentos evaluados, el total de auditorías ejecutadas durante el año y su respectiva participación porcentual, lo que permite visualizar la carga operativa y la concentración de esfuerzos en cada frecuencia.

Tabla 101 Distribución de documentos evaluados y auditorías por periodicidad Año 2025

PERIODICIDAD	NÚMERO DE DOCUMENTOS EVALUADOS	TOTAL, DE AUDITORÍAS REALIZADAS EN EL AÑO	% DE DOCUMENTOS EVALUADOS	% DE AUDITORÍAS REALIZADAS EN EL AÑO
Trimestral	14	56	30.4%	51.4%
Cuatrimstral	6	18	13.0%	16.5%
Semestral	9	18	19.6%	16.5%
Anual	17	17	37.0%	15.6%
Total	46	109	100.0%	100.0%

Fuente. Matriz del Programa anual de auditorías 2025- Subproceso PAMEC. Oficina de Calidad

Basados en este análisis, se evidencia que la mayor proporción de auditorías se concentra en la periodicidad trimestral, representando más del 50% del total anual, lo que indica una alta carga operativa en estos periodos. Por su parte, la evaluación documental se distribuye principalmente en la periodicidad anual, con un 37% del total, seguida por la trimestral con un 30%. Las frecuencias cuatrimestral y semestral presentan porcentajes significativamente menores tanto en auditorías como en documentos evaluados. Estos resultados servirán como insumo para la planificación de la vigencia siguiente, con el objetivo de equilibrar la ejecución, optimizar el uso de recursos y garantizar el cumplimiento de los estándares establecidos.

Acompañamiento y gestión en la recepción de auditorías de EAPB

Desde el subproceso de PAMEC, se lideran y desarrollan las actividades del procedimiento de RECEPCIÓN DE AUDITORÍAS EXTERNAS DE CALIDAD POR PARTE DE LAS EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIO - EAPB CA-PAM-PR-01 V4, procedimiento que fue actualizado en mayo de 2025.

Durante la vigencia 2025, en cumplimiento de los lineamientos establecidos en el procedimiento correspondiente, se garantizó la gestión integral de las actividades, liderando y acompañando el 100% de las notificaciones de visitas de auditoría de las EAPB. Asimismo, se ejecutó el seguimiento completo a los planes de mejoramiento derivados de dichas auditorías, y de aquellas que son específicas a determinados subprocesos y son recibidas directamente por la primera línea o los líderes responsables de cada uno. Este proceso asegura la trazabilidad y la articulación entre los hallazgos y las acciones generadas, fortaleciendo la mejora continua.

A continuación, se relacionan las auditorías de las EAPB, que generaron planes de mejora y se encuentran cargados en Almera.

Tabla 102 Visitas de Auditoría EAPB y planes de mejora asociados 2025

N°	EAPB	REFERENCIA	CANTIDAD HALLAZGOS	CANTIDAD PLANES DE MEJORA
1	Empresa responsable de pago EPSS: Capital Salud	Auditoría Capital Salud Programa Seguridad del Paciente IV trimestre 2024	10	10
2	Empresa responsable de pago EPSS: Capital Salud	Cobertura Indicadores Ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud, III Trimestre 2024	5	5
3	Empresa responsable de pago EPSS: Capital Salud	Validación de reporte Salas ERA semana epidemiológica 51 año 2024	4	4
4	Empresa responsable de pago EPSS: Capital Salud	Seguimiento estándares de calidad - IV trimestre del año 2024	11	11

N°	EAPB	REFERENCIA	CANTIDAD HALLAZGOS	CANTIDAD PLANES DE MEJORA
5	EAPB Sanitas	Auditoria evaluación y seguimiento a prestadores de atención primaria Sanitas 2025	17	17
6	FAMISANAR	Auditoría Evaluación del SOGC Famisanar 2025	55	47
7	Empresa responsable de pago EPSS: Capital Salud	Auditoria seguridad del paciente enero y febrero de 2025	12	12
8	Empresa responsable de pago EPSS: Capital Salud	Auditoria de Evaluación del cumplimiento de los estándares de calidad - 2025	6	6
9	EPS Cajacopi	Auditoria de Calidad de Cajacopi - USS Tunal consulta externa y urgencias 29 de mayo de 2025	2	2
10	Empresa responsable de pago COOSALUD	Auditoria de Calidad de COOSALUD EPS 2025	4	4
11	Empresa responsable de pago EPSS: Capital Salud	Evaluación de Ruta Integral de Enfermedades Respiratorias Crónicas (ERC) - registro clínico	1	1
12	Empresa responsable de pago EPSS: Capital Salud	Auditoria Programa de seguridad del paciente enero a mayo 2025	8	8
13	Empresa responsable de pago Pijaos Salud EPS -I	Auditoria Pijaos 2025	8	8
14	Salud Total EPS-S	Auditores de Calidad de la Prestación - julio 2025	9	9
15	Empresa responsable de pago EPSS: Capital Salud	Cumplimiento de estándares de calidad II - Trimestre 2025	12	12
16	Empresa responsable de pago EPSS: Capital Salud	Auditoria de HC de la RCCVM Subred Sur	1	1
17	Empresa responsable de pago EPSS: Capital Salud	Evaluación Ruta Integral de Enfermedades Respiratorias Crónicas - registro clínico - septiembre 2025	1	1
18	Empresa responsable de pago EPSS: Capital Salud	Auditoría Evaluar cumplimiento de los estándares de calidad - III trimestre 2025	12	12
19	FAMISANAR	Auditoría jornada de vacunación Unidad de Candelaria octubre 2025	2	2
20	FAMISANAR	AUDITORIA INTEGRAL DEL MODELO DE ATENCION EN LA RED - IPS NOVIEMBRE -2025	30	30
TOTAL			210	202

Fuente. Almera - Modulo Planes de Mejora – EAPB 2025

Durante la vigencia se recibieron un total de 20 auditorías de diferentes EAPB, que generaron 210 hallazgos y 202 planes de mejora. Cada plan contempla un número significativo de acciones, las cuales son objeto de seguimiento integral como segunda línea, conforme a la periodicidad establecida para el corte de ejecución. Actualmente, se garantiza el 100% del seguimiento a todos los planes, asegurando trazabilidad y articulación con los líderes responsables, algunos permanecen

abiertos, de acuerdo con las fechas de inicio y terminación programada, y son programados para seguimiento en la próxima vigencia, fortaleciendo así la mejora

4. CONTRATACION

4.1. PROCESOS CONTRACTUALES

Durante la vigencia 2025, la Dirección de Contratación gestionó de manera oportuna y articulada los contratos bajo la modalidad de Órdenes de Prestación de Servicios (OPS), orientados a la vinculación de personal profesional, asistencial y administrativo requerido para el cumplimiento de las funciones misionales y de apoyo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Los procesos se adelantaron conforme al marco normativo y al Manual de Contratación vigente, garantizando la idoneidad de los perfiles, la adecuada planeación contractual y la continuidad en la prestación de los servicios, en observancia de los principios de legalidad, eficiencia y responsabilidad.

- **Proceso de selección de Contratistas para la Celebración de Contratos de Prestación de Servicios:** Durante la vigencia 2025 se iniciaron 2884 procesos de los cuales se completaron 1989.
- **Liquidaciones Contratos de Prestación de Servicios:** 1.978 contratos liquidados por valor de \$11.836.495.270

Tabla 103 Contratos de Prestación de servicios suscritos durante la vigencia

Perfil	Cantidad
TECNICO EN DEPOSITO DE CADAVERES Y CADENA DE CUSTODIA	1
ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO (DIGITADOR - TRANSCRIPTOR	1
AGENTE DE CAMBIO - GESTOR COMUNITARIO	2
AGENTE DE CAMBIO GESTOR COMUNITARIO	4
AGENTE DE CAMBIO-GESTOR COMUNITARIO	1
AGENTES DE CAMBIO GESTORES COMUNITARIOS	3
AGENTES DE CAMBIO, GESTORES COMUNITARIOS	54
APOYO ADMINISTRATIVO	2
APOYO ADMINISTRATIVO DE FARMACIA	2
APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO	3
APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - (AREAS ADMINISTRATIVAS EN RURALIDAD)	3
APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - (BODEGA)	7
APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - (CONDUCTOR)	11
APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - (DIGITADOR TRANSCRIPTOR)	1
APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - (GESTION DOCUMENTAL)	2
APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - (MENSAJERO CON MOTO)	13
APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - AREAS ADMINISTRATIVAS	7

Perfil	Cantidad
APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - BODEGA	1
APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - FACTURADOR - AUTORIZADOR SERVICIOS DE HOSPITALIZACION Y URGENCIAS O AREAS ADMINISTRATIVAS	105
APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - REPARACIONES LOCATIVAS	28
APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO (ACTIVIDADES GENERALES)	2
APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO (ATENCION AL USUARIO)	28
APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO (ATENCION AL USUARIO)	19
APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO (ATENCION AL USUARIO) RURAL	4
APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO (ATENCION AL USUARIO)- INFORMADOR	1
APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO (DIGITADOR - TRANSCRIPTOR)	14
APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO (DIGITADOR Y TRANSCRIPTOR)	1
APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO (GESTION DOCUMENTAL)	12
APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO (REPARACIONES LOCATIVAS)	6
APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO -(REPARACIONES LOCATIVAS)	36
APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO (TRASLADOS)	15
APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO AREAS ADMINISTRATIVAS	13
APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO AUXILIAR DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	13
APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO AUXILIAR DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA O (AUXILIAR DE ENFERMERIA)	1
APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO EN AREAS ADMINISTRATIVAS	1
APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO FACTURADOR - SERVICIOS AMBULATORIOS O AREAS ADMINISTRATIVAS	5
APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO FACTURADOR - AUTORIZADOR SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS O AREAS ADMINISTRATIVAS	13
APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO FACTURADOR AUTORIZADOR SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS O AREAS ADMINISTRATIVAS	1
APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO FACTURADOR - AUTORIZADORES SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS O AREAS ADMINISTRATIVAS EN RURALIDAD	1
APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO FACTURADOR SERVICIOS AMBULATORIOS	130
APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO FACTURADOR SERVICIOS AMBULATORIOS	2
APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO FACTURADOR- AUTORIZADORES SERVICIOS DE HOSPITALIZACION Y URGENCIAS O AREAS ADMINISTRATIVAS EN RURALIDAD	1
APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO FACTURADOR - AUTORIZADOR SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS O AREAS ADMINISTRATIVAS	2
APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO REVISOR DE CUENTAS DE FACTURACION	32

Perfil	Cantidad
APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO REVISOR DE CUENTAS DE FACTURACIÓN	3
APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO RURALIDAD	4
APOYO LOGISTICO A LOS SERVICIOS ASISTENCIALES	71
APOYO LOGISTICO A LOS SERVICIOS ASISTENCIALES	4
APOYO LOGISTICO A LOS SERVICIOS ASISTENCIALES (CAMILLERO)	1
APOYO LOGISTICO Y ADMINISTRATIVO - AREAS ADMINISTRATIVAS	3
APOYO LOGISTICO Y ADMINISTRATIVO (BODEGA)	2
APOYO TECNICO ADMINISTRATIVO II	10
APOYO TECNOLOGO ADMINISTRATIVO II	1
APOYO TECNOLOGO ADMINISTRATIVO III	1
APOYO TECNOLOGO ADMINISTRATIVO IV	1
AUXILIAR EN ENFERMERIA	1
AUXILIAR EN ENFERMERIA - INFORMADOR	2
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	3
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	1
AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO (ATENCION AL USUARIO)	1
AUXILIAR APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO (ATENCIÓN AL USUARIO)	1
AUXILIAR APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO (DIGITADOR Y TRANSCRIPTOR)	1
AUXILIAR DE APOYO ADMINISTRATIVO	2
AUXILIAR DE ENFERMERIA	1
AUXILIAR DE ENFERMERIA - INFORMADOR	36
AUXILIAR DE ENFERMERIA (APH)	1
AUXILIAR DE ENFERMERIA-CONDUCTOR	2
AUXILIAR DE LABORATORIO	31
AUXILIAR EN ENFERMERIA	999
AUXILIAR EN ENFERMERIA (RURAL)	4
AUXILIAR EN ENFERMERIA - INFORMADOR	11
AUXILIAR EN SALUD ORAL	1
AUXILIAR EN SALUD ORAL (ODONTOLOGIA)	2
AUXILIAR EN SALUD ORAL(ODONTOLOGIA)	2
AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS	68
AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS	1
BACHILLER	149
BACHILLER	32
BACHILLER (DISCAPACIDAD)	1
BACHILLER ACADEMICO	1
BACHILLER AGENTE DE CAMBIO	1
BACHILLER ETNICO	1
BACHILLER ETNICO INDIGENA	3
BACHILLER GESTOR SOCIAL	37
BACTERIOLOGO	45
CONDUCTOR DE AMBULANCIA	41
CONDUCTOR DE AMBULANCIA	1
COORDINADOR GENERAL	1
ENFERMERA	1
ENFERMERO	399
ENFERMERO ESPECIALIZADO	15

Perfil	Cantidad
FACILITADOR	1
FISIOTERAPEUTA	7
FISIOTERAPEUTA Y/O TERAPEUTA RESPIRATORIO	2
FONOAUDIOLOGO	1
GESTOR COMUNITARIO	4
GESTOR COMUNITARIO	5
GESTOR COMUNITARIO ENFOQUE DIFERENCIAL	3
GESTOR COMUNITARIO ETNICO	1
GESTOR COMUNITARIO INFORMADOR	5
GESTOR MAS BIENESTAR AFRO	9
GESTOR SOCIAL TERRITORIAL	1
GESTOR VEHICULO ADMINISTRATIVO	4
GESTORES COMUNITARIOS	1
INGENIERO AMBIENTAL	1
INSTRUMENTADOR QUIRURGICO	35
MEDICA CIRUJANA	1
MEDICO AUDITOR	1
MEDICO CIRUJANO DE PIE Y TOBILLO	1
MEDICO EF-3	1
MEDICO ESPECIALISAT MEDICINA FAMILIAR	1
MEDICO ESPECIALISTA - PSIQUIATRIA	1
MEDICO ESPECIALISTA - ANESTESIOLOGIA	36
MEDICO ESPECIALISTA - CIRUGIA BARIATRICA	1
MEDICO ESPECIALISTA - CIRUGIA DE CADERA	2
MEDICO ESPECIALISTA - CIRUGIA DE COLUMNA	1
MEDICO ESPECIALISTA - CIRUGIA DE PIE	1
MEDICO ESPECIALISTA - CIRUGIA DE TORAX	1
MEDICO ESPECIALISTA - CIRUGIA GENERAL	39
MEDICO ESPECIALISTA - CIRUGIA PEDIATRICA	4
MEDICO ESPECIALISTA - CIRUGIA PLASTICA	5
MEDICO ESPECIALISTA - CIRUGIA VASCULAR	2
MEDICO ESPECIALISTA - DERMATOLOGIA	2
MEDICO ESPECIALISTA - DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO	4
MEDICO ESPECIALISTA - ENDOCRINOLOGO	1
MEDICO ESPECIALISTA - FISIATRIA	1
MEDICO ESPECIALISTA - GERIATRIA	1
MEDICO ESPECIALISTA - GINECOLOGIA OBSTETRICIA Y ECOGRACIA	1
MEDICO ESPECIALISTA - GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA - GINECOLOGO ONCOLOGO	2
MEDICO ESPECIALISTA - GINECOLOGO OBSTETRA Y ECOGRAFIA	28
MEDICO ESPECIALISTA - GINECOLOGO OBSTETRA Y ECOGRAFIA - IVE	1
MEDICO ESPECIALISTA - GINECOLOGO OBSTETRA Y ECOGRAFIA	1
MEDICO ESPECIALISTA - INFECTOLOGIA	2
MEDICO ESPECIALISTA - INFECTOLOGIA PEDIATRICA	2
MEDICO ESPECIALISTA - MASTOLOGIA	2
MEDICO ESPECIALISTA - MATERNO FETAL	1
MEDICO ESPECIALISTA - MEDICINA ALTERNATIVA	5
MEDICO ESPECIALISTA - MEDICINA ALTERNATIVA	1
MEDICO ESPECIALISTA - MEDICINA CRITICA Y CUIDADO INTENSIVO	9

Perfil	Cantidad
MEDICO ESPECIALISTA - MEDICINA CRITICA Y CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO	4
MEDICO ESPECIALISTA - MEDICINA FAMILIAR	2
MEDICO ESPECIALISTA - MEDICINA FAMILIAR	11
MEDICO ESPECIALISTA - MEDICINA INTERNA	40
MEDICO ESPECIALISTA - NEFROLOGIA	4
MEDICO ESPECIALISTA - NEONATOLOGIA	5
MEDICO ESPECIALISTA - NEUMOLOGIA	2
MEDICO ESPECIALISTA - NEUMOLOGIA PEDIATRICA	1
MEDICO ESPECIALISTA - NEUROCIRUGIA	15
MEDICO ESPECIALISTA - NEUROLOGIA	1
MEDICO ESPECIALISTA - NEUROLOGIA	5
MEDICO ESPECIALISTA - NEUROLOGIA PEDIATRICA	1
MEDICO ESPECIALISTA - ORTOPEDIA	20
MEDICO ESPECIALISTA - ORTOPEDIA INFANTIL	1
MEDICO ESPECIALISTA - OTORRINOLARINGOLOGIA	3
MEDICO ESPECIALISTA - PEDIATRIA	65
MEDICO ESPECIALISTA - PSIQUIATRIA	5
MEDICO ESPECIALISTA - PSIQUIATRIA INFANTIL	1
MEDICO ESPECIALISTA - RADIOLOGIA	15
MEDICO ESPECIALISTA - URGENCILOGO EMERGENCIOLOGO	16
MEDICO ESPECIALISTA-URGENCILOGO EMERGENCIOLOGO	1
MEDICO GENERAL	354
MEDICO GENERAL	5
MEDICO GENERAL *EF-3	5
MEDICO GENERAL *EF-4	3
MEDICO GENERAL APH	1
MEDICO GENERAL EF-3	1
MEDICO GENERAL EF-4	2
MEDICO GENERAL ER 4	1
MEDICO GENERAL ER-4	4
MEDICO NEUMOLOGO	1
MEDICO RADIOLOGO	1
NUTRICIONISTA	7
ODONTOLOGO ESPECIALISTA - CIRUGIA MAXILOFACIAL	6
ODONTOLOGO ESPECIALISTA - CIRUGIA ORAL	1
ODONTOLOGO ESPECIALISTA - ENDODONCIA	3
ODONTOLOGO ESPECIALISTA-ODONTOPEDIATRA	2
ODONTOLOGO GENERAL	24
PRIFESIONAL UNIVERSITARIO 1	1
PROFESIOANAL ESPECIALIZADO IV	2
PROFESIOANAL ESPECIALIZADO VII	1
PROFESION AL ESPECIALIZADO IV	1
PROFESIONA ESPECIALIZADO IV	1
PROFESIONAL ADMINISTRATIVO	14
PROFESIONAL ADMINISTRATIVO	5
PROFESIONAL ADMINISTRATIVO ESPECIALIZADO	1
PROFESIONAL ADMINISTRATIVO I	7
PROFESIONAL ADMINISTRATIVO II	20
PROFESIONAL ADMINISTRATIVO III	63

Perfil	Cantidad
PROFESIONAL ADMINISTRATIVO IV	20
PROFESIONAL ADMINISTRATIVO V	5
PROFESIONAL ADMINISTRATIVO V	4
PROFESIONAL ADMINISTRATIVO VI	29
PROFESIONAL AREA DE LA SALUD - GESTION DEL RIESGO	1
PROFESIONAL AREA DE LA SALUD-GESTION DEL RIESGO	1
PROFESIONAL DE APOYO	13
PROFESIONAL DE APOYO	13
PROFESIONAL DE ENLACE	3
PROFESIONAL DE ENLACE	1
PROFESIONAL DE LA SALUD ESPECIALIZADO - REFERENTE DE UNIDAD	1
PROFESIONAL EPSECIALIZADO VII	1
PROFESIONAL ESPECIALIZADO	15
PROFESIONAL ESPECIALIZADO I	1
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - REFERENTE DE PROCESO	7
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 1	5
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2	22
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 3	53
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 3	2
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 4	175
PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN PROYECTOS	1
PROFESIONAL ESPECIALIZADO GESTION DEL RIESGO - REFERENTE DE PROCESO	1
PROFESIONAL ESPECIALIZADO I	9
PROFESIONAL ESPECIALIZADO I	1
PROFESIONAL ESPECIALIZADO II	26
PROFESIONAL ESPECIALIZADO III	44
PROFESIONAL ESPECIALIZADO IV	43
PROFESIONAL ESPECIALIZADO IX	8
PROFESIONAL ESPECIALIZADO V	30
PROFESIONAL ESPECIALIZADO VI	17
PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII	5
PROFESIONAL ESPECIALIZADO VIII	3
PROFESIONAL ESPECIALIZADO X	1
PROFESIONAL ESPECIALIZADO III	1
PROFESIONAL ESPECIALIZADO III	1
PROFESIONAL GESTION ADM EN SALUD - AUDITOR NO MEDICO	1
PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVA EN SALUD	16
PROFESIONAL GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN SALUD	1
PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATVA EN SALUD	1
PROFESIONAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO 4	3
PROFESIONAL PROFESIONAL UNIVERSITARIO 1	7
PROFESIONAL SALUD ESPECIALIZADO - REFERENTE UNIDAD	7
PROFESIONAL SALUD - REFERENTE UNIDAD	1
PROFESIONAL UNIVERSITARIO	1
PROFESIONAL UNIVERSITARIO 1	142
PROFESIONAL UNIVERSITARIO 1 (RURAL)	1
PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2	763
PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2	68

Perfil	Cantidad
PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2-SUMAPAZ	15
PROFESIONAL UNIVERSITARIO 3	13
PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD	1
PROFESIONAL UNIVERSITARIO I	2
PROFESIONAL UNIVERSITARIO II	5
PROFESIONAL UNIVERSITARIOS (AGENDAMIENTO)	1
PROFESIONAL UNIVERSITARIOS 2	1
PROMOTOR DE BIENESTAR ESTUDIANTIL	131
PROMOTOR DE BIENESTAR ESTUDIANTIL	98
PSICOLOGO	24
QUIMICO FARMACEUTICO	9
TECNICO	1
TECNICO 1	798
TECNICO 1 -SUMAPAZ	2
TECNICO 2	62
TECNICO 2	14
TECNICO 3	67
TECNICO ADMINISTRATIVO I	1
TECNICO ADMINISTRATIVO	5
TECNICO ADMINISTRATIVO	3
TECNICO ADMINISTRATIVO I	77
TECNICO ADMINISTRATIVO I	2
TECNICO ADMINISTRATIVO II	59
TECNICO ADMINISTRATIVO II	2
TECNICO DE APOYO	3
TECNICO DE APOYO	2
TECNICO DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA	19
TECNICO EN DEPOSITO DE CADAVERES Y CADENA DE CUSTODIA	11
TECNICO I	2
TECNICO II	1
TECNICO PROFESIONAL EN SALUD ORAL	1
TECNICO PROFESIONAL EN SALUD ORAL (HIGIENISTA ORAL)	22
TECNOLOGO	141
TECNOLOGO	1
TECNOLOGO ADMINISTRATIVO II	2
TECNOLOGO ADMINISTRATIVO	1
TECNOLOGO ADMINISTRATIVO I	37
TECNOLOGO ADMINISTRATIVO I	1
TECNOLOGO ADMINISTRATIVO II	21
TECNOLOGO ADMINISTRATIVO II	1
TECNOLOGO ADMINISTRATIVO III	19
TECNOLOGO ADMINISTRATIVO IV	21
TECNOLOGO BIOMEDICO	1
TECNOLOGO DE APOYO TERRITORIAL	4
TECNOLOGO EN ATENCION PREHOSPITALARIA	7
TECNOLOGO EN ATENCION PREHOSPITALARIA	2
TECNOLOGO EN ATENCION PREHOSPITALARIA - GESTOR DE VEHICULO ADMINISTRATIVO	1
TECNOLOGO EN ATENCION PREHOSPITALARIA APH	1
TECNOLOGO EN RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS	40

Perfil	Cantidad
TECNOLOGO EN RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	6
TECNOLOGO EN REGENCIA DE FARMACIA	26
TECNOLOGO MECATRONICO	2
TECNOLOGO-SUMAPAZ	2
TERAPEUTA DE LENGUAJE CON ESPECIALIZACION EN AUDIOLOGIA	1
TERAPEUTA DE LENGUAJE Y/O FONOAUDIOLOGO	5
TERAPEUTA FISICO	1
TERAPEUTA OCUPACIONAL	6
TERAPEUTA RESPIRATORIO	90
TERAPIA FISICA / FISIOTERAPEUTA	27
TRABAJADOR (A) SOCIAL	31
TRABAJADOR (A) SOCIAL RURALIDAD	2
TRABAJADOR SOCIAL	8
(en blanco)	
Total general	7138

Fuente: Dirección de contratación

Contratacion por Urgencia Manifiesta

Durante la vigencia 2025, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., a través de la Dirección de Contratación, no adelantó procesos de contratación bajo la figura de urgencia manifiesta, toda vez que las necesidades institucionales fueron atendidas mediante una adecuada planeación contractual y el uso de los mecanismos ordinarios de selección previstos en la normatividad vigente. Lo anterior permitió garantizar la continuidad de la prestación de los servicios, la transparencia en la gestión y el cumplimiento de los principios de legalidad, eficiencia y responsabilidad que rigen la contratación estatal.

Compras conjuntas con la EGAT

Durante la vigencia 2025, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., a través de la Dirección de Contratación, participó en compras conjuntas con las demás Subredes Integradas de Servicios de Salud del Distrito, como una estrategia orientada a la optimización de recursos, estandarización de condiciones contractuales y fortalecimiento del poder de negociación institucional.

No obstante, no se adelantaron procesos de compras conjuntas a través de la Empresa Gestora de Abastecimiento y Logística – EGAT, dado que las necesidades identificadas fueron atendidas de manera directa mediante los mecanismos contractuales definidos entre las Subredes, conforme a la planeación y disponibilidad institucional.

4.2. GESTION CONTRACTUAL

Durante la vigencia 2025, la Dirección de Contratación adelantó la gestión contractual del proceso de bienes y servicios de manera planificada y conforme al marco normativo vigente, garantizando la adquisición oportuna de bienes y la contratación de servicios requeridos para el adecuado funcionamiento administrativo y asistencial de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Los procesos se estructuraron a partir de estudios previos y análisis del sector, permitiendo una adecuada estimación de necesidades, costos y condiciones técnicas, así como la selección objetiva de los proveedores.

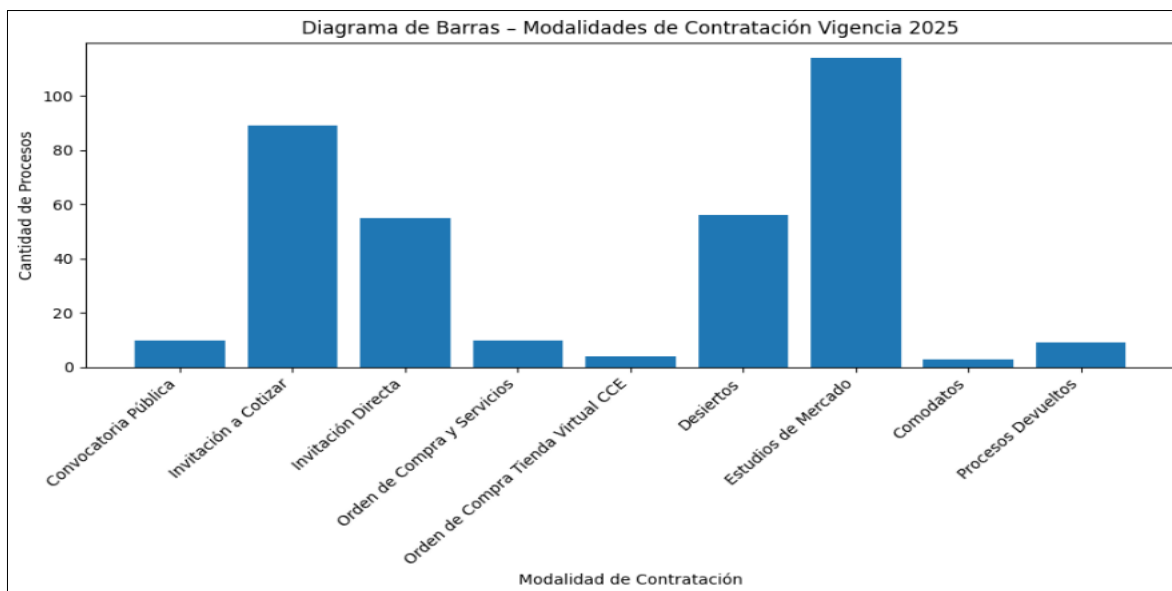
Esta gestión contribuyó a asegurar la continuidad operativa de las unidades de servicio, el uso eficiente de los recursos públicos y el cumplimiento de los principios de transparencia, eficiencia y responsabilidad que rigen la contratación estatal.

Tabla 104 Procesos adelantados por modalidad de contratación vigencia 2025

MODALIDAD	CANTIDAD
CONVOCATORIA PUBLICA	10
INVITACION A COTIZAR	89
INVITACION DIRECTA	55
ORDEN DE COMPRA Y SERVICIOS	10
ORDEN DE COMPRA TIENDA VIRTUAL CCE	4
DESIERTOS	56
ESTUDIOS DE MERCADO	114
COMODATOS	3
PROCESOS DEVUELTOS	9
TOTAL	350

Fuente: Dirección de contratación

Gráfica 36 Modalidades de Contratación Vigencia 2025



Fuente: Dirección de contratación

Los Estudios de mercado concentran la mayor participación ($\approx 32,6\%$), lo que evidencia un fuerte énfasis en la etapa de planeación.

- Las Invitaciones a cotizar ($\approx 25,4\%$) e invitación directa ($\approx 15,7\%$) reflejan el uso recurrente de mecanismos ágiles de contratación.
- Los procesos desiertos ($\approx 16,0\%$) representan un porcentaje relevante a analizar en términos de mercado y estructuración de procesos.
- Modalidades como tienda virtual CCE, comodatos y órdenes de compra tienen una participación menor, pero estratégica.

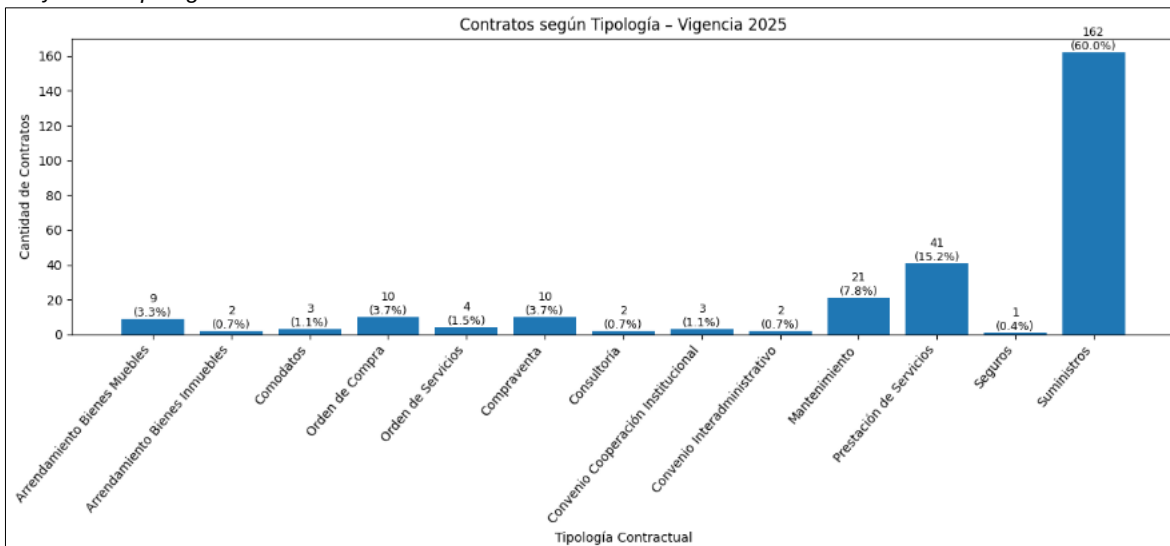
Tabla 105 Contratos suscritos por tipología

CONTRATOS SEGÚN TIPOLOGÍA	No. DE CONTRATOS
ARRENDAMIENTO DE BIENES MUEBLES	9
ARRENDAMIENTO DE BIENES INMUEBLES	2
COMODATOS	3
ORDEN DE COMPRA	10
ORDEN DE SERVICIOS	4
COMPRAVENTA	10
CONSULTORIA	2
CONVENIO COOPERACION INSTITUCIONAL	3
CONVENIO INTERADMINISTRATIVO	2
MANTENIMIENTO	21
PRESTACION DE SERVICIOS	41
SEGUROS	1

CONTRATOS SEGÚN TIPOLOGIA	No. DE CONTRATOS
SUMINISTROS	162
TOTAL	270

Fuente: Dirección de contratación

Gráfica 37 Tipologías Contractuales



Fuente: Dirección de contratación

Del total de 270 contratos celebrados durante la vigencia 2025, la tipología de SUMINISTROS concentra 162 contratos, equivalentes al 60,0%, lo que evidencia que la gestión contractual estuvo orientada principalmente a garantizar el abastecimiento continuo de bienes e insumos necesarios para la operación misional de la Subred Sur E.S.E.

La prestación de servicios representa 41 contratos, correspondientes al 15,2%, reflejando la necesidad de fortalecer el apoyo asistencial y administrativo mediante esquemas contractuales flexibles, acordes con la demanda del servicio y los lineamientos normativos vigentes.

La tipología de MANTENIMIENTO, con 21 contratos (7,8%), muestra una gestión enfocada en asegurar la operatividad de la infraestructura, equipos biomédicos y tecnológicos, aspecto clave para la continuidad y calidad en la prestación de los servicios de salud.

Las demás tipologías como órdenes de compra y compraventa (cada una con 3,7%), arrendamientos, convenios, comodatos, consultoría y seguros presentan

participaciones individuales inferiores al 5%, lo que indica que su utilización respondió a necesidades específicas y puntuales, enmarcadas en criterios de planeación, eficiencia y racionalización del gasto.

En conjunto, la distribución porcentual de las tipologías contractuales evidencia una gestión alineada con las prioridades operativas y misionales de la entidad durante la vigencia 2025, con énfasis en el suministro de bienes, el soporte al talento humano y el mantenimiento de la capacidad instalada.

- **Liquidaciones contratos de Bienes y Servicios:** 199 contratos por valor de \$2.008.455.193

5. IMPACTO DE LA GESTION

5.1. CAMBIOS EN EL SECTOR O EN LA POBLACION

MODELO DE SALUD SUBRED SUR

La Subred integrada de Servicios de Salud centra su modelo en el paciente, el trabajo en equipo, la vocación por el mejoramiento continuo y la gestión de riesgos basado en principios de la Medicina Familiar (Centrado en la persona y no en la enfermedad, entendiendo el contexto y las relaciones derivadas de él, aprovechando cada contacto como oportunidad de prevención y educación, realizando enfoque de riesgo y uso apropiado y efectivo de los recursos).

La atención en salud que se ofrece tiene un carácter integral, partiendo del entendimiento de la vida y los procesos vitales como eventos dinámicos, que se presentan en un momento y lugar dado, determinados por el contexto sociocultural, económico y político en el que viven los usuarios.

Por lo anterior la Subred basa su Modelo en la gestión integral de riesgo en salud teniendo en cuenta seis elementos claves para su operación:

- **Identificación de riesgo:** Ésta es realizada a través de caracterización poblacional; dados los rasgos diferenciales de Subred Integrada de Servicios de Salud respecto a otras IPS es necesario que el análisis poblacional se realice en dos grupos, la población que habita las localidades de influencia, Ciudad Bolívar, Usme, Tunjuelito y Sumapaz y la población atendida en cuyo grupo se hace un énfasis específico en población asignada por contratación y se realice análisis de mortalidad y morbilidad con actualizaciones anuales.

- La caracterización de la población que habita las localidades permite identificar prioridades que deben ser abordadas para gestionar el riesgo primario y el riesgo colectivo y la caracterización de la población atendida y asignada permite identificar los énfasis a realizarse para el abordaje del riesgo técnico, para el caso de la localidad de Sumapaz y la zona rural de Usme y Ciudad Bolívar se recogerá el saber acumulado tanto del talento humano sectorial como intersectorial y se realizara un construcción particular de alerta de riesgo y abordaje de los resultado de las escalas de riesgo tanto en desarrollo como en rutas especificadas, así como el saber de las comunidades, centrando su acción en el parque Chaquen, con atenciones tanto asistenciales como comunitarias y de atención domiciliaria en un trabajo articulado por la sedes integradas que conforman la Subred Sur.
- Estructuración de Cohortes de Riesgo: Basado en el enfoque de curso de vida se estructuran cohortes de seguimiento al riesgo general por seis momentos del curso de vida: Primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez, así como una cohorte específica denominada materno-perinatal. Es estas cohortes se identifica la totalidad de la población asignada y se remite a cada unidad buscando proveer las atenciones normativas regulares de promoción y mantenimiento de la salud en esta población y hacer seguimiento al cumplimiento de estas.

Por su parte los datos recogidos en la identificación de riesgos sumados a la identificación histórica y por literatura de aquellos eventos en salud que generan mayor costo social, económico y pérdida de la vida o la calidad de vida se definen sub- cohortes de riesgo por cada momento del curso de vida. Esta sub- cohortes responden especificidades de la población a cargo por lo cual se estructuran así:

- I. Identificación de resultados en salud prioritarios: En esta fase se retoman los resultados de la caracterización de la población identificando los eventos de mayor prevalencia, incidencia o cuyas consecuencias representan un alto costo físico, emocional, social o económico a las personas, familias, comunidades e instituciones. En este punto es necesario identificar en lo posible metas e indicadores que permitían comparación internacional, nacional o local y procurar contar con una línea de base que facilite la identificación de cambios.
- II. Definición de criterios de ingreso a la sub-cohorte de riesgo: una vez seleccionados se identifican los criterios clínicos de riesgo y se identifican las características o circunstancias poblacionales que aumentan la vulnerabilidad

- o exposición a tales como pertenecer a pueblos indígenas, habitantes de calle, población migrante, población LGTBI, entre otros.
- III. Definición de variables de análisis: Se crea una sábana de variables que técnicamente se considera son útiles para identificar y seguir los riesgos clínicos y poblacionales, éstas se codifican en un diccionario de datos, creando un cabezote base de información, que permita recolección individual de información; las variables se van depurando en la operación y pueden tenerse versiones completas y acortadas de acuerdo al usuario de los datos, el fin último de es la identificación de alertas que permitan la identificación e intervención oportuna de los riesgos.
- IV. Identificación de alertas: Es el proceso mediante el cual se realiza el reconocimiento de una situación que pone en peligro la salud o la vida de las personas, es diferencial en casa cohorte general y sub-cohorte de riesgo ya que el peso de las características poblacionales, tiempos de evolución, desenlaces entre otros aspectos varía de acuerdo al evento que se pretende mitigar o evitar.

Ilustración 12 **Modelo de Prestación de servicios de Salud, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE**



Bajo estos elementos y de acuerdo a los establecido normativamente, la Subred establece como la columna vertebral de su modelo las Rutas de Atención Integral en Salud, priorizando:

- Ruta de Promoción y Mantenimiento.
- Ruta Materna perinatal.

- Ruta de Riesgo Cardio Cerebro vascular y metabólica.
- Ruta de Salud Mental.

Teniendo en cuenta lo trascendental de las RIAS dentro del Modelos de Prestación de Servicios, se da continuidad a las acciones de fortalecimiento en la implementación de dichas rutas; constituyéndose en un indicador trazador, por lo que se incluye en los Planes Operativos Anuales.

Posteriormente se avanza en la implementación de las siguientes rutas de riesgo:

- Ruta de Agresiones y violencia.
- Ruta de Enfermedades Respiratorias -EPOC.
- Ruta de Alteraciones Nutricionales.

Ilustración 13 Esquema RIAS priorizadas Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE



RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO

Como se contempla en el Modelo de Prestación de Servicios de la Subred Sur ESE, el primer nivel se constituye la puesta de entrada al Sistema de Salud, es por esto que la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS), se constituye en la columna vertebral del mismo, ya que tiene la misión de realizar acciones enfocadas a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y detección temprana de riesgos y se encuentra dirigida a toda la población del distrito. Teniendo en cuenta los cursos de vida, que van desde la primera infancia pasando por la niñez, adolescencia, juventud, adultez y terminando en la vejez. Estas acciones se centran en la identificación oportuna de los principales riesgos en salud que se pueden presentar en el usuario, con el fin de que desarrollar acciones que mitiguen los mismos y/o identificar de manera

temprana patologías, con el fin único de impactar de manera positiva cada una de las localidades de la Subred, todo lo anterior se encuentra documentado en Procedimiento de Implementación de la RPM (GRS-PYD-MIA-PR-02 V3).

Análisis por Hitos:

HITO 1: VALORACIÓN INTEGRAL

La valoración integral en salud es un proceso que busca evaluar de manera completa el estado de salud de una persona, considerando tanto aspectos físicos como mentales, sociales y funcionales. Este enfoque va más allá de la evaluación médica tradicional, buscando identificar factores de riesgo, promover la salud y prevenir enfermedades. En esencia, es una mirada holística a la salud, que se adapta a las necesidades de cada individuo en diferentes etapas de la vida.

Asignación, Adscripción e Inscripción:

Asignación

Como se contempla en el Modelo de Prestación de Servicios de la Subred Sur ESE, el primer nivel se constituye la puesta de entrada al Sistema de Salud, por lo que una vez es entregada la base de asignación por la Aseguradora, se realiza tanto georreferenciación como cartografía con la población a riesgo y se realiza el máximo posible de ubicación geográfica de los usuarios tanto de las cohortes por momentos del curso de vida, como de las sub-cohortes de riesgo para identificar el centro de atención básica más cercano a las personas y se asigna a cada Unidad.

Dentro de las acciones que desarrolla la Subred para garantizar el acceso de la población, disminuyendo las barreras geográficas a las unidades, se encuentra la validación mensual de la base de datos remitidas por las EAPBS, verificando calidad y completitud de la misma, adicionalmente y de acuerdo a los parámetros y variables establecidas se realiza la georreferenciación de la población a las Unidades de Servicio, con el objetivo de que la población sea adscrita a las Unidades y se monitorea dicho indicador.

Adscripción:

De acuerdo a lo establecido en el Modelo, la Subred verifica que los usuarios asistan a los servicios a los centros a los cuales han sido asignados, por lo cual realiza el monitoreo nominal, dicha asistencia y evaluación se realiza a través de lo que la Subred ha denominado ADSCRIPCIÓN (usuario que asiste a una consulta de medicina general, odontología, intervención de PYD).

Tabla 106 Población Adscrita 2020 – 2025 (meta 75%)

ADSCRIPCION	2020	2021	2022	2023	2024	2025
SUBRED SUR	74%	75%	76%	75%	79%	82%

Fuente: Base de Asignación 2020 - 2021 – 2023 – 2024 – 2025 RIPS

Respecto a los datos de adscripción la Subred mantiene un comportamiento lineal, entre el 74% para el 2020 y entre el 75% y 79% entre los años 2021 y 2025, este comportamiento se debe a la movilidad de la población, convirtiéndose en una barrera repetitiva durante las vigencias, con impactos negativos en las coberturas y en lograr la adherencia de los usuarios a cada una de las RIAS.

Inscripción:

Teniendo en cuenta que la Ruta de Promoción y Mantenimiento es la puerta de entrada a los servicios ya que contiene las intervenciones de protección específica y detección temprana, la Subred a través del seguimiento nominal verifica la asistencia de los usuarios de acuerdo al momento de vida, por lo anterior define INSCRIPCIÓN como Usuarios que son atendidos por medicina y enfermería (exclusivamente intervenciones de la RPM).

Tabla 107 Población Inscrita RPM 2020 – 2025 (Meta 75%)

POBLACIÓN INSCRITA	2020	2021	2022	2023	2024	2025
SUBRED SUR	53%	60%	64%	65%	75%	79%

Fuente: Base de Asignación 2020 - 2021 – 2023 – 2024 – 2025 RIPS

Respecto al comportamiento de este indicador y pese a mostrar una mejora significativa entre el año 2020 (53%), 2021 (60%), 2023 (65%), 2024 (75%) y 2025 (79%), pese a que se cumple la meta se evidencia que el dato es mucho menor que los datos de adscripción, lo que evidencia que la población solicita y consulta más acciones resolutivas que de PYD, por lo que deben fortalecerse las acciones de demanda inducida a la población y difusión de dichas actividades.

Valoración integral del riesgo:

La consulta de valoración integral del riesgo es una evaluación médica exhaustiva que busca identificar, prevenir o detectar de manera temprana alteraciones en el estado de salud de una persona. Esta evaluación va más allá de una simple revisión física, considerando también aspectos psicológicos, sociales y familiares. El objetivo principal es promover la salud, prevenir enfermedades y garantizar una atención oportuna y adecuada a las necesidades individuales.

Esta actividad presenta un aumento importante de cobertura entre el año 2020 donde el cumplimiento fue del 21% al 2025 con un 52%; es importante tener en cuenta que la subred viene fortaleciendo las siguientes acciones:

1. **Recepción de base de asignación población capital salud:** De manera mensual se realiza recepción de la base de usuarios asignados para cada subred de los cuales se valida población nueva, egresos y reingresos de población.
2. **Georreferenciación de los usuarios asignados:** Con esta base de población asignada se realiza proceso de georreferenciación para la ubicación de los afiliados en las diferentes unidades de la Subred partiendo de los datos de dirección entregados por la EAPB.
3. **Ubicación de usuarios por momento de curso de vida:** Una vez la población se encuentra georreferenciada se realiza distribución en las herramientas de monitoreo por momento de curso de vida, Estas herramientas por curso de vida contienen la descripción de la identificación del usuario, las actividades contempladas para cada hito según frecuencias, definición de riesgos encontrados y la descripción del seguimiento realizado al usuario.
4. **Validación y cruce de información de las actividades de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud ya realizadas a la población:** De manera mensual teniendo en cuenta los RIPS de cada Subred se realiza proceso de validación y cargue de las actividades de la ruta realizadas a cada usuario por cada Subred.
5. **Distribución de bases por unidad de atención:** Posterior a los procesos previamente establecidos, las herramientas de monitoreo son distribuidas por unidad a cada una de las auxiliares, se realiza entrega de un archivo con los 6 momentos de curso de vida con la población que le corresponde realizar seguimiento.
6. **Seguimiento de la población asignada:** A través de la herramienta de monitoreo se validan las acciones pendientes para cada usuario haciendo priorización en aquellos usuarios pendientes de valoración integral, el registro realizado corresponde al seguimiento telefónico o presencial en la unidad con su respectivo hallazgo y asignación de cita según corresponda.
7. **Consolidación de seguimientos realizados en el proceso:** Una vez se finaliza el mes se realiza consolidación de seguimientos realizados por el equipo de auxiliares de enfermería para contar con una herramienta de monitoreo actualizada y completa para el inicio del proceso de nuevo siendo este un proceso cíclico.

Valoración de la Agudeza Visual:

La valoración de la agudeza visual, según la Resolución 3280 de 2018, se enfoca en la detección temprana de alteraciones visuales en diferentes grupos poblacionales, incluyendo niños, adolescentes, adultos y adultos mayores, a través de rutas integrales de atención en salud. Esta resolución establece directrices para la promoción y mantenimiento de la salud visual, es una actividad que solo puede realizar médico general y/o optómetra.

Tabla 108 Población Valoración Agudeza Visual 2020 – 2025 (Meta 20%)

VALORACION AGUDEZA VISUAL	2020	2021	2022	2023	2024	2025
SUBRED SUR	7%	9%	15%	17%	20%	21%

Fuente: Base de Asignación 2020 - 2021 – 2023 – 2024 - 2025 RIPS

Esta actividad presenta un aumento importante de cobertura entre el año 2020 al 2024, pasando el 7% para el año 2020, al 21% para el año 2025, al igual que el indicador anterior la subred fortalece sus acciones de demanda inducida y seguimiento.

HITO 2: PROTECCIÓN ESPECIFICA

La protección específica en salud se refiere a las acciones y estrategias dirigidas a proteger a las personas de enfermedades específicas, mediante la prevención de su aparición o la detección temprana de las mismas. Estas acciones pueden incluir vacunación, tamizaje para ciertas enfermedades, y otras intervenciones dirigidas a grupos específicos.

Asesoría en anticoncepción

La asesoría en anticoncepción es un servicio de salud que brinda información y apoyo a las personas para que tomen decisiones informadas sobre su salud reproductiva y elijan métodos anticonceptivos adecuados a sus necesidades. Este proceso implica discutir opciones, aclarar dudas, y abordar preocupaciones sobre métodos anticonceptivos, salud sexual y prevención de infecciones de transmisión sexual. Se realiza a mujeres entre los 15 a 49 años y hombres entre los 15 y 60 años.

Tabla 109 Asesoría en anticoncepción Visual 2020 – 2025 (Meta 70%)

ASESORIA EN ANTICONCEPCIÓN	2020	2021	2022	2023	2024	2025
SUBRED SUR	39%	41%	52%	58%	70%	71%

Fuente: Base de Asignación 2020 - 2021 – 2023 – 2024 - 2025 RIPS

Este indicador presenta un cumplimiento progresivo durante la vigencia 2020 – 2024 alcanzado la meta para este último año con un 71%, es importante enumerar lagunas acciones para el logro de la meta:

- Desde la estrategia de consultorio dinamizador y en la ruta Cardio Cerebro Vascular se prioriza la cohorte de mujeres en edad fértil con comorbilidad de base y sin planificación familiar para ser canalizadas a esta consulta.
- Articulación con el Equipo PIC, en espacios que permiten la demanda inducida de las usuarias en edad fértil, haciendo énfasis en la población adolescente.
- La consejería en anticoncepción es sin duda alguna, una de las actividades que más se ha integrado a la RPMS, haciendo partícipes de manera global a todos los profesionales y servicios de las Unidades de atención en salud; es así como posterior a un evento obstétrico, se brinda el acompañamiento para que toda mujer que egrese de la institución con un método temporal de planificación disminuyendo el riesgo de una gestación inmediata.
- Se sensibiliza al equipo frente al tema, alcance y disponibilidad de los métodos de planificación tanto temporales como definitivos, teniendo en cuenta grupos prioritarios de población femenina con comorbilidades, sin desconocer la actividad de consejería preconcepcional y la necesidad de activar la Ruta materno perinatal para tal efecto.

Control de placa Bacteriana

Un control de placa dental se refiere a las acciones y procedimientos que se realizan para prevenir, eliminar y controlar la acumulación de placa bacteriana en los dientes y encías.

Tabla 110 Control de Placa bacteriana 2020 – 2025 (Meta 30%)

CONTROL DE PLACA BACTERIANA	2020	2021	2022	2023	2024	2025
SUBRED SUR	8%	16%	20%	25%	29%	29%

Fuente: Base de Asignación 2020 - 2021 – 2023 – 2024 - 2025 RIPS

Respecto al cumplimiento para la vigencia 2020 – 2025 de este indicador se evidencia una mejora significativa pasando del 8% durante el 2020 al 29% para el 2025; pese a no cumplir la meta para este último año, las acciones realizadas han permitido mejorar la captación de usuarios:

- Fortalecimiento de las actividades de demanda inducida por parte del personal de salud oral, con priorización de usuarios sin ninguna actividad de higiene oral y cohortes ya estipulados por el servicio para el cumplimiento de las actividades.
- Se lleva a cabo el seguimiento de base de datos de población asignados por la EAPB para realizar control de las atenciones y mantener pacientes sanos.
- Fortalecimiento de las competencias técnicas del talento humano del área mediante la realización del cuestionario de caries para evaluación de odontólogos.
- Se presenta propuesta de metas por odontólogo e Higienista oral con el fin de motivar la participación de los mismos en el crecimiento de los indicadores de Salud Oral.
- Contratación de personal de servicio (odontólogos e higienistas orales), mejorando la cobertura y oportunidad.

HITO 3 DETECCIÓN TEMPRANA:

La detección temprana se refiere a la identificación oportuna de una enfermedad o condición de salud en sus etapas iniciales, a menudo antes de que aparezcan síntomas evidentes. Esto permite un tratamiento más efectivo y mejores resultados, ya que muchas enfermedades son más fáciles de tratar cuando se detectan temprano.

- Tamizaje para cáncer de cuello útero: su medición se realiza frente a la toma de citología y prueba de VPH todas las mujeres entre los 25 y 65 años y en el esquema establecido por la Resolución 3280 de 2028 (citología cada 3 años, VPH cada 5 años).
- Tamizaje para cáncer de mama: su medición se realiza frente a la toma de mamografía a todas las mujeres entre los 50 y 69 años y en el esquema establecido por la Resolución 3280 de 2028 (cada 2 años)
- Tamizaje para cáncer de próstata: su medición se realiza frente a la toma de antígeno prostático a todos los hombres entre los 50 y 75 años y en el esquema establecido por la Resolución 3280 de 2028 (cada 5 años)
- Tamizaje para cáncer de colon: su medición se realiza frente a la toma de sangre oculta en materia fecal a hombres y mujeres entre los 50 y 75 años y en el esquema establecido por la Resolución 3280 de 2028 (cada 2 años)

Tabla 111 Tamizajes para Cáncer 2020 – 2025 (Meta 45%)

TAMIZAJES	2020	2021	2022	2023	2024	2025
-----------	------	------	------	------	------	------

Tamizaje para cáncer de cuello uterino (toma de Citología y VPH)	31%	41%	41%	41%	44%	45%
Tamizaje para cáncer de seno (mamografía)	10%	29%	35%	33%	35%	36%
Tamizaje para cáncer próstata (antígeno prostático)	12%	24%	34%	36%	41%	45%
Tamizaje para cáncer de colon (sangre oculta en materia fecal)	5%	11%	14%	18%	25%	27%

Fuente: Base de Asignación 2020 - 2021 – 2023 – 2024 - 2025 RIPS

En la Cohorte de Cáncer se evidencia que, pese a que los indicadores de tamizaje han presentado una mejora desde la vigencia 2020 a 2025, para este último año no se logra la meta propuesta por la Subred; por lo anterior la subred ha identificado algunas dificultades y se ha implementado estrategias para mejorar las coberturas:

HITO 5: EDUCACIÓN EN SALUD

La educación para la salud es un proceso que busca mejorar la salud de las personas y comunidades mediante la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes que promuevan estilos de vida saludables y la prevención de enfermedades. Se enfoca en empoderar a los individuos para que tomen decisiones informadas sobre su salud y participen activamente en el cuidado de su propio bienestar y el de su entorno.

Para seguimiento de este indicador se toma como actividad trazadora las acciones de educación individual a la población por cada momento de vida y de acuerdo a los establecido contractualmente con las aseguradoras:

Tabla 112 Educación Individual 2020 – 2025(Meta 20%)

EDUACCIÓN INDIVIDUAL	2020	2021	2022	2023	2024	2025
SUBRED SUR	5%	7%	14%	16%	20%	22%

Fuente: Base de Asignación 2020 - 2021 – 2023 – 2024 - 2025 RIPS

Al analizar este indicador se evidencia un aumento significativo desde el año 2020 donde solo se alcanzo un 5% hasta el 2024 en donde ya se cumple con la meta propuesta del 20%; dentro de las acciones realizadas para la mejora del indicador se encuentra:

Aumento en las actividades de educación en donde el personal que tiene contacto con pacientes desde las consultas por diferentes especialidades conoce la importancia de brindar educación en los diferentes momentos de vida.

- Sensibilización y capacitación de los equipos dinamizadores integrados por personal especializado, profesionales y técnicos, en temas inherentes al desarrollo de actividades individuales propias de la Ruta de Promoción y mantenimiento de la Salud, dada su alta rotación.
- Implementación de la coordinación con las demás áreas de prestación de servicios (Hospitalización, urgencias, laboratorio clínico, etc.) con el fin de generar demanda inducida frecuente como garantía de la participación de los usuarios en la inscripción y continuidad en la RPMS.
- Utilizar medios masivos de divulgación tales como piezas comunicativas, campañas, jornadas intra y extramurales con el fin de abarcar la mayor parte de la población asignada, buscando su participación en las actividades propias de RPMS.

ruta MATERNO PERINATAL

La Subred Integrada de Servicios de Salud realizó un análisis de la disponibilidad, accesibilidad, adaptabilidad y calidad de las Unidades, con el objetivo de construir una propuesta en la oferta de servicios seleccionando las USS más apropiadas para que garanticen la integridad, integralidad, humanización, resolutivez y calidad en atención dentro del modelo de excelencia. Para lo cual centralizó la atención materna en los Centro de Atención en Salud y en el Hospital de Meissen.

Adicionalmente la Subred comprometida con la salud materna y perinatal y con el propósito de contribuir en el posicionamiento de la maternidad, como un proceso sensible que debe ser salvaguardado por todos y cada uno de los individuos de la comunidad, por medio de la promoción de conductas saludables y seguras que disminuyan la morbilidad materna y perinatal de las cuatro localidades, en cabeza de la Gerencia de la Subred, formula la Política de Atención Materno Perinatal (DI-DE-FT-07 V2), la cual tiene como objeto mejorar la atención de las gestantes y sus hijos con criterios de oportunidad, pertinencia, continuidad, resolutivez e involucrando a la figura paterna desde la consulta preconcepcional, hasta el proceso de gestación y crianza, que mejore las condiciones de salud psicosocial de la familia gestante y el recién nacido y lograr una mejor calidad de vida y salud del binomio madre-hijo, adopta la Ruta Materno Perinatal (Resolución 3280 de 2018) mediante el Procedimiento de implementación de la Ruta Materno Perinatal (EA-HOS-PR-01-V4).

La ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal, no es más que una cadena de momentos de verdad con la Familia Gestante, que inicia con la oferta de la consulta preconcepcional, la identificación temprana de la gestante, su adecuado manejo durante la gestación y finaliza hasta garantizar el egreso post evento obstétrico de la mujer con un método de anticoncepción efectivo y el ingreso de recién nacido a la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud.

Tabla 113 Ruta Materno Perinatal



Con base en lo anterior la Ruta Materno Perinatal ha definido cuatro (4) hitos de atención, los cuales evalúan los resultados de la gestión y del proceso de atención que se convierten en trazadores y marcan la diferencia en el logro de resultados en salud de las gestantes y los recién nacidos, para el año 2024 se cumple con el 100% de los hitos.

HITO 1: Atención Preconcepcional

A esta consulta se deben derivar las mujeres o familias que tengan intención reproductiva a corto plazo. Por lo que toda mujer que llegue a un servicio ambulatorio u hospitalario por cualquier causa debe indagarse sobre su intención reproductiva. En lo posible esta consulta se debe realizar al menos un (1) año antes de planear la gestación, por consiguiente, se debe formular al menos en la primera consulta un método de anticoncepción de acuerdo a los criterios de elegibilidad y el deseo de la mujer. Se recomienda que tanto en la consulta inicial como en las de control y seguimiento participe la pareja o quien la mujer decida como apoyo en este proceso.

INDICADORES:

- Proporción de mujeres de 14 a 54 años con intención reproductiva a corto plazo que reciben atención Preconcepcional

Tabla 114 Proporción de mujeres de 14 a 54 años con intención reproductiva a corto plazo que reciben atención preconcepcional 2020 – 2025 (Meta:30%)

SUBRED SUR	2020		2021		2022		2023		2024		2025	
	POBLACIÓN ASIGNADA EDAD FÉRTIL	CONSULTAS	POBLACIÓN ASIGNADA EDAD FÉRTIL	CONSULTAS	POBLACIÓN ASIGNADA EDAD FÉRTIL	CONSULTAS	POBLACIÓN ASIGNADA EDAD FÉRTIL	CONSULTAS	POBLACIÓN ASIGNADA EDAD FÉRTIL	CONSULTAS	POBLACIÓN ASIGNADA EDAD FÉRTIL	CONSULTAS
	57243	395	62775	61	519497	1285	36987	522	3670	218	4040	358

Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2020 - 2025

Resultados:

Para el año 2022 se identifica el mayor número de consultas preconcepciones n:1285 mujeres que acceden a 2 consultas de atención preconcepcional, se establece como mejora desde nivel central para la medición del indicador en el segundo semestre el 2023 y el año 2025 se realiza un ajuste en la medición del indicador en cuento al denominador número total de mujeres y personas con capacidad para gestar de 15 a 54 años que tuvieron un evento obstétrico (parto, aborto espontáneo, ectópico) en el periodo, esto debido al alto número de mujeres en edad fértil la cuales no se lograba realiza un abordaje el 100%,

Aunque el indicador tuvo un leve aumento en el mes de mayo continúa siendo insatisfactorio para que las mujeres de este grupo etario con intención reproductiva de la Subred puedan lograr un proceso de gestación en las mejores condiciones posibles, a partir de la identificación y evaluación de los riesgos biológicos y psicosociales, el diagnóstico y tratamiento oportuno de alteraciones que afecten la gestación.

HITO 2: Interrupción Voluntaria del Embarazo

La Información o asesoría en IVE busca reconocer el derecho a la autonomía y autodeterminación reproductiva de la mujer, garantizando el acceso a servicios seguros para la interrupción del embarazo en el marco de la sentencia C-355 de 2006 y C055 de 2022 y tratar con eficacia las complicaciones del aborto.

La Subred brinda educación en todas las USS donde se realice la inscripción al control prenatal y el control prenatal de alto y bajo riesgo, una vez la mujer decida

realizarse el procedimiento se debe brindar la asesoría y en dicho procedimiento garantizar el acceso oportuno a dicho procedimiento.

INDICADORES:

- Proporción de mujeres de 10 a 49 años con suministro de método anticonceptivo post IVE

Tabla 115 Proporción de mujeres de 10 a 49 años con suministro de método anticonceptivo post IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo) 2020 – 2025 (meta: 95%)

SUBRED	RESULTADOS 2020				RESULTADOS 2021				RESULTADOS 2022			
	IVE SOLICITADAS	IVE REALIZADAS	MÉTODO ANTICONCEPTIVO	IVE OPORTUNA	IVE SOLICITADAS	IVE REALIZADAS	MÉTODO ANTICONCEPTIVO	IVE OPORTUNA	IVE SOLICITADAS	IVE REALIZADAS	MÉTODO ANTICONCEPTIVO	IVE OPORTUNA
	98	95	100%	100%	117	117	100%	100%	187	187	100%	100%
SUBRED	RESULTADOS 2023				RESULTADOS 2024				RESULTADOS 2025			
	IVE SOLICITADAS	IVE REALIZADAS	MÉTODO ANTICONCEPTIVO	IVE OPORTUNA	IVE SOLICITADAS	IVE REALIZADAS	MÉTODO ANTICONCEPTIVO	IVE OPORTUNA	IVE SOLICITADAS	IVE REALIZADAS	MÉTODO ANTICONCEPTIVO	IVE OPORTUNA
	197	197	100%	100%	154	154	100%	100%	189	189	100%	100%

Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2020 - 2025

Resultados:

Para este indicador se observa un cumplimiento satisfactorio en los procedimientos farmacológicos o no farmacológicos ejecutados por la Subred para realizar IVE; donde el 100% de las mujeres de 10 a 49 años que accedieron al procedimiento recibieron suministro de método anticonceptivo una vez finalizado el proceso de interrupción voluntaria.

Así mismo, la totalidad de estas mujeres accedieron a una consulta de valoración integral, orientación y asesoría frente a la IVE y cada una de las interrupciones fue ejecutada de forma efectiva según criterio de oportunidad (5 días después de la solicitud).

Lo anterior, refleja un rango de cumplimiento en los indicadores 2, 5 y 7 respectivamente de acuerdo con los criterios estipulados por el ente de control en los lineamientos técnicos.

- Proporción de mujeres de 10 a 49 años que acceden a la consulta para valoración integral, orientación y asesoría frente a IVE

Tabla 116 Proporción de mujeres de 10 a 49 años que acceden a la consulta para valoración integral, orientación y asesoría frente a IVE 2020 – 2025 (META: 90)

SUBRED	2020					2021					2022				
	EVENTOS OBSTÉTRICOS	ASESORÍA	TOTAL	PROVISIÓN EFECTIVA	TOTAL PROVISION	EVENTOS OBSTÉTRICOS	ASESORÍA	TOTAL	PROVISIÓN EFECTIVA	TOTAL PROVISION	EVENTOS OBSTÉTRICOS	ASESORÍA	TOTAL	PROVISIÓN EFECTIVA	TOTAL PROVISION
	3872	3429	100%	3429	100%	3599	3318	83%	3582	100%	3053	2960	97%	3053	100%
SUBRED	2023					2024					2025				
	EVENTOS OBSTÉTRICO	ASESORÍA	TOTAL	PROVISIÓN EFECTIVA	TOTAL PROVISION	EVENTOS OBSTÉTRICO	ASESORÍA	TOTAL	PROVISIÓN EFECTIVA	TOTAL PROVISION	EVENTOS OBSTÉTRICO	ASESORÍA	TOTAL	PROVISIÓN EFECTIVA	TOTAL PROVISION
	4045	4045	100 %	4045	100 %	3990	3990	100%	3990	100 %	4036	4036	100%	4036	100%

Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2020 - 2025

Resultados:

Para este indicador se observa, la Subred cumplió con el indicador tendiente a brindar asesoría anticonceptiva antes del egreso institucional a mujeres en posparto, posaborto o post Interrupción Voluntaria del Embarazo; donde se garantizó asesorías un promedio de 96% de la población atendida con estas características.

Respecto al suministro de métodos anticonceptivos a mujeres que tuvieron algún evento obstétrico, se evidencia un resultado satisfactorio, con un promedio de cumplimiento del 100%, donde se garantizó el suministro efectivo de método anticonceptivo moderno a mujeres en post evento obstétrico antes del alta hospitalaria de acuerdo con criterios de elegibilidad de la OMS y decisión de la mujer.

En general, la Subred Sur tuvo un resultado satisfactorio en los indicadores que conforman el segundo hito. Lo cual deja en evidencia la adherencia a protocolos por

parte del personal médico de la institución y en su efecto una atención adecuada a la población objeto. Lo anterior, ha permitido: i) garantizar la proporción de métodos anticonceptivos post IVE antes del egreso hospitalario; ii) brindar asesoría en anticoncepción postparto o postaborto antes del evento obstétrico; iii) provisión efectiva de métodos anticonceptivos post evento obstétrico antes del egreso institucional; iv) acceso a consulta para valoración integral, orientación y asesoría frente a IVE previo al tratamiento farmacológico o no farmacológico; v) realizar procedimientos de IVE oportunos según lo establecido por la corte constitucional (5 días); y vi) garantizar que su población acceda a la IVE antes de la semanas 15 de gestación de acuerdo a lo estipulado por la ley.

HITO 3: Atención Integral Prenatal y Manejo De Las Complicaciones

Se comprende todas las atenciones que contribuyen a: mejorar la salud materna, promover el desarrollo del feto, identificar e intervenir tempranamente los riesgos relacionados con la gestación, y generar condiciones óptimas que permitan un parto seguro.

INDICADORES:

- Porcentaje de Adherencia a los lineamientos que garantizan la integralidad en la atención para el cuidado prenatal.
- Indicador 9. Porcentaje de adherencia a los lineamientos que garantizan la integralidad en la atención para el cuidado prenatal

Tabla 117 Porcentaje de adherencia a los lineamientos que garantizan la integralidad en la atención para el cuidado prenatal 2020 – 2025 (Meta 85%)

SUBRED	2020			2021			2022			2023			2024			2025		
	HC REVISADAS	HC CON ADHERENCIA	TOTAL	HC REVISADAS	HC CON ADHERENCIA	TOTAL	HC REVISADAS	HC CON ADHERENCIA	TOTAL	HC REVISADAS	HC CON ADHERENCIA	TOTAL	HC REVISADAS	HC CON ADHERENCIA	TOTAL	HC REVISADAS	HC CON ADHERENCIA	TOTAL
SUR	186	166	89%	186	166	89%	629	580	92%	226	212	94%	226	212	94%	114	105	92%

Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2020 - 2025

Resultados:

Para este indicador se observa que la Subred Sur presentó un porcentaje de adherencia del 92% a los lineamientos que garantizan la integralidad en la atención para el cuidado prenatal.

- Gestantes inscritas (captación temprana antes de la semana 12 de gestación)

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE monitorea el ingreso de las gestantes al control prenatal, lo anterior con el objetivo de mejorar la salud materna, promover el desarrollo del feto, identificar e intervenir tempranamente los riesgos relacionados con la gestación, y generar condiciones óptimas que permitan un parto seguro; para el desarrollo oportuno de esta atención, se ha requerido de la implementación de mecanismos que garanticen la detección y captación temprana de las gestantes; la efectividad de dichas acciones es evaluada a través del indicador trazador “captación temprana de la gestante”.

Respecto a la meta, es importante tener en cuenta que pese a que la Resolución establece el 85% de cumplimiento, de acuerdo a la trazabilidad del indicador desde el año 2012 (dato por cada Hospital de la Red Sur: Usme, Nazareth, Vista Hermosa, Tunjuelito) y desde el año 2016 como Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE, este indicador nunca ha alcanzado la meta propuesta por el Ministerio, razón por la cual para la vigencia 2020 – 2025 se plantea una meta progresiva del mismo (80%) teniendo en cuenta el comportamiento de los años anteriores, así como a las características de la población que habita en las cuatro localidades de afluencia de la Subred.

Tabla 118 Captación temprana de la gestante 2020 – 2025(Meta 80%)

INDICADOR	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Captación Temprana de la Gestante (antes de la semana 12 de gestación)	72%	73%	73%	65%	70%	73%

Fuente: Indicador POA 2020 - 2025

Este indicador presenta variaciones importantes en el cumplimiento durante la vigencia 2020 a 2025, pero para este ultimo año alcanza un porcentaje del 73% aumentado 3 puntos porcentuales con respecto al 2024.

La Ruta Materno Perinatal consciente de la importancia de la captación temprana de las gestantes viene desarrollando y fortaleciendo sus estrategias, contemplando las acciones desde la preconcepción como son:

1. Fortalecimiento de la consulta preconcepcional a través de la identificación de mujeres con intención reproductiva en todas las consultas, con énfasis en mujeres con morbilidades de base.
2. Implementación de Estrategia Si Ries: Realiza búsqueda activa de gestantes (bases de laboratorio, servicios de urgencias y hospitalización).
3. Captación inmediata de usuarias con pruebas de embarazo positivo, las cuales son informadas por el laboratorio clínico diariamente para su respectiva inscripción al control prenatal.
4. Trabajo articulado con las EAPB para el reporte oportuno de las gestantes posterior a su afiliación.
5. Reporte a la EAPB de la base de gravidex positivos para la gestión del riesgo compartido (asegurador e IPS).
6. Gestión administrativa con las EAPB para gestantes con problemas en el aseguramiento.
7. Diseño de piezas comunicativas enfocadas en captación temprana, los cuales son difundidos en: establecimientos comerciales, asociaciones de trabajadores informales, salones de belleza, droguerías, entre otros.
8. Fortalecimiento técnico al personal asistencial y administrativo para el direccionamiento inmediato de las gestantes que se identifiquen.
9. Teniendo en cuenta que el 67% de las gestantes ingresan al control prenatal con pruebas de embarazo caseras y/o de laboratorios externos a la subred, desde la Ruta Materno en articulación con el componente de Vigilancia en Salud Ambiental se diseña pieza Comunicativa (se anexa pieza), la cual es entregada en el 100% de las farmacias de la Subred, con el objetivo de que sean entregadas a toda usuaria quien solicite una prueba de embarazo casera; dicha pieza da las indicaciones a la persona ante un resultado positivo para su consulta a los servicios de salud.

Ilustración 14 Pieza comunicativa “Captación Temprana de la Gestante”



Para vigencia 2025, la subred y como parte de su plan de mejoramiento se encuentra en la consecución de pruebas de embarazo para implementar en consultas de planificación familiar y control prenatal con el fin de mejorar la identificación de gestantes.

- Dentro de los avances en el proceso de implementación de las pruebas rápidas de embarazo en consultorio y una vez el proveedor del laboratorio clínico genera su concepto frente a las pruebas, se realiza articulación con laboratorio y se define que se utilizarán pruebas en orina; para lo cual se avanza en las siguientes actividades:
- Envío de relación por unidad de pruebas de embarazo a laboratorio clínico para la solicitud al proveedor.
- Ajuste de la historia clínica de control prenatal y planificación con las siguientes variables: toma de prueba de embarazo, lote y resultado. Control de calidad (informe de verificación de la prueba) por parte del proveedor. Una vez se cuente con dicho informe se programará capacitación con personal asistencial y entrega de pruebas.
- Porcentaje de mujeres gestantes con diagnóstico de Sífilis que recibieron tratamiento completo y oportuno según el estadio de la enfermedad
- Porcentaje de mujeres gestantes con diagnóstico de Sífilis cuyos contactos sexuales son tratados oportuna y adecuadamente.

Tabla 119 Tratamiento Gestantes y compañeros 2020 – 2025 (Meta 90%)

Tabla 115 Tratamiento Gestantes y Comparación ECE4 ECE5 (meta 90%)														
SUBRED SUR	META 90%	2020					2021					2022		
		GESTANTES DIAGNOSTICADAS	TRATAMIENTO		% TRATAMIENTO		GESTANTES DIAGNOSTICADAS	TRATAMIENTO		% TRATAMIENTO		GESTANTES DIAGNOSTICADAS	TRATAMIENTO	
			GESTANTE	CONTACTO	GESTANTE	CONTACTO		GESTANTE	CONTACTO	GESTANTE	CONTACTO			
		42	41	33	98%	79%	53	52	39	98%	75%	48	48	
		2023					2024					2025		
SUBRED	GESTANTES DIAGNOSTICADAS	TRATAMIENTO		% TRATAMIENTO		GESTANTES DIAGNOSTICADAS	TRATAMIENTO		% TRATAMIENTO		GESTANTES DIAGNOSTICADAS	TRATAMIENTO		
		GESTANTE	CONTACTO	GESTANTE	CONTACTO		GESTANTE	CONTACTO	GESTANTE	CONTACTO				
SUR	36	36	36	100%	100%	48	49	48	100%	100%	44	44		

Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2020 - 2025

Resultados:

Se evidencia un aumento en el número de casos diagnosticados: 53 gestantes diagnosticadas con Sífilis en el 2021 con respecto a los demás años, se muestra que los del total de las 52 gestantes diagnosticadas el 75% de los contactos sexuales realizaron el tratamiento completo, oportuno y adecuado esto se debe a que las usuarias manifiestan no tener compañero sexual, se encuentra de viaje, no sabe el paradero, no desea administrarse tratamiento o se encuentra privado de la libertad. Para los años 2022 al 2025 se identifica un porcentaje de cumplimiento frente al tratamiento de las usuarias y contacto sexuales del 100 %

- Adherencia a controles prenatales.

Tabla 120 Adherencia a controles prenatales 2020 – 2025 (META 95%)

SUBRED SUR	META 95%	2020				2021				2022				2023				2024				2025			
		PARTOS				PARTOS				PARTOS				PARTOS				PARTOS				PARTOS			
		57	25	88	%	34	24	94	%	60	20	93	%	285	26	94	%	31	29	94	%	31	30	94	%

Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, 2020 - 2025

Resultados:

Para este indicador se muestra una adherencia del 94% a controles prenatales constituye una herramienta fundamental para disminuir la mortalidad materna

La Subred continuará reforzando las acciones de promoción y/o captación temprana, tendientes a garantizar la identificación oportuna y, por ende, la implementación de cada una de las intervenciones del programa. Se describen algunas de las gestiones que se han desarrollado para su cumplimiento:

HITO 4: Atención Integral Del Recién Nacido

Indicador : Incidencia de Sífilis congénita

La sífilis congénita ocurre cuando la madre con sífilis transmite la infección al feto durante la gestación, ya sea por vía hematógeno-transplacentaria o durante el parto por el contacto del neonato con lesiones en los genitales de la madre. Las lesiones clínicas se forman a partir de la semana 16 de gestación cuando el sistema inmunológico se ha desarrollado, aunque el Treponema puede pasar a la circulación fetal desde la novena semana.

La sífilis congénita es un importante problema de salud pública en el Distrito y a Nivel Nacional ya que puede precipitar el padecimiento de una condición crónica con consecuencias graves y un alto costo humano, social y económico para los pacientes.

Acciones Implementadas frente a la atención integral de Gestantes:

- Atención y seguimiento integral de la mujer gestante con diagnóstico de sífilis que incluye la aplicación de pruebas rápidas en inscripción prenatal por perfil de enfermería y en caso de resultado positivo se realiza activación de ruta, se garantiza tratamiento para sífilis gestacional en contacto sexual. Así mismo, se cuenta con una auxiliar de enfermería para realizar seguimiento permanente a los casos.

- Fortalecimiento del seguimiento a gestantes de riesgo, bajo la estrategia Si Ries o “gestantes sin riesgo materno”, con captación de gestantes con diagnóstico de Sífilis con el fin de realizar detección y seguimiento oportuno: La estrategia Si Ries, se empieza a gestar a finales del año 2020 con la aprobación de la Gerencia, en la búsqueda de fortalecer las acciones para disminuir la morbimortalidad materna perinatal y en especial la sífilis congénita, partiendo de la generación de alertas tempranas, la rigurosidad de los sistemas de vigilancia epidemiológica y el trabajo en equipo para el desarrollo de las intervenciones, así como el aporte al aprendizaje institucional, en búsqueda de la mejora continua y el impacto favorable en salud para nuestra población.

Pilares de la estrategia Si Ries

- ✓ Trabajo en equipo y construcción conjunta
- ✓ Generación de alertas tempranas
- ✓ Comunicación redundante del riesgo, como practica segura en la atención en salud
- ✓ Retroalimentación permanente y entre todos los actores, no punitiva pero si que permita fortalecer los procesos
- ✓ Desviación Positiva como metodología orientada a un cambio cultural
- ✓ Aprendizaje institucional

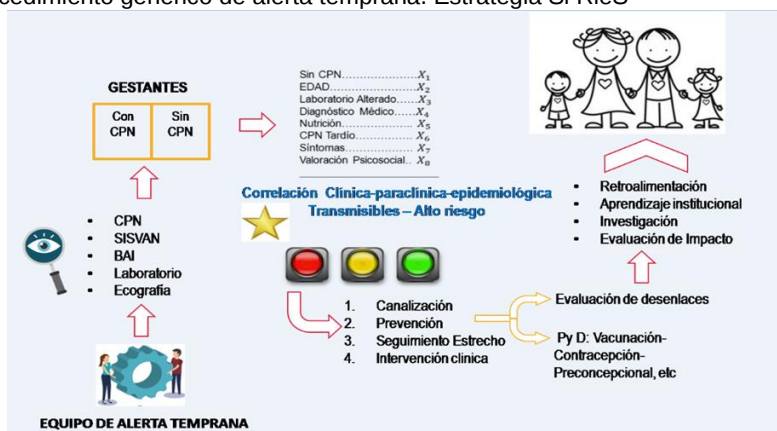
Su objetivo principal Intervenir en la Subred Sur, de forma integral y oportuna, casos prioritarios de alto riesgo materno, identificados a través de un sistema de alertas tempranas y un modelo de vigilancia epidemiológica, con el fin de disminuir la probabilidad de complicaciones maternas y/o perinatales.

Adicionalmente busca:

- ✓ Identificar mujeres en edad fértil para que sean canalizadas a consultas pre-concepcional y contracepción según aplique.
- ✓ Identificar maternas sin inicio de control prenatal, para que sea canalizada su inscripción de forma oportuna.
- ✓ Identificar y generar alerta temprana de casos de enfermedades transmisibles en gestantes y canalizar su atención, con el propósito de que reciban atención integral y tratamiento oportuno. Se realiza énfasis en sífilis gestacional, pero se aborda VIH, Hepatitis B, Hepatitis C, Toxoplasmosis, Tuberculosis, Chagas, malaria
- ✓ Mejorar la adherencia y oportunidad del tratamiento de la sífilis gestacional.
- ✓ Identificar tempranamente perfiles de muy alto riesgo obstétrico en gestantes antes de semana 34, canalizar su atención, con el propósito de que reciban atención integral, diagnóstico, tratamiento y seguimiento oportuno. Evitar la morbilidad materna extrema.

- ✓ Identificar casos con eventos de interés pública de patología transmisible en mujeres en edad fértil y en población general, así como de eventos de maltrato familiar, maltrato infantil y violencia sexual, para ser reportados como parte de la búsqueda activa institucional.
- ✓ Generar información que pueda ser utilizada como insumo para el aprendizaje institucional, orientado al mejoramiento de continuo de las intervenciones dirigidas a la prevención y control del riesgo materno perinatal
- ✓ Generar información como insumo para proyectos de investigación.

Ilustración 15 Procedimiento genérico de alerta temprana. Estrategia Si RieS



•**Estrategia de Ángeles Guardianes:** Tiene como objetivo Mitigar el riesgo de muerte materna y/o perinatal por morbilidad materna extrema.

La estrategia ángeles guardianes busca acompañar la gestante y su recién nacido hasta el día 42 post evento obstétrico, a fin de minimizar los riesgos de complicaciones y muertes por causas evitables, la importancia del diligenciamiento de las fichas de notificación en el tiempo oportuno con el fin de dar cumplimiento a los requerimientos exigidos según normatividad.

En la estrategia ángeles guardianes existen criterios de inclusión que se identifican casos asociados MORBILIDAD MATERNA EXTREMA como preeclampsia, eclampsia, síndrome de HELP, choque hipovolémico, choque séptico y tromboembolismo pulmonar. Para población de capital salud y no afiliada al sistema de salud y aplica para las 4 localidades de la Subred Sur.

Ilustración 16 Flujograma Estrategia Ángeles Guardianes

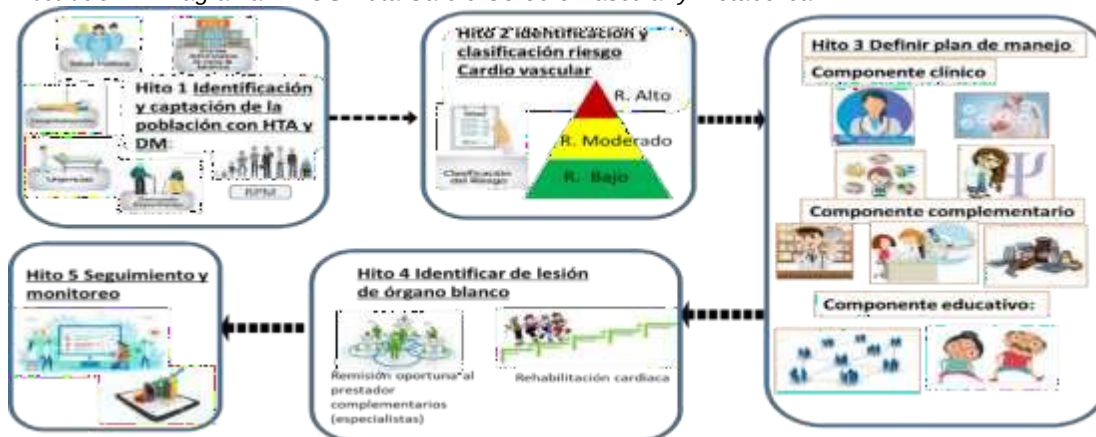


- Articulación permanente entre epidemiología institucional, Vigilancia SSR, entorno Hogar-Ángeles Guardianes, ginecología, médico epidemiólogo, infectólogo, Ruta Materno Perinatal.
- Se cuenta con carnet para el registro del tratamiento con penicilina benzatínica de acuerdo con la periodicidad, el cual es entregado a las gestantes, del cual se cuenta con nueva versión.
- Estrategia consultorio MESSI (modelo de excelencias en sífilis), que busca que las pacientes diagnosticadas con sífilis gestacional tengan acceso sin barrera para la administración del tratamiento, que al momento de ingresar al hospital el personal sepa hacia dónde dirigirlas a las usuarias.
- Se realiza seguimiento estrecho a usuarias venezolanas irregulares atendidas las cuales son diagnosticadas con sífilis gestacional, con el fin de asegurar que se realicen el tratamiento completo y oportuno junto con su contacto.
- Estrategia comunicativa Interna y externa "rotafolio" que se encuentra en cada una de las unidades de forma física y en magnético, se establece capítulo con información para reforzar procesos de información, educación y concientización sobre sífilis gestacional y congénita, el cual se encuentra ya aprobado por las diferentes áreas a nivel de la Subred y SDS.
- Se realiza lanzamiento de Banner en la página <https://www.subredsur.gov.co> con información para la población sujeto a la ruta como signos de alarma, micronutrientes, manejo de náuseas y vómito, lactancia materna, implementos de parto y estrategia instituciones amigas de la mujer y la infancia integral (IAMII).
- Acompañamiento permanente a talento humano de las diferentes sedes: procedimiento sífilis gestacional y congénita, puertas de entrada, estrategia Messi) – equipo convenio/laboratorio- programas.
- Seguimiento al menor hasta el año de nacimiento, articulación Ruta Promoción y Mantenimiento.

RUTA CARDIOVASCULAR Y METABÓLICA

La Ruta Cardio Cerebro Vascular y Metabólica (RCCVM) hace parte de las Rutas Integrales de Atención en Salud, orientada a la identificación, captación, atención y seguimiento de la población con enfermedades crónicas no transmisibles, particularmente hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus (DM). El presente informe expone el análisis de los indicadores asociados a los hitos de la Ruta Cardio Cerebrovascular y Metabólica (RCCVM) durante el periodo comprendido entre 2021 y 2024. Cabe señalar que en el año 2020 los indicadores de ruta se encontraban en fase de construcción, en el marco de la implementación progresiva de los hitos definidos para la ruta integral de salud los cuales se han implementado con un cumplimiento del 100% y son monitorizados a través de indicadores que se centra en los porcentajes de cumplimiento alcanzados frente a las metas establecidas, con el propósito de evaluar el desempeño operativo, identificar avances y brechas, y aportar insumos técnicos que orienten la toma de decisiones y el fortalecimiento de las estrategias de gestión del riesgo. Este ejercicio permite visibilizar el impacto de las acciones desarrolladas por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur en la identificación, captación y seguimiento de población priorizada con enfermedades crónicas no transmisibles.

Ilustración 17 Diagrama HITOS Ruta Cardio Cerebro Vascular y Metabólica



Hito 1 Identificación y captación de la población con HTA y DM

Proceso en el cual ingresa el paciente a la Ruta Cardio Cerebro Vascular y Metabólica proveniente ruta de promoción y mantenimiento, desde las intervenciones del Plan de intervenciones colectivas (PSPIC) a través de los espacios y entornos de la vida cotidiana (Vivienda, Escolar, Trabajo, Espacio Público, etc.), direccionado

desde los servicios de Urgencias, hospitalización y asignado por la Empresa Administradora de Planes y Beneficios (EAPB)

Análisis Indicadores

Entre 2021 y 2025, se ha logrado un avance sostenido en la identificación y captación de población con hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus (DM), correspondiente al Hito 1, este hito busca garantizar la gestión del riesgo en salud mediante la inclusión oportuna de personas con diagnóstico confirmado.

Captación de población con HTA: Durante el periodo 2021–2025, el indicador de captación de pacientes con diagnóstico confirmado de hipertensión arterial en la Subred Sur presentó una evolución sostenida y positiva, superando de manera consistente la meta establecida (39.1%). Este comportamiento refleja avances significativos en la gestión del riesgo cardiovascular y en la articulación entre los equipos de atención que realizan seguimiento y canalización. En 2021, la captación alcanzó el 45%, superando la meta en más de seis puntos porcentuales. A partir de ese año, se observó una tendencia ascendente: 47% en 2022, 45% en 2023, 49% en 2024 y 57% en el año 2025. Este crecimiento progresivo evidencia el fortalecimiento de estrategias como la depuración de bases de datos, el seguimiento a canalizaciones no efectivas, y la mejora en la trazabilidad de pacientes en riesgo.

Captación de población con Diabetes Mellitus: Durante el periodo 2021–2025, el indicador de captación de pacientes con diagnóstico confirmado de diabetes mellitus en la Subred Sur mostró un comportamiento altamente positivo, con niveles de cumplimiento que superaron ampliamente la meta establecida (82.6%). Este desempeño refleja un fortalecimiento progresivo de las estrategias de gestión del riesgo, así como una mejora sustancial en los procesos de canalización, seguimiento y depuración de bases de datos. En 2021, la captación alcanzó el 109%, superando la meta en más 20 puntos porcentuales. A partir de ese año, se evidenció un crecimiento sostenido: 101% en 2022, 91% en 2023, 115% en 2024 y 207% en el año 2025. Este incremento progresivo indica una capacidad institucional fortalecida para identificar, vincular y mantener en seguimiento a los pacientes con Diabetes Mellitus dentro de la Ruta Cardio Cerebro Vascular y Metabólica.

Tabla 121 Promedio cumplimiento de captación 2021 - 2025

Año	Captación HTA (%)	Meta HTA (%)	Captación DM (%)	Meta DM (%)
2021	45%	39,1%	109%	82,6%
2022	47%	39,1%	101%	82,6%
2023	45%	39,1%	91%	82,6%
2024	49%	39,1%	115%	82,6%
2025	57%	39,1%	207%	82,6%

Estos resultados consolidan el impacto positivo de las acciones operativas implementadas, incluyendo el trabajo intersectorial, la depuración de bases de crónicos y el seguimiento a la canalización de pacientes. Se recomienda continuar con el fortalecimiento de la identificación de población en riesgo no diagnosticada y mantener el enfoque diferencial en la captación.

Proporción de la población con diagnóstico de HTA reportada por Capital Salud, inscrita en la ruta: Este indicador presentó una evolución sostenida y positiva. Para el año 2021 se evaluaba el indicador de población total inscrita a la ruta el cual no se discriminaba por diagnósticos, a partir del año 2022 se empezó a avaluar este indicador el cual el porcentaje de inscripción de usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial (puro) fue de aproximadamente 83%, y para 2025 alcanzó el 116%. Este crecimiento refleja una mejora continua en la articulación entre los equipos de atención, seguimiento y depuración de bases. Este indicador no cuenta con una meta establecida, pero permite evidenciar una adecuada implementación de la Ruta Cardio Cerebro Vascular. Sin embargo, persisten oportunidades de mejora en la búsqueda activa de población no diagnosticada.

Proporción de la población con diagnóstico de DM (puros) reportada por Capital Salud, inscrita en la ruta: Este indicador presentó una evolución sostenida y positiva. Para el año 2021 se evaluaba el indicador de población total inscrita a la ruta el cual no se discriminaba por diagnósticos, a partir del año 2022 se empezó a avaluar este indicador el cual el porcentaje de inscripción de usuarios con diagnóstico de diabetes mellitus (puros) fue de aproximadamente 71%, y para 2025 alcanzó el 113%. Este crecimiento refleja una mejora continua en la articulación entre los equipos de atención, seguimiento y depuración de bases. Este indicador no cuenta con una meta establecida, pero permite evidenciar una adecuada implementación de la Ruta Cardio Cerebro Vascular. Sin embargo, persisten oportunidades de mejora en la búsqueda activa de población no diagnosticada.

Proporción de la población con diagnóstico de HTA y DM reportada por Capital Salud, inscrita en la ruta: Este indicador presentó una evolución sostenida y positiva. Para el año 2021 se evaluaba el indicador de población total inscrita a la ruta el cual no se discriminaba por diagnósticos, a partir del año 2022 se empezó a avaluar este indicador el cual el porcentaje de inscripción de usuarios con diagnóstico hipertensión arterial y diabetes mellitus fue de aproximadamente 77%, y para 2025 alcanzó el 97%. Este crecimiento refleja una mejora continua en la articulación entre los equipos de atención, seguimiento y depuración de bases. Este indicador no cuenta con una meta establecida, pero permite evidenciar una adecuada implementación

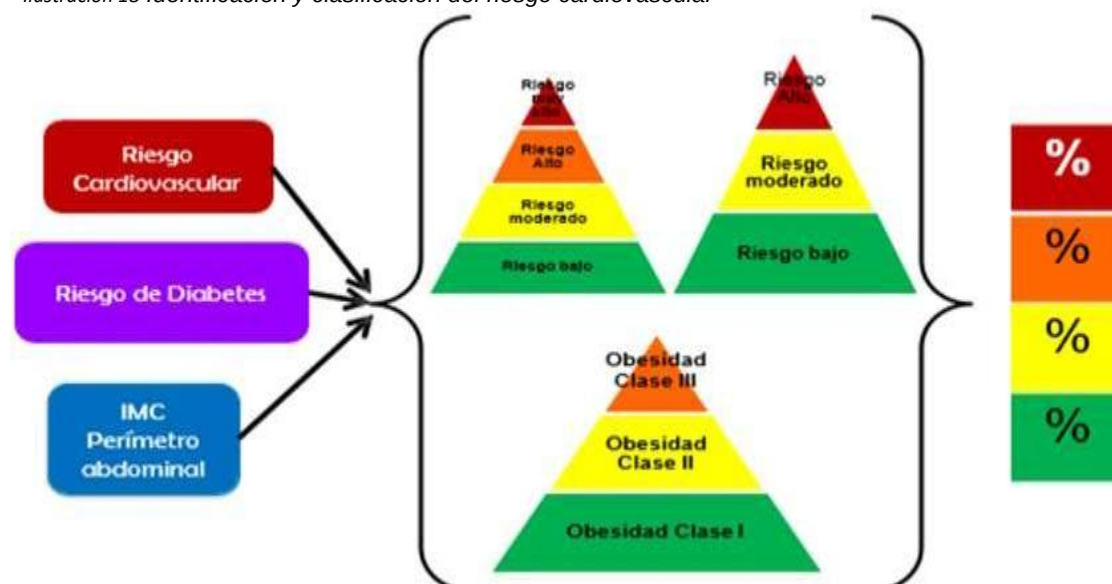
de la Ruta Cardio Cerebro Vascular. Sin embargo, persisten oportunidades de mejora en la búsqueda activa de población no diagnosticada.

Población con enfoque diferencial atendida e inscrita en la Ruta Cardio Cerebro Vascular y metabólica: El indicador de captación de población con enfoque diferencial evidencia un comportamiento sostenido por encima de la meta establecida (5%) durante el periodo 2021–2025, superando la meta establecida por más de tres puntos porcentuales. Este resultado es especialmente relevante, dado que se refiere a la atención de grupos poblacionales los cuales deben tener acceso oportuno a los servicios de salud.

Hito 2 Identificación y Clasificación del Riesgo Cardiovascular

En la población activa de la Ruta Cardio Cerebro Vascular y Metabólica, se realiza el proceso de estratificación del riesgo cardiovascular como parte fundamental del abordaje integral. Esta etapa permite categorizar a los usuarios según su probabilidad de desarrollar eventos cardiovasculares facilitando así la priorización de atención.

Ilustración 18 Identificación y clasificación del riesgo cardiovascular



Análisis indicadores:

- **Porcentaje personas con Riesgo cardiovascular Bajo:** Este indicador muestra una evolución positiva entre 2021 y 2023, pasando de 17% a 29%, lo que sugiere

mejoras en la detección temprana y en las estrategias de promoción de la salud. Sin embargo, en 2024 se observa una leve disminución al 24%, aunque aún se mantiene por encima de la meta. El incumplimiento en 2021 indica que inicialmente había una proporción baja de población clasificada como de bajo riesgo, lo que podría reflejar una carga significativa de enfermedad o limitaciones en el tamizaje ya que no se contaba con una historia clínica de crónicos el cual se empezó a implementar a partir de 2022, donde se supera la meta $\geq 20\%$, lo que evidencia un fortalecimiento en las acciones preventivas y en el acceso a servicios de control.

- **Porcentaje personas con Riesgo cardiovascular Moderado:** Este grupo se ha mantenido estable a lo largo del periodo analizado, con valores entre 36% y 38%. Aunque no representa un riesgo crítico, su persistencia sugiere que una proporción importante de la población requiere seguimiento clínico y educación en autocuidado. El cumplimiento de la meta $\leq 60\%$ es constante en los cuatro años, lo que indica que el sistema ha logrado contener el avance hacia niveles más altos de riesgo. No obstante, su magnitud relativa también puede reflejar una oportunidad para reforzar intervenciones que promuevan la transición hacia riesgo bajo.
- **Porcentaje personas con Riesgo cardiovascular Alto:** Este indicador presenta una tendencia descendente clara: de 32% en 2021 a solo 2% en 2025. El incumplimiento en los dos primeros años refleja una carga significativa de enfermedad y posibles brechas en el control de factores de riesgo como hipertensión, diabetes y dislipidemia. A partir de 2023, se logra cumplir la meta $\leq 20.7\%$, lo que sugiere una mejora en el manejo clínico, seguimiento oportuno y acceso a tratamientos. La reducción sostenida en 2025 consolida esta mejora, posicionando a la ruta en un escenario favorable para el control de complicaciones cardiovasculares.
- **Porcentaje personas con Riesgo cardiovascular Muy Alto:** Este grupo ha mantenido cifras bajas durante todo el periodo, con una reducción progresiva de 3% en 2021 a solo 0,22% en 2025. El cumplimiento de la meta $\leq 6.12\%$ es constante, lo que indica un adecuado control de los casos más críticos y posiblemente una mejora en la estratificación de riesgo. La disminución sostenida también puede reflejar una reducción en la progresión de enfermedad o una mayor eficacia en las intervenciones de alto impacto. Para garantizar la estratificación adecuada del riesgo cardiovascular, se han realizado las siguientes acciones: aplicar tamizajes en historia clínica de crónicos HCW241, con el fin de realizar de manera sistemática la estratificación de riesgo cardiovascular y realizar fortalecimiento al talento humano frente a la adherencia de guía de práctica clínica y adecuado diligenciamiento de historia clínica de HCW241.

Tabla 122 Promedio Riesgo Cardiovascular 2021 – 2025

Indicador	2021	2022	2023	2024	2025	Meta
Riesgo Cardiovascular Bajo	17%	21%	29%	24%	3%	20%
Riesgo Cardiovascular Moderado	37%	37%	38%	36%	93%	60%
Riesgo Cardiovascular Alto	32%	24%	20%	8%	2%	20,7%
Riesgo Cardiovascular Muy Alto	3%	2%	2%	1%	0,22%	6,12%

Hito 3 Definir plan de manejo (individualizado y colectivo)

En el marco del proceso de atención integral a personas con enfermedades crónicas, el Hito 3 representa un punto estratégico: la formulación del plan de manejo, tanto a nivel individual como colectivo. Este componente articula las valoraciones clínicas previamente realizadas, y permite traducirlas en intervenciones concretas, adaptadas a las necesidades particulares de cada usuario y a las dinámicas comunitarias del territorio.

Análisis de indicadores:

- **Proporción de pacientes hipertensos controlados:** Entre 2021 y 2025, el indicador de control de pacientes hipertensos presentó variaciones significativas en su cumplimiento frente a la meta institucional (>60%). Solo en 2022 se alcanzó el estándar esperado (61%), mientras que en los demás años se evidenció una brecha creciente: 43% en 2021, 55% en 2023, 50% en 2024 y 54% en 2025. Esta tendencia descendente sugiere debilidades en la sostenibilidad de las estrategias implementadas, así como en el seguimiento clínico y operativo.

Tabla 123 Promedio anual pacientes hipertensos controlados 2021 - 2024

Año	Cumplimiento%	Meta%
2021	43%	>60
2022	61%	>60
2023	55%	>60
2024	50%	>60
2025	54%	>60

Para lograr el cumplimiento del indicador se plantean estrategias para mejorar el desempeño del indicador, se plantea focalizar intervenciones en grupos priorizados, fortalecer los mecanismos de seguimiento clínico, depurar registros operativos y articular acciones con EAPB. Estas medidas permitirán avanzar hacia un control más efectivo de la hipertensión arterial y mejorar los resultados en salud de la población atendida.

- **Proporción de pacientes diabéticos controlados:** Entre 2021 y 2025, el indicador de pacientes diabéticos controlados mostró una evolución positiva, pasando de un cumplimiento crítico (15.6%) en 2021 a un nivel cercano a la meta (>50%) en 2025, con un 34%. Este progreso refleja la implementación gradual de estrategias clínicas y operativas, aunque persiste una brecha mínima que requiere implementación de estrategias.

Tabla 124 Promedio anual pacientes diabéticos controlados 2021 – 2025

Año	Cumplimiento%	Meta%
2021	15,6%	>50
2022	25,7%	>50
2023	38,7%	>50
2024	48,7%	>50
2025	34,3%	>50

Para lograr el cumplimiento del indicador se plantean estrategias para mejorar el desempeño del indicador, se plantea focalizar intervenciones en grupos priorizados, fortalecer los mecanismos de seguimiento clínico, depurar registros operativos y articular acciones con EAPB. Estas medidas permitirán avanzar hacia un control más efectivo de cumplimiento de meta terapéutica de diabetes mellitus y mejorar los resultados en salud de la población atendida.

Hito 4: Identificar de lesión de órgano blanco

El Hito 4 se orienta a la identificación temprana y sistemática de lesiones de órgano blanco como manifestación crítica de enfermedades crónicas no transmisibles, particularmente aquellas vinculadas a la Ruta Cardio Cerebro Vascular y Metabólica. Para ello, se establecen como indicadores clave los eventos de mortalidad, hospitalización y estancia en unidades de cuidado intensivo (UCI), los cuales permiten evaluar el impacto clínico y operativo de la atención prestada.

- **Tasa de Hospitalización por eventos relacionados con HTA y DM:** Durante el periodo 2022–2025, se analizó el comportamiento del indicador de tasa de hospitalización por eventos relacionados con hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus (DM) en población asignada. Los datos muestran que en los años 2022 y 2023 la tasa promedio anual se mantuvo estable con un promedio mensual de hospitalizados cercano a 74 pacientes y una población en ruta superior a 30,000 usuarios. Para el año 2025 se evidencia estabilidad en el ingreso con un promedio de 153 hospitalizados mensuales y una población estable.

Tabla 125 Tasa Hospitalizaciones 2025

INDICADOR / AÑO		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT
		66,6	119,0	73,3	47,4	41,5	30,1	31,1	25,7	28,9	25,9
	Número de usuarios del régimen subsidiado con diagnóstico de hipertensión arterial y diabetes mellitus que se hospitalizaron a causa de eventos incluidos en la lista de referencia	200	359	230	150	135	97	100	85	94	85
	Numero total de pacientes inscritos a la ruta de crónicos hipertensión arterial y diabetes mellitus asignadas a la SISS del régimen subsidiado	30020	30167	31381	31677	32548	32242	32110	33072	32474	32843

Estos resultados sugieren una mejora en el manejo ambulatorio, mayor adherencia al tratamiento y fortalecimiento de la atención primaria. Los picos observados en los primeros meses del año podrían estar asociados a interrupciones en la adherencia al tratamiento y controles médicos.

▪ Tasa de ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

Durante el periodo 2022–2024, la tasa de ingreso a UCI por eventos relacionados con HTA y DM aumentó de forma sostenida: pasó de 17 ingresos en 2022 a 42 ingresos en 2024. La población en ruta se mantuvo estable, lo que indica mayor severidad clínica y posibles complicaciones.

Este comportamiento sugiere la necesidad de reforzar el seguimiento clínico, realizar seguimiento a casos críticos, activar alertas en meses de alta carga para así mantener el control de los usuarios de alto riesgo.

Tabla 126 Tasa ingreso UCI 2025

INDICADOR / AÑO		ENE	FEB	MAR	ABRIL	MAY	JUN	JUL	Ago	Sep	Oct
		16,7	26,5	17,2	28,4	36,9	49,6	46,7	12,7	36,0	12,8
	Numero de usuarios del régimen subsidiado con diagnóstico de hipertensión arterial y diabetes mellitus que ingresan a UCI a causa de eventos incluidos en la lista de referencia.	50	80	54	90	120	160	150	42	117	42
	Numero total de pacientes inscritos a la ruta de crónicos hipertensión arterial y diabetes mellitus asignadas a la SISS del régimen subsidiado.	30.020	30.167	31.381	31.677	32.548	32.242	32.110	33.072	32.474	32.843

▪ Tasa de Mortalidad en población de 30 a 69 años con HTA y DM

Entre 2022 y 2024, la mortalidad en población de 30 a 69 años con diagnóstico de hipertensión y diabetes muestra una tendencia creciente. En 2022, los valores fueron estables y bajos; en 2023 se evidenció mayor variabilidad con algunos picos; y en 2024 se registraron aumentos sostenidos, especialmente en el primer semestre cerrando con 17 usuario para el año 2024. Par el año 2025 va un total de 177 casos, este patrón sugiere un deterioro en el control clínico y la necesidad de reforzar el seguimiento, la atención oportuna y las acciones de mejora operativa.

INDICADOR / AÑO		ENE	FEB	MAR	ABRI	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT
		66,6	96,1	95,6	41,0	46,1	55,8	68,5	30,2	37,0	24,4
	Numero de defunciones en población entre 30 a 69 años en población asignada con diagnóstico de hipertensión arterial y diabetes mellitus por causa atribuible al diagnóstico de base	20	29	30	13	15	18	22	10	12	8
	Numero total de pacientes crónicos con diagnóstico de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus asignados a SISIS	30.020	30.167	31.381	31.677	32.548	32.242	32.110	33.072	32.474	32.843

Hito 5 Seguimiento y monitoreo:

La Ruta Cardio Cerebro Vascular y Metabólica cuenta con un tablero de indicadores que busca identificar la información trazadora y de impacto en la ruta y medir así la efectividad y eficacia del proceso con un monitoreo continuo y sistemático al desempeño de las intervenciones.

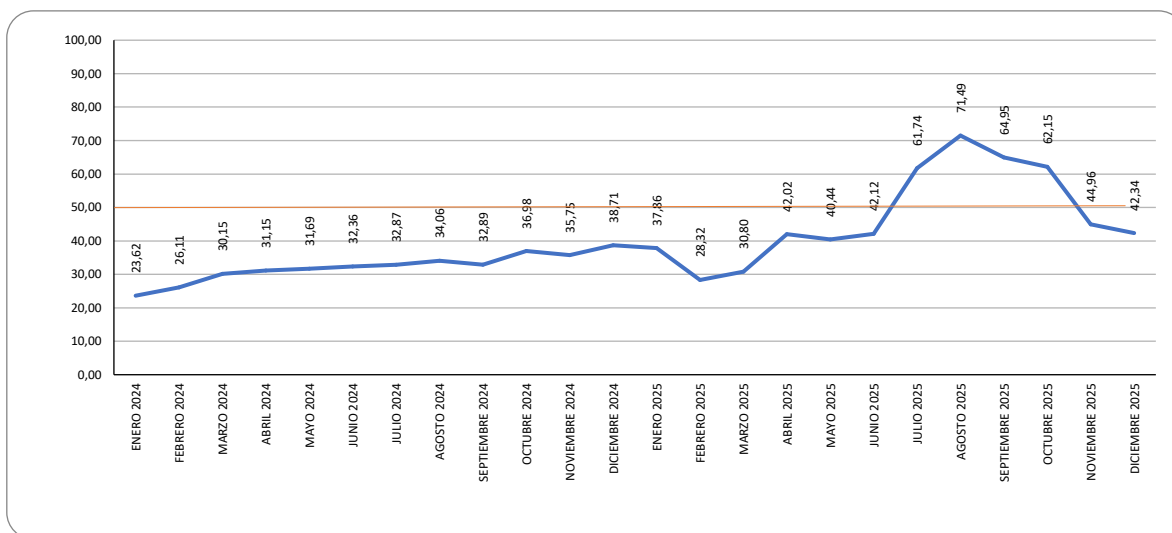
Análisis de indicadores

Personas canalizadas a las intervenciones de la Ruta Cardio Cerebro Vascular y Metabólica con asignación de cita: Durante el periodo evaluado, se observa una mejora progresiva tanto en el número de canalizaciones como en la efectividad del proceso, para el 2025 se cuenta con un acceso efectivo del 90% del total de población canalizada. En 2023 y 2024 se alcanzaron o superaron las metas establecidas, con niveles de efectividad superiores al 94%, lo que evidencia una consolidación operativa y una articulación territorial fortalecida. En contraste, los años 2021 y 2022 presentaron niveles de cumplimiento inferiores en algunos meses, pero lograron superar la meta del 80% al finalizar los años.

Cumplimiento de la meta terapéutica en el programa de Diabetes Mellitus

Durante el año 2024, el *indicador de cumplimiento de la meta terapéutica en el programa de Diabetes Mellitus* presentó un comportamiento progresivamente ascendente. El porcentaje de cumplimiento pasó de 23,62% en enero a 38,71% en diciembre, evidenciando una mejora sostenida a lo largo del año. Este incremento se explica por el aumento gradual del numerador, que pasó de 1.275 usuarios controlados en enero a 2.050 en diciembre, mientras que el denominador se mantuvo relativamente estable, con valores entre 5.081 y 5.980 usuarios inscritos en la ruta de crónicos. Este comportamiento refleja avances en el seguimiento clínico y en la identificación de usuarios con control metabólico adecuado durante 2024.

Gráfica 38 Cumplimiento de meta terapéutica en el programa de diabetes mellitus. (DM), año 2024 y 2025, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur.



Para el mes de diciembre del 2025 hay un total, de 17.814 de usuarios con diagnóstico de Diabetes Mellitus, de los cuales tenemos controlados 7.542 con valores de hemoglobina glicosilada menor a 7 mg/dl en los últimos 6 meses, con un porcentaje de del 42.34% para el cumplimiento de meta terapéutica en el mes de diciembre 2025. Referencia de meta nacional del 50%.

En el primer trimestre de 2025, se observa un cambio significativo en la tendencia del indicador, asociado principalmente a un incremento importante del denominador. Aunque el numerador aumenta de 2.005 en enero a 3.000 en marzo, el porcentaje de cumplimiento presenta variaciones, ubicándose en 37,86% en enero, descendiendo a 28,32% en febrero y recuperándose a 30,80% en marzo. Este comportamiento está relacionado con la expansión de la población inscrita, que pasa de 5.296 usuarios en enero y febrero a 9.739 en marzo, evidenciando un proceso de captación y consolidación de nuevos diagnósticos en la ruta de Diabetes Mellitus.

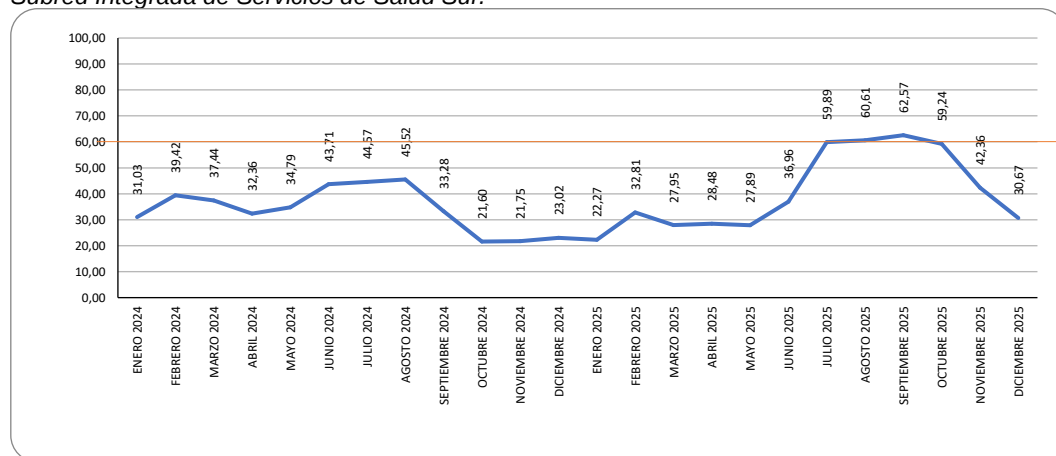
Durante el segundo semestre de 2025, se evidencia el mejor desempeño del indicador en todo el periodo analizado. En los meses de julio y agosto, el cumplimiento alcanza 61,74% y 71,49%, respectivamente, con numeradores de 8.607 y 12.735 usuarios controlados, sobre denominadores de 13.941 y 17.814 usuarios. Estos resultados reflejan el impacto positivo de las estrategias de seguimiento clínico, toma de laboratorios y control terapéutico implementadas, así como una mejor consolidación de la información clínica.

No obstante, en el último trimestre de 2025 se observa una disminución del porcentaje de cumplimiento, pasando de 64,95% en septiembre a 44,96% en noviembre y 42,34% en diciembre, a pesar de que el numerador se mantiene elevado. Esta variación se explica principalmente por el incremento del denominador hasta 19.000 usuarios en noviembre, lo cual amplía significativamente la población evaluada y evidencia retos en la sostenibilidad del control metabólico en una cohorte en constante crecimiento.

Cumplimiento de la meta terapéutica en Hipertensión Arterial

Durante el año 2024, el *indicador de cumplimiento de la meta terapéutica en Hipertensión Arterial* presentó un comportamiento variable, con una tendencia general al alza durante el primer semestre y una disminución progresiva en el segundo semestre. El porcentaje de cumplimiento inició en 31,03% en enero, alcanzó su punto más alto en agosto con 45,52%, y posteriormente descendió hasta 23,02% en diciembre. Este comportamiento se explica por un crecimiento moderado del numerador, que pasó de 6.276 usuarios controlados en enero a 7.541 en diciembre, mientras que el denominador se mantuvo relativamente estable durante la mayor parte del año, oscilando entre 12.123 y 12.963 usuarios en riesgo bajo y moderado.

Gráfica 39 Cumplimiento de meta terapéutica en el programa de hipertensión arterial (HTA). año 2024 y 2025, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur.



Para el mes de diciembre del 2025 hay un total, de 39.458 de usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial, de los cuales tenemos controlados 12.100 con cifras tensionales por debajo a de 140/90 mmHg en los últimos 6 meses, con un porcentaje de del 30.67% para el cumplimiento de meta terapéutica en el mes de diciembre 2025. Referencia de meta nacional del 60%

En el primer trimestre de 2025 se evidencia una disminución significativa del indicador, con porcentajes de 22,27% en enero, 32,81% en febrero y 27,95% en marzo. Si bien el numerador aumenta de 9.521 a 11.026 usuarios controlados, el denominador presenta un incremento abrupto, pasando de 42.745 usuarios en enero y febrero a 39.452 en marzo, lo cual impacta directamente el porcentaje de cumplimiento. Este cambio refleja una ampliación importante de la población inscrita y clasificada en la ruta de HTA, derivada de procesos de depuración, reclasificación y captación de usuarios.

El mejor desempeño del indicador en 2025 se observa durante los meses de julio, agosto y septiembre, cuando el cumplimiento alcanza 59,89%, 60,61% y 62,57%, respectivamente. En estos meses, el numerador se mantiene elevado, con valores entre 12.294 y 12.780 usuarios controlados, mientras que el denominador se estabiliza alrededor de 20.425 usuarios, lo cual sugiere un impacto positivo de las estrategias de seguimiento clínico, ajuste terapéutico y control de la presión arterial implementadas en el marco de la ruta de crónicos.

No obstante, en el último trimestre de 2025 se evidencia nuevamente una disminución del indicador, descendiendo a 59,24% en octubre, 42,36% en noviembre y 30,67% en diciembre. Esta variación coincide con un incremento del denominador hasta 39.458 usuarios en diciembre, lo que amplía la base poblacional evaluada y genera desafíos adicionales para sostener el control tensional en la población con HTA, especialmente en usuarios hace poco captados o con seguimiento incompleto.

En atención a los resultados obtenidos y a las variaciones evidenciadas en el comportamiento de los indicadores, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. cuenta actualmente con un Plan de Mejora y Plan de Choque en ejecución, orientado a fortalecer el control de la población adscrita a la Ruta Integral de Atención y a recuperar de manera progresiva el desempeño esperado de los indicadores de cumplimiento terapéutico.

ruta de salud mental

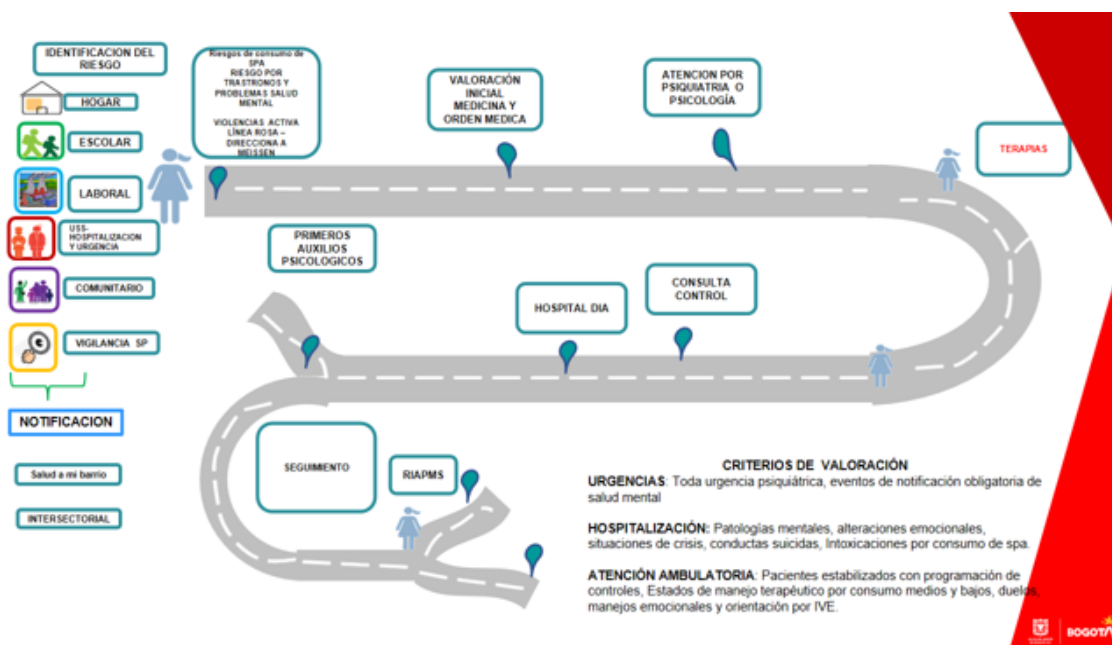
En el marco de la implementación de la Ruta de Salud Mental de la Subred Sur, se han venido desarrollando varias gestiones en la búsqueda de integrar de forma articulada cada una de las acciones que se realizan desde la promoción, prevención, atención y rehabilitación de los problemas, trastornos en salud mental y consumos de sustancias psicoactivas. En tal sentido, como primera medida se estructuró un plan de implementación, que desde los institucional inició a partir de

noviembre 2020 a la actualidad; con el fin de que permitiera ver los avances de acuerdo a los hitos y/o indicadores estructurados para seguimiento.

Se estructura un tablero de seguimiento en el cual se definen en los hitos e indicadores basados en los orientados por la Secretaria de salud, dado que no se cuenta con un lineamiento técnico por parte del Ministerio, en tal sentido se estructuran 5 Hitos y 18 indicadores descriptivos y que no tiene metas establecidas propiamente dichas. El tablero obedece a un monitoreo de acciones relacionadas con lo preventivo, hasta lo resolutivo.

Se diseña una base de seguimiento nominal que permite identificar las diferentes atenciones para las personas que desde la puerta de entrada de medicina general se identifican con un riesgo de salud mental y se direccionan a la atención bien sea por psicología o psiquiatría. A partir de dicha base se alimenta parte de los indicadores del tablero de monitoreo.

Ilustración 19 Esquema General Ruta de Salud Mental



Para la vigencia 2025 con corte a noviembre, la ruta de salud mental ha cumplido con el 95% de los hitos establecidos y se realiza la monitorización de los siguientes indicadores:

Hito 1: Acciones promocionales y preventivas de salud mental (problemas, trastorno y consumos de Sustancias Psicoactivas) por curso de vida: Se consideran los reportes de las acciones promocionales dado que la resolución 3280, establece que las rutas inician a partir de las acciones promocionales del Plan de Intervenciones Colectivas-PIC-. En este aspecto se incluyen todas las acciones realizadas en territorio de acuerdo a la estructura operativa del PIC de entornos cuidadores, como son educativo, comunitario, institucional y trabajo; en estos se fortalecen temas relacionados con la Promoción y Educación en Salud Mental, Prevención de las Violencias y del Consumo de Sustancias Psicoactivas, prevención del bullying, manejo del conflicto, pautas de autocuidado, promoción de actividades saludables y de tiempo libre, fortalecimiento habilidades para la vida, toma de decisiones y solución de problemas.

No se establecen metas puntuales dado que las acciones promocionales van acordes a la financiación puesta para las mismas, por parte de la Secretaria de salud en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas, y se reporta el cumplimiento según lo estipulado mensualmente por los diferentes entornos, es decir que mes a mes se identifican por medio de las bases de acciones PIC lo realizado en educación en salud mental y prevención de consumo de sustancias psicoactivas por curso de vida a la población en general dado que el PIC es universal.

Tabla 127 Acciones promocionales y preventivas de salud mental y de sustancias psi-coactivas

CURSO DE VIDA	2021	%	2022	%	2023	%	2024	%	2025	%
No. De gestantes con acciones educativas en salud mental	66	1%	66	0,18%	274	0,40%	329	1%	233	1%
No. De niños y niñas curso de vida infancia con acciones promocionales de salud mental	2656	25%	3670	10%	11886	17%	4919	14%	4477	11%
No. adolescentes con acciones preventivas consumos psicoactivos	1158	11%	3239	9%	11492	17%	2570	7%	971	2%
No. adolescentes con acciones promocionales	1351	13%	18191	49%	20073	29%	5394	15%	6731	16%

CURSO DE VIDA	2021	%	2022	%	2023	%	2024	%	2025	%
de salud mental										
No. jóvenes con prevención consumo SPA	1824	17%	3615	10%	5432	8%	4491	13%	9003	22%
No. Jóvenes con promoción de salud mental	1810	17%	3321	9%	7919	11%	3431	10%	4764	11%
No. De adultos con promoción de salud mental	1263	12%	3499	9%	8400	12%	8775	25%	7913	19%
No. de adultos mayores con promoción de salud mental	241	2%	1449	4%	3245	5%	4765	14%	7434	18%
No. De acciones con gestión intersectorial	379	4%	361	1%	458	1%	392	1%	189	0,5%
TOTAL	10.748	100%	37.411	100%	69.179	100%	35.066	100%	41715	100%

Fuente: Tablero de seguimiento ruta salud mental y spa 2021 a noviembre del 2025. Subred Sur

En cuanto a las acciones promocionales se ha cumplido al 100% el reporte mensual de las mismas, dado que el PIC en su esencia siempre realiza acciones educativas en salud mental, por cada uno de los entornos de vida cotidiana, para el año 2025 uno de los cursos de vida que tuvo mayor cobertura fue el de juventud con la prevención de consumo de sustancias psi-coactivas y prevención de riesgo y daños el cual llego a 9003 (22%) del total a quienes se les realizaron acciones educativas y aplicación de tamizaje a los casos especificos.

En cuanto a la Gestión Intersectorial para complementar la respuesta se cuenta con la Articulación para la gestión intersectorial con las Alcaldías locales, espacios como consejo red del buen trato y remisión a respuestas de otros sectores por medio de la canalización a ICBF, Secretaria de la mujer (casa de igualdad de oportunidades) , IDIPROM, IDRD entre otros; ésta gestión es acompañada por el equipo de políticas de salud mental, quienes en los años 2021 y 2022 en su lineamiento se definen gestionar la canalización intersectorial, sin embargo por determinación de los lineamientos distritales se suspendió, porque no se logra llegar al 100% de la gestión dado que los cupos a nivel de servicios sociales no son suficientes para la demanda.

- **Hito 2: Canalizaciones de las diferentes personas con factores de riesgo de problemas y trastornos mentales, epilepsia, consumos sustancias psicoactivas y violencias:** Como parte fundamental de la identificación del riesgo, se cuenta con la gestión de los casos que son canalizados por los entornos de vida cotidiana y líneas distritales, los casos llegan a diario por medio de la base de canalización, la cual se cruza con la base de asignación para realizar la respectiva gestión, ésta, se relaciona con la revisión de la Historia clínica para verificar si han tenido o no citas relacionadas con salud mental; a las personas que pertenezca a la asignación por las EABP con las que la Subred tiene contrato; se les asigna cita bien sea por medicina general, si no cuentan con la orden para servicios especializados de salud mental o bien sea psicología o psiquiatría según la orden que tengan.

Este indicador no tiene una meta específica, pero, en cuanto a la implementación; se reporta mensualmente, es decir que se ha cumplido al 100%, empero en cuanto a la gestión de la respuesta el cumplimiento vario dado que implica la gestión realizada para el acceso a la atención por Medicina general, psicología o psiquiatría y adicionalmente que la persona se logre contactar.

Tabla 128 Canalizaciones de las diferentes personas con factores de riesgo de problemas y trastornos mentales, epilepsia, consumos sustancias psicoactivas y violencias 2021 - 2024

Canalizaciones	2021	%	2022	%	2023	%	2024	%	2025	%
Salud mental	2448	58%	1576	48%	4947	67%	4234	69%	2723	66%
Consumo de sustancias psicoactivas	709	17%	1316	40%	1915	26%	1622	26%	248	6%
Violencia	1033	25%	387	12%	522	7%	294	5%	1182	28%
TOTAL	4190	100%	3279	100%	7384	100%	6150	100%	4153	100%

Fuente: Base de canalizaciones Ruta salud mental-spa y violencias año 2021 a diciembre 2025 Subred Sur

Para el año 2025 se presenta un avance en la gestión de los casos de la siguiente manera:

- Ruta 5 de atención de consumo de sustancias psicoactivas: fueron canalizados a los servicios resolutivos 248 casos de los cuales 208 fueron efectivos en la gestión es decir un 84% lo que equivale a 208 casos; 39 no fueron contactables y 1 caso rechazo el servicio.
- Ruta 6 problemas y trastornos de salud mental; fueron canalizados un total de 2723 personas por situaciones de salud mental, de los cuales se gestiono efectivamente, un total de 2472 personas es decir el 91%; de otro lado 237 casos no fueron contactables y 13 rechazaron el servicio.

- Ruta13 de violencias fueron canalizados 1182 personas de la EAPB Capital, de los cuales fueron efectivos el 90%, lo que equivale a 1065 casos, no se lograron contactar 110 y 6 casos rechazaron la programación de la atención.
- **Hito 3: Atención efectiva de las personas identificadas con factores de riesgo en salud mental por la diferentes RIAS**

La identificación de los egresos hospitalarios por un problemas o trastorno de salud mental o spa se tiene desde el año 2021 a corte junio 2025. A continuación se relacionan los pacientes hospitalizados y egresados por un diagnóstico de salud mental.

Tabla 129 Número de Egreso con Diagnóstico de salud mental 2021 – a diciembre 2025

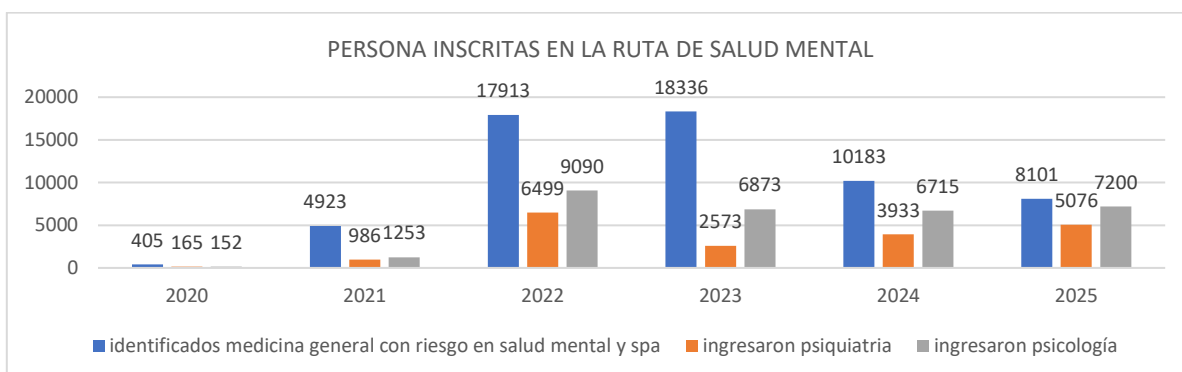
Fuente: Base de egresos hospitalario salud mental 2021 a diciembre 2025 Subred Sur

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E						
NÚMERO DE EGRESOS CON PRINCIPALES DIAGNOSTICOS SALUD MENTAL Y SPA 2020 A DICIEMBRE 2025						
NOMBRE DIAGNOSTICO	AÑO 2020	AÑO 2021	AÑO 2022	AÑO 2023	AÑO 2024	AÑO 2025
TRASTORNOS DEBIDOS AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	48	54	49	63	74	52
DEMENCIAS	3	6	10	19	9	9
EPILEPSIA NO ESPECIFICADA	3	7	10	11	4	6
ESQUIZOFRENIA	66	92	74	64	78	76
TRASTORNO ANSIEDAD Y DEPRESIÓN	11	13	14	23	19	15
TRASTORNO BIPOLAR PSICOTICO	73	45	62	46	60	51
RETARDO MENTAL	10	17	24	18	23	14
TOTAL	214	234	243	244	267	223

Con relación a los egresos, se observa que año ha año se ha incrementado, alcanzando al 2024 un total de 267 personas, y para el 2025 se decremento en 46 casos menos.

Por otro lado, con el fin de identificar las personas desde la puerta de entrada de medicina general se establecen, estrategias como fortalecimientos del talento humano o entrega de tips de identificación del riesgo a los médicos en sus valoraciones cotidianas. Para ellos se contó con procesos de formación y entrega de tips o piezas comunicativas.

Gráfica 40 Personas Inscritas a la Ruta de Salud Mental 2020 - 2024



Fuente: Base seguimiento ruta de atención salud mental y spa 2020 a noviembre 2025

En el año 2025 un total a noviembre de 8101 personas de los diferentes cursos de vida asignadas a la Subred. Han sido valorados por psiquiatría un 63% (5076) personas en atenciones primera vez y 7200, por servicios de psicología es decir un 89%. Quienes quedan inscritos en la ruta para programar seguimiento y control a los casos que se identifiquen en mayor riesgo o se deriven de las EAPBS.

Hito 4: Entrenamiento médico en atención primaria en salud mental y epilepsia por medio de la estrategia MhGAP y Valoraciones médicas integrales e identificación del riesgo en salud mental: Dado que el proceso de formación en MhGAP debe estar articulado con la Secretaria de Salud quien en coordinación con el ministerio, avalan y certifican el entrenamiento; para el año 2021 se entrenaron para la Subred Sur un total de 21 profesionales entre médicos generales, enfermeras y algunos psicólogos, a la fecha se cuenta con 16 profesionales más para completar un total de 37. Este Hito no cuenta con meta específica porque depende de la concertación del desarrollo del curso avalado por Ministerio.

Hito 5: Planes de cuidado aplicados para el manejo de los problemas y trastornos y epilepsias, violencias y consumos de SPA, RBC y retorno a la RIA de promoción y mantenimiento. Frente a este hito a partir de la base de seguimiento la cual se alimenta de los RIPS y base de atenciones de salud mental y spa, se toman los pacientes que ingresan por primera vez a la atención por psicología y psiquiatría, dado que en esa consulta se definen el plan de manejo que se le realiza a los pacientes. Para el año 2020 al 100% de los pacientes valorados se les realizó el plan de manejo por psiquiatría es decir 165, por psicología 152; en el 2021, 986 planes psiquiatría y 1253 psicología, en el 2022; 6499 psiquiatría y 9090 por psicología; Para el año 2023 se tienen un tota de planes de manejo por psiquiatría de 2573 y psicología 6873 y en el año 2024 se tiene: por psiquiatría 3933

y por psicología 6715. Para el 2025 se formularon 5076 planes de manejo por psiquiatría y 7200 por psicología.

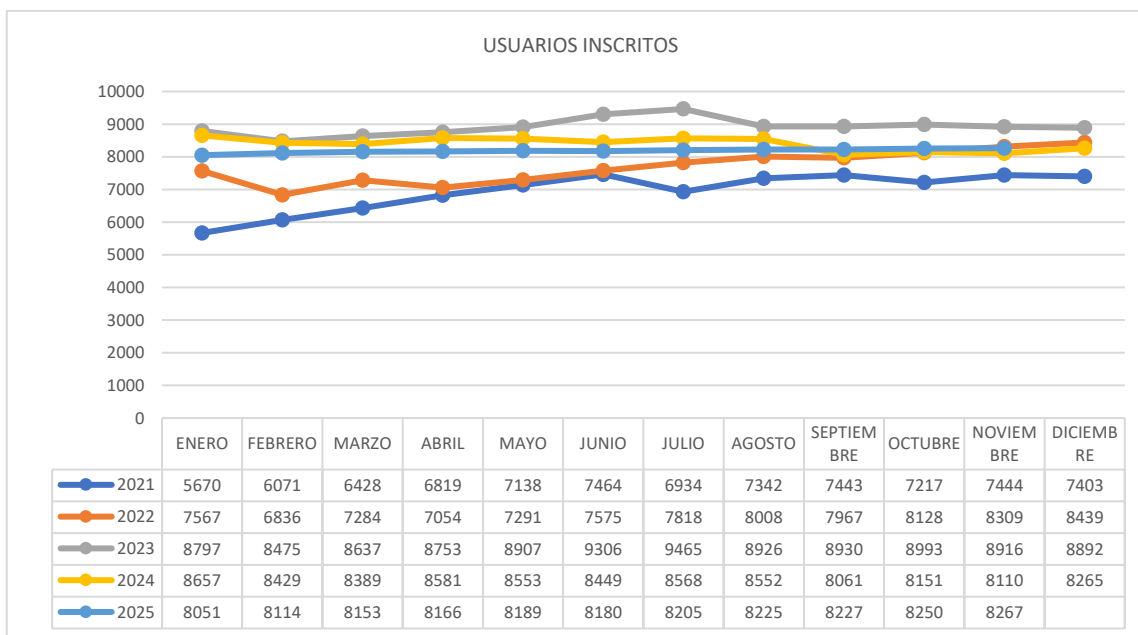
RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS- EVENTO EPOC A NOVIEMBRE 2025

La Ruta de Enfermedades Respiratorias Crónicas inicia su proceso de alistamiento e implementación en el año 2019 si bien comprende enfermedades que afectan el sistema respiratorio de evolución crónica, se priorizó a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, desde entonces se ha fortalecido la atención integral, con un enfoque de riesgo articulado con la ruta de promoción y mantenimiento, manejo multidisciplinario, que involucre al usuario y su familia en la formulación del plan de manejo, generando hábitos y estilos de vida saludable.

Así mismo, se ha fortalecido el conocimiento técnico y fortalecimiento de competencias de los profesionales de la salud en la atención a pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica donde se contempla todas aquellas actividades destinadas al manejo terapéutico farmacológico y no farmacológico del individuo, su rehabilitación enfocada a disminuir la incapacidad y las limitaciones originadas por la enfermedad, el cuidado paliativo y aquellas estrategias preventivas específicas en estos pacientes, y que contribuyan a disminuir la morbilidad, la mortalidad y los costos asociados a las mismas, así como al mejoramiento de la calidad de vida del individuo.

En proceso de implementación de la RIA de Enfermedades Respiratorias Crónicas se ha dado continuidad a la caracterización de la población con diagnóstico o sospecha de EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) en la Subred Integrada de Servicios en Salud Sur E.S.E, en el mes de abril del año 2023 se realizó la búsqueda activa de usuarios con diagnóstico de enfermedad respiratoria crónica (ERC-EPOC) en diferentes fuentes de información tales como en la base datos de la cohorte de usuarios con condiciones crónicas no transmisibles (HTA- DM I-II) de la Dirección de Gestión de Riesgo, egresos hospitalarios y se logró realizar depuración realizada de la base de datos se evidencio pacientes con diagnóstico de EPOC descartado y pacientes fallecidos dando como resultado 8267 pacientes en la base con corte del mes de Noviembre del 2025.

Gráfica 41 Usuarios adscritos a la RIAS Enfermedades Respiratorias Crónicas con diagnostico presuntivo o confirmado para EPOC



Fuente: Base de Cohorte EPOC a Corte Noviembre del 2025 detallado de atenciones a pacientes diagnosticados EPOC-Dinámica Gerencial.

Teniendo en cuenta que se ha logrado identificar el número de usuarios activos en RIAS ERC evento priorizado EPOC. Para el evento EPOC en el último mes ha tenido una variación porcentual como se evidencia en la anterior gráfica, esto depende de la confirmación diagnóstica que se realiza desde la ruta de enfermedades respiratorias crónicas. El análisis descriptivo de la base de datos de RIAS de EPOC de la Subred Integrada de servicios en Salud Sur a corte del mes de Noviembre 2025 encontró que el 89% de la población es mayor de 60 años.

Tabla 130 Distribución de usuarios de base de Cohorte EPOC por localidades

Localidad	Total	%
Usme	3025	37%
Tunjuelito	1221	15%
Ciudad Bolívar	3912	47%
Sumapaz	109	1%
Total, subred	8267	100%

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, implementa las Rutas Integrales de Atención en Salud, las cuales buscan brindar las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención por parte de los agentes del Sistema, con Para el mes de Noviembre 2025 el número de usuarios inscritos a la cohorte presenta con respecto al mes anterior un aumento con una proporción del 6,2% (8267) superando la meta establecida del 5% del Número de personas con evento EPOC

inscritos en las diferentes localidades siendo estas Ciudad Bolívar 47% (3912) , continua con el 37,0% (3025) localidad de Usme, seguida de Tunjuelito con 15% (1221) y finalmente Sumapaz con 1% (109). Teniendo en cuenta los criterios espirométricos para ingresar a la cohorte de EPOC con relación a los años anteriores este aumenta, esto como resultado a la búsqueda activa de usuarios sin espirometría como apoyo Diagnostico para confirmación diagnostica de la EPOC.

La clasificación de la EPOC, está bajo la escala de Gold Clínica identificando el Numero de exacerbaciones en el último año y de acuerdo a la escala de disnea por m MRC, teniendo en cuenta lo anterior, se logró establecer en la historia clínica de crónicos los dos parámetros que permiten clasificar al paciente con enfermedad respiratoria crónica, como se muestra a continuación

Gráfica 42 Clasificación de GOLD Clínica de los pacientes con EPOC



Fuente: Base de datos RIAS EPOC, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur con corte Noviembre 2025.

Tabla 131 Clasificación del paciente con EPOC por localidades:

Localidad	Total	%
Usme	2993	37%
Tunjuelito	1201	15%
Ciudad Bolívar	3855	47%
Sumapaz	108	1%
Total, subred	8157	100%

Fuente: Base de datos RIAS EPOC, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur con corte Noviembre 2025.

De acuerdo a la clasificación clínica de GOLD, mediante la implementación de la nueva Historia Clínica de Crónicos (HC241) a corte enero 2022, se ha logrado aumentar el número de pacientes clasificados de acuerdo a su severidad, pasando de un 7% de pacientes clasificados con corte Diciembre del 2021 a un 98% corte al mes de octubre del 2025, en donde de los 8250 usuarios inscritos en la

cohorte EPOC el 99% (8157) cuentan con clasificación Gold.

ESTRATEGIAS INNOVADORAS MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

A continuación, se relacionan las Estrategias Innovadoras implementadas por la Subred, con el fin de fortalecer la implementación de las rutas como columna vertebral del Modelo:

Tabla 132 Estrategias innovadoras SISS SUR 2020 – 2025

No.	Nombre de la estrategia	Definición	RIAS a las que afecta	Metodología
1	Consultorio Dinamizador	Proceso de gestión integral de riesgo en salud propio de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, en el cual se integran todos los saberes de la entidad para mejorar la atención a las personas, familias y las comunidades y los resultados en salud de nuestros territorios a cargo	Ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud y Rutas de Riesgo	Gestionar la asignación de citas regulares de rutas de Promoción y Mantenimiento de la salud, grupo de riesgo y eventos priorizados. Gestionar el seguimiento y el agendamiento de personas de rutas- cohortes de riesgo de acuerdo con la identificación del riesgo y documentos guía de gestión de riesgo. Realizar mesas operativas para análisis de avances, de acuerdo con los riesgos a abordarse por curso de vida y fortalecimiento de capacidades para el talento humano. Identificación de alertas por no asistencia a citas no adherencia a programas teniendo siempre una comunicación permanente.
2	Médicos Familiares	Estrategia de fortalecimiento de competencias orientada a los equipos básicos de atención ambulatoria y extramural, liderada por médicos familiares.	Ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud y Rutas de Riesgo	Acompañamiento técnico y fortalecimiento de las capacidades a los médicos generales. Gestión integral del riesgo a la población asignada a cada una de las unidades donde se desarrollan sus actividades. Mejoramiento de la pertinencia técnica en la Formulación de medicamentos. Clasificación adecuada de la población en riesgo a través de escalas de riesgo, semiología, resultados de laboratorio, imágenes diagnósticas, cuadros clínicos. Articulación con las cohortes de riesgo para seguimiento nominal y gestión colectiva. Unificación de criterios y asistencias técnicas en el marco del consultorio dinamizador en los servicios asistenciales y equipos extramurales. Apoyo en la gestión de egresos hospitalarios a puertas de entrada a la inscripción a través de atenciones de rutas y gestión de cohortes de riesgo.
3	Cohortes de Riesgo	Bases de datos de usuarios con factores de riesgo y/o riesgos ya materializados	Rutas de Riesgo	Realizar seguimiento con el fin de impactar de manera positiva la salud de la población (mitigando el riesgo) o diagnosticando de manera oportuna el mismo.

No.	Nombre de la estrategia	Definición	RIAS a las que afecta	Metodología
4	Sala Situacional	Espacio de análisis intersectorial y transectorial de aquellas patologías que de acuerdo con el perfil de morbimortalidad requieren de dicho abordaje.	Ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud y Rutas de Riesgo	Análisis intersectorial y transectorial de aquellas patologías que de acuerdo con el perfil de morbimortalidad requieren de dicho abordaje.
5	Fortalecimiento de la plataforma WIKI – Curso Materno Perinatal	Es un espacio virtual que para el caso de la estrategia presenta los contenidos del curso materno perinatal dirigido a profesionales en salud para el fortalecimiento del conocimiento, con información relevante del cuidado de la salud materno y conceptos básicos en el cuidado de la gestación. Su objetivo es desarrollar capacidades y habilidades en el talento humano, encontrando nuevas metodologías y aprendiendo conceptos claves construidos por expertos para contribuir en el proceso de atención a la persona en capacidad de gestar.	Ruta Materno Perinatal	Metodología de aprendizaje virtual dirigida a Profesionales de la salud: Medicina Especializada Ginecólogos- Pediatría, Médicos, Enfermeras y Técnicos en Enfermería, psicología, nutricionista. Metodología: Repositorio de información que se Accede a través del link https://preparacionmaterno.wixsite.com/com desde cualquier equipo Computador, Tablet, Celular. Contiene capítulos y sesiones con las siguientes temáticas: Capítulo 1: Aspectos introductorios Sesión 1: Metodologías para abordar sesiones educativas en el curso de preparación para la maternidad y paternidad. Sesión 2: Enfoque diferencial para abordar sesiones educativas Capítulo 2: Sesiones básicas del curso de maternidad y paternidad. Sesión 1: Cambios y aspectos socio emocionales en la gestión-prevención del suicidio y maltrato. Sesión 2: Atención para el cuidado prenatal. Sesión 3: Abordaje anticoncepción e infecciones de transmisión sexual. Sesión 4: Atención del trabajo de parto y parto Sesión 5: Cuidados en casa para la mujer en posparto. Sesión 6: Cuidados del recién nacido en casa. Capítulo 3: Sesiones transversales del curso de maternidad y paternidad Sesión 1: Lactancia materna como estrategia permanente en el curso de maternidad Sesión 2: Educación para la nutrición. Capítulo 4: Sesiones de apoyo Sesión 1: Yoga prenatal. Sesión 2: Esferodinamia Sesión 3: Reflexología podal holística. Sesión 4: Aromaterapia a través de aceites esenciales. Se evalúa el aprendizaje a través de Pretest y posttest.

No.	Nombre de la estrategia	Definición	RIAS a las que afecta	Metodología
6	Fortalecimiento de Estrategias Comunicativas	Diseño de piezas comunicativas dirigidas a profesionales de la salud y población objeto, como herramienta para explicar y aclarar dudas en todo lo relacionado con la gestación.	Ruta Materno Perinatal	MATERNO PERINATAL: Se cuenta con las siguientes piezas comunicativas: Banner Ruta Materno Perinatal: Pieza digital publicada en la Página Institucional de la Subred Sur, dirigida a los profesionales y población objeto de la ruta con información relevante al cuidado de la salud materno perinatal. Volante y pieza digital de Nutrición: dirigida a la población objeto de la ruta, contiene las recomendaciones nutricionales durante la gestante. Uso: Consulta Externa, Urgencias y Hospitalización, Jornadas de Salud, Ferias de Servicios, Salas de espera, Televisiones Subred Sur, Redes Sociales. Émesis Gestacional: Volante y pieza digital educativa que explica qué es, cómo se controla y cuándo asistir por urgencias. Dirigida a la población objeto de la ruta. Uso: Consulta Externa, Urgencias y Hospitalización, Jornadas de Salud, Ferias de Servicios, Salas de espera, Televisiones Subred Sur, Redes Sociales. Hepatitis B: Volante y pieza Digital Pieza Digital dirigida a profesionales, con información relevante al cuidado de la salud materno perinatal. Contiene definición de la infección, efecto en la gestante, manejo del paciente con prueba reactiva. Uso: Fortalecimiento habilidades y capacidades técnico al Talento humano Alertas Tempranas: Acrílicos instalados en el Hospital Meissen y de manera digital dirigida a profesionales, indicando factores de riesgo en las gestantes. Uso: Fortalecimiento habilidades y capacidades técnico al Talento humano e identificación de Riesgo en la población Sujeto a la Ruta Materno Perinatal. Pieza Messi: Modelo de Excelencia Sin Sífilis, pieza digital dirigida a la población objeto de la ruta. Se indica acerca de la patología infecciosa, la importancia de la adherencia al tratamiento con Penicilina a la gestante y compañero. Uso: población sujeta a la Ruta Materno Perinatal con Riesgo Identificación.

No.	Nombre de la estrategia	Definición	RIAS a las que afecta	Metodología
				Captación Temprana de gestantes: Volante dirigido a la población objeto de la ruta, que indica la importancia del inicio de los controles prenatales de manera oportuna, con el portafolio respectivo de las Unidades a las cuales puede dirigirse la usuaria para iniciar dichos controles. IAMI: Instituciones Amigas de Mujer y la Infancia Integral: Pieza Digital dirigida a profesionales que contiene en qué consiste la estrategia, los diez pasos de la misma. Uso: Fortalecimiento habilidades y capacidades técnico al Talento humano. Lactancia Materna: Pieza Digital y Volante que contiene información frente a las técnicas, importancia y beneficios de la lactancia materna. Uso: Fortalecimiento habilidades y capacidades técnicas al talento humano, IEC, y población Sujeto a la Ruta Materno. Flujograma de Ruta Materno: Pieza Digital dirigida a profesionales que contiene el flujo del paciente en la ruta. Uso: Fortalecimiento habilidades y capacidades técnico al Talento humano. Rotafolio Curso maternidad y Paternidad: Pieza Digital y física dirigida la población objeto de la ruta que contiene la información acerca de los cambios fisiológico en la gestación, signos y síntomas de alarma, hábitos nutricionales durante la gestación, preparación para la lactancia, preparación para el parto y nacimiento humanizado. Rotafolio Sífilis, Pieza Digital y volante físico dirigido la población objeto de la ruta que contiene: definición de la enfermedad, forma de transmisión, complicaciones en el recién nacido, cuando se accede o no al tratamiento, importancia de la adherencia al tratamiento. Uso Consulta Externa, Urgencias y Hospitalización, Jornadas de Salud, Ferias de Servicios. Signos de alarma en la gestación - Pieza Digital y físico dirigida la población objeto de la ruta, que educa frente a los signos de alarma que se deben tener en cuenta para asistir a los servicios de urgencias. Uso: Consulta Externa, Urgencias y Hospitalización, Jornadas de Salud, Ferias de Servicios, Salas de espera, Televisiones Subred Sur, Redes Sociales.

No.	Nombre de la estrategia	Definición	RIAS a las que afecta	Metodología
				Carpeta materno Pieza físico dirigida la población objeto de la ruta, que contiene el CLAP materno e información relevante como signos de alarma en la gestación y una herramienta que le permite a la gestante el orden cronológico de los paraclínicos y demás ayudas diagnósticas realizadas durante el proceso de la gestación. Uso: Gestantes que inician controles prenatales. RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO: 1. Regulación de la fecundidad: Su objetivo es dar línea técnica a los profesionales sobre criterios de elegibilidad, frecuencias de uso y priorización de seguimientos. 2. Escalas de valoración curso de vida vejez: Se socializan las escalas que deben ser aplicadas en las diferentes consultas de valoración por momento de vida y sus respectivas generalidades y gestión de las mismas. 3. Escalas de valoración cursos de vida infancia y primera infancia: Se prioriza la socialización de escalas de: Escala abreviada del desarrollo, cuestionario vale, Apgar familiar. El objetivo de dicha pieza es la interpretación de resultados y conducta a seguir. 4. Prevención Cáncer de Mama y Cérvix: la pieza se orienta frente a población objeto, frecuencias de pruebas de tamizaje y conformación de casos. 5. Prescripción segura de micronutrientes y desparasitantes: Se fortalece en el talento humano la formulación, criterios y pertinencia de micronutrientes en primera infancia.
7	Socialización de indicadores trazadores por RIA y por centro de salud	Contar con un proceso de fortalecimiento en la medición que permita evaluar la articulación en red, el impacto en salud de la población y la socialización de los mismos al interior de cada unidad en el marco de las RIAS.,	Ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud y Rutas de Riesgo	En el marco del Modelo de prestación de Servicios de Salud, el cual prioriza a implementación de las RIAS, y su medición que permita medir el impacto de las acciones, en trabajo conjunto con las Subgerencia de Prestación de Servicios, Direcciones asistenciales, Oficina de Gestión de la Información se priorizan los indicadores trazadores por Ruta de atención, los cuales deberán ser evaluados por Unidad de Servicio; dicho tablero permite una análisis y toma de acciones frente a los resultados obtenidos por cada unidad de servicios con el fin de impactar de manera positiva la salud de la población de afluencia de la Subred: A continuación se relacionan los 26 Indicadores priorizados:

No.	Nombre de la estrategia	Definición	RIAS a las que afecta	Metodología
				1. Población asignada por unidad. 2. Población adscrita por unidad. 3. Población inscrita a ruta de promoción y mantenimiento. 4. Número de gestantes por unidad. 5. Gestantes con clasificación del riesgo. 6. Número de casos de sífilis gestacional. 7. Gestantes con tratamiento completo para sífilis gestacional. 8. Compañeros de gestantes con sífilis gestacional con tratamiento completo. 9. Número de gestantes captadas antes de la semana 10. 10. Número de gestantes captadas antes de la semana 12. 11. Número de usuarios diagnosticados con Hipertensión arterial. 12. Número de usuarios diagnosticados con diabetes mellitus. 13. Número de pacientes con hipertensión arterial controlados. 14. Número de pacientes con diabetes mellitus controlados. 15. Número de usuarios tamizados para Cáncer de cuello de útero. 16. Número de usuarios tamizados para cáncer de próstata. 17. Número de usuarios tamizados para cáncer de mama. 18. Número de usuarios tamizados para cáncer de cuello de colon. 19. Número de usuarios para cáncer de cuello de útero. 20. Número de usuarios para cáncer de próstata. 21. Número de usuarios para cáncer de mama. 22. Número de usuarios para cáncer de colon. 23. Número de niños menores de 5 años con desnutrición aguda 24. Número de usuarios diagnosticados con enfermedad de salud mental. 25. Número de usuarios diagnosticados con EPOC. 26. Número de pacientes diagnosticados con artritis.

Fuente: Informe seguimiento SISS 2020 - 2025

Específicos del trimestre que se reporta por cada una de las estrategias

Dentro del Modelo de Prestación de Servicios de las Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE, se formula la estrategia del Consultorio Dinamizador. Esta es una estrategia:

Ilustración 20 Modelo de Prestación de Servicios de Salud Sur ESE



Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur

Acciones:

- Gestionar la asignación de citas regulares de rutas de Promoción y Mantenimiento de la Salud, grupo de riesgo y eventos priorizados.
- Gestionar el seguimiento y el agendamiento de personas de rutas y de cohortes de riesgo de acuerdo con la identificación del riesgo y documentos guía de gestión de riesgo.
- Realizar mesas operativas para análisis de avances, de acuerdo con los riesgos a abordarse por curso de vida y fortalecimiento de capacidades para el talento humano.
- Identificación de alertas por no asistencia a citas, no adherencia a programas teniendo siempre una comunicación permanente.

Es importante tener en cuenta que desde los centros de salud y en el marco de la estrategia del consultorio se cuenta con personal que apoya también los seguimientos a cohortes de riesgo y acciones de demanda inducida, quienes para este trimestre logran un total de 86.987 seguimientos efectivos (contacto con usuarios, asignación de citas y gestiones administrativas).

Se continua con la entrega de bases de datos por Unidad de Servicio a eventos específicos de tamizaje (cáncer de cuello de útero, mama, próstata y colón), para ser priorizados por el equipo para el respectivo seguimiento, mejorando la tamización en un 44%, aumentando 8 puntos porcentuales con respecto al primer trimestre, esto asociado al personal exclusivo encargado de realizar seguimientos.

Dentro de las cohortes priorizadas para este trimestre se encuentra la de pacientes con riesgo cardiovascular y metabólico (hipertensión arterial y diabetes mellitus), priorizando usuarios no controlados e inasistentes, logrando 21478 seguimientos efectivos lo que impacta de manera positiva los indicadores de pacientes controlados y la adherencia a la ruta.

1. Médicos familiares

La Subred Sur decidió crear una estrategia de fortalecimiento de competencias orientada a los equipos básicos de atención ambulatoria y extramural, liderada por médicos familiares.

Dentro de las funciones de los médicos familiares se encuentran:

- Acompañamiento técnico y fortalecimiento de las capacidades a los médicos generales.
- Gestión integral del riesgo a la población asignada a cada una de las unidades donde se desarrollan sus actividades.
- Mejoramiento de la pertinencia técnica en la Formulación de medicamentos.
- Clasificación adecuada de la población en riesgo a través de escalas de riesgo, semiología, resultados de laboratorio, imágenes diagnósticas, cuadros clínicos.
- Articulación con las cohortes de riesgo para seguimiento nominal y gestión colectiva.
- Unificación de criterios y asistencias técnicas en el marco del consultorio dinamizador en los servicios asistenciales y equipos extramurales.
- Apoyo en la gestión de egresos hospitalarios a puertas de entrada a la inscripción a través de atenciones de rutas y gestión de cohortes de riesgo.

2. Cohortes de Riesgo:

La Subred Integrada de Servicios de Salud ESE, priorizo el seguimiento a cohortes de riesgo, las cuales buscan identificar a personas con presencia de un factor de riesgo o riesgo ya materializado, realizar seguimiento con el fin de impactar de manera positiva la salud de la población (mitigando el riesgo) o diagnosticando de manera oportuna el mismo, logrando adherencia al tratamiento y reduciendo complicaciones.

La Subred cuenta con las siguientes cohortes de riesgo:

- Cáncer.
- crónicos.
- Salud Mental.
- Gestantes.
- Niños y niñas con alteraciones nutricionales.
- Artritis.

4. Sala situacional

Permite el análisis intersectorial y transectorial de aquellas patologías que de acuerdo con el perfil de morbilidad requieren de dicho abordaje, con análisis de datos y toma de decisiones que permita mejorar la prestación de los servicios de salud a la población.

Desde su implementación se han priorizado en sala situacional las siguientes RIAS y/o temas:

1. COVID
2. RIA Cardio cerebro vascular y metabólica y RIA de Enfermedades Respiratorias y EPOC.
3. RIA Alteraciones Nutricionales.
4. RIA Materno Perinatal.

5. Fortalecimiento de la plataforma WIKI

Es un espacio virtual que para el caso de la estrategia presenta los contenidos del curso materno perinatal dirigido a profesionales en salud para el fortalecimiento del conocimiento, con información relevante del cuidado de la salud materno y conceptos básicos en el cuidado de la gestación.

Su objetivo es desarrollar capacidades y habilidades en el talento humano, encontrando nuevas metodologías y aprendiendo conceptos claves construidos por expertos para contribuir en el proceso de atención a la persona en capacidad de gestar.

6. Fortalecimiento de Estrategias Comunicativas

Se diseñan y difunden las piezas comunicativas:

- RIAS Materno Perinatal: Banner de la ruta: Pieza digital publicada en la plataforma institucional de la Subred Sur, Emesis gestacional, Rotafolio curso de preparación para la maternidad y la paternidad, Signos de alarma en la gestación, piezas digitales y en físico dirigidas a la población objeto de la ruta con información relevante al cuidado de la salud materno; Flujograma de la Ruta, Hepatitis B, IAMII: Instituciones Amigas de Mujer y la Infancia Integral: piezas digitales dirigidas a profesionales de la salud; carpeta materno: pieza en físico dirigida la población objeto de la ruta.
- RIAS Población en Riesgo o Presencia de Alteraciones Nutricionales: volante y pieza digital dirigida a la población objeto de la ruta.
- RIAS Población con Riesgo o Infecciones: pieza Messi- Modelo de Excelencia Sin Sífilis, rotafolio Sífilis, piezas digitales (y en físico el rotafolio) dirigida a la población objeto de la ruta.
- Alertas Tempranas- Acrílicos instalados en el Hospital Meissen.

Pieza Messi- Modelo de Excelencia Sin Sífilis, pieza digital dirigida a la población objeto de la ruta, tratamiento Penicilina.

1. Captación Temprana-Volante dirigida a la población objeto de la ruta.
2. IAMII: Instituciones Amigas de Mujer y la Infancia Integral – Pieza Digital dirigida a profesionales.
3. Flujograma de Ruta Materno - Pieza Digital dirigida a profesionales
4. Rotafolio Curso maternidad y Paternidad-Pieza Digital y físico dirigida la población objeto de la ruta.
5. Rotafolio Sífilis-Pieza Digital y físico dirigida la población objeto de la ruta.
6. Signos de alarma en la gestación-Pieza Digital y físico dirigida la población objeto de la ruta.
7. Carpeta materno- Pieza físico-dirigida la población objeto de la ruta.

Socialización de indicadores trazadores por RIA y por centro de salud: Contar con un proceso de fortalecimiento en la medición que permita evaluar la articulación en red, el impacto en salud de la población y la socialización de los mismos al interior de cada unidad en el marzo de las RIAS.

En el marco del Modelo de prestación de Servicios de Salud, el cual prioriza a implementación de las RIAS, y su medición que permita medir el impacto de las acciones, en trabajo conjunto con las Subgerencia de Prestación de Servicios, Direcciones asistenciales, Oficina de Gestión de la Información se priorizan los

indicadores trazadores por Ruta de atención, los cuales deberán ser evaluados por Unidad de Servicio; dicho tablero permite una análisis y toma de acciones frente a los resultados obtenidos por cada unidad de servicios con el fin de impactar de manera positiva la salud de la población de afluencia de la Subred:

A continuación, se relacionan los 26 Indicadores priorizados:

1. Población asignada por unidad.
2. Población adscrita por unidad.
3. Población inscrita a ruta de promoción y mantenimiento.
4. Número de gestantes por unidad.
5. Gestantes con clasificación del riesgo.
6. Número de casos de sífilis gestacional.
7. Gestantes con tratamiento completo para sífilis gestacional.
8. Compañeros de gestantes con sífilis gestacional con tratamiento completo.
9. Número de gestantes captadas antes de la semana 10.
10. Número de gestantes captadas antes de la semana 12.
11. Número de usuarios diagnosticados con Hipertensión arterial.
12. Número de usuarios diagnosticados con diabetes mellitus.
13. Número de pacientes con hipertensión arterial controlados.
14. Número de pacientes con diabetes mellitus controlados.
15. Número de usuarios tamizados para Cáncer de cuello de útero.
16. Número de usuarios tamizados para cáncer de próstata.
17. Número de usuarios tamizados para cáncer de mama.
18. Número de usuarios tamizados para cáncer de cuello de colon.
19. Número de usuarios para cáncer de cuello de útero.
20. Número de usuarios para cáncer de próstata.
21. Número de usuarios para cáncer de mama.
22. Número de usuarios para cáncer de colon.
23. Número de niños menores de 5 años con desnutrición aguda
24. Número de usuarios diagnosticados con enfermedad de salud mental.
25. Número de usuarios diagnosticados con EPOC.
26. Número de pacientes diagnosticados con artritis.

RUTA DE ALTERACIONES NUTRICIONALES

La Ruta de Alteraciones Nutricionales tiene como objetivo estandarizar los procesos en el marco del Lineamiento para la Atención Integral a la Desnutrición, el manejo de la Obesidad y el Exceso de Peso, y la Anemia Nutricional en niños y niñas menores de 5 años. Esta ruta busca fortalecer el trabajo de los equipos profesionales de salud en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, quienes

se encargan de la identificación y recuperación nutricional de los niños y niñas con riesgo de desnutrición aguda, así como de desnutrición aguda moderada y severa.

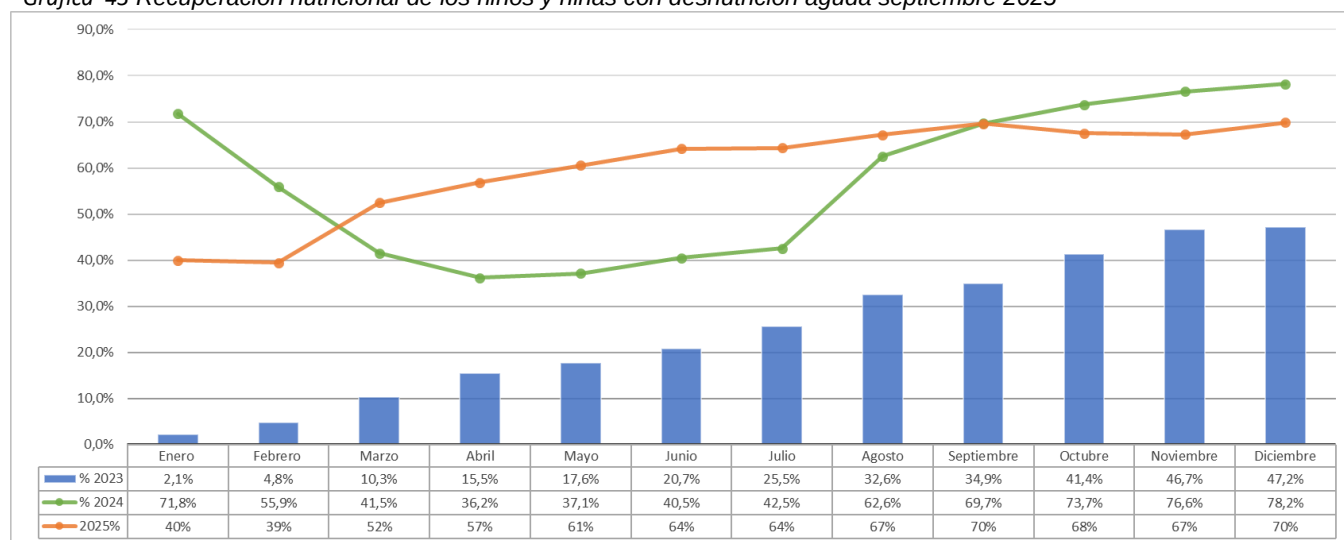
Esto se logra mediante acciones coordinadas entre los equipos del Plan de Intervenciones Colectivas en Salud Pública y el Plan Obligatorio de Salud.

Para abordar la desnutrición, se implementa la estrategia de la Clínica de Recuperación Nutricional, que atiende los casos notificados desde las diversas unidades de atención. En cuanto al riesgo de desnutrición, se ha fortalecido el abordaje y seguimiento a través del Consultorio Dinamizador, con el objetivo de prevenir la progresión hacia la desnutrición y cumplir con la Circular 014 de 2023 de la Secretaría de Salud.

Resultados de los indicadores a diciembre 2025

Durante el cierre de diciembre de 2025, el indicador de recuperación nutricional alcanzó un 70 %, superando la meta distrital del 60 %. Este resultado evidencia la efectividad de la estrategia de seguimiento individual y las atenciones periódicas brindadas a niños y niñas a través de la Ruta de Alteraciones Nutricionales y la Clínica de Recuperación Nutricional, en concordancia con los lineamientos establecidos en la Resolución 2350 de 2020. El comportamiento favorable del indicador refleja la consolidación del modelo de atención y el fortalecimiento del trabajo articulado entre los equipos asistenciales y administrativos.

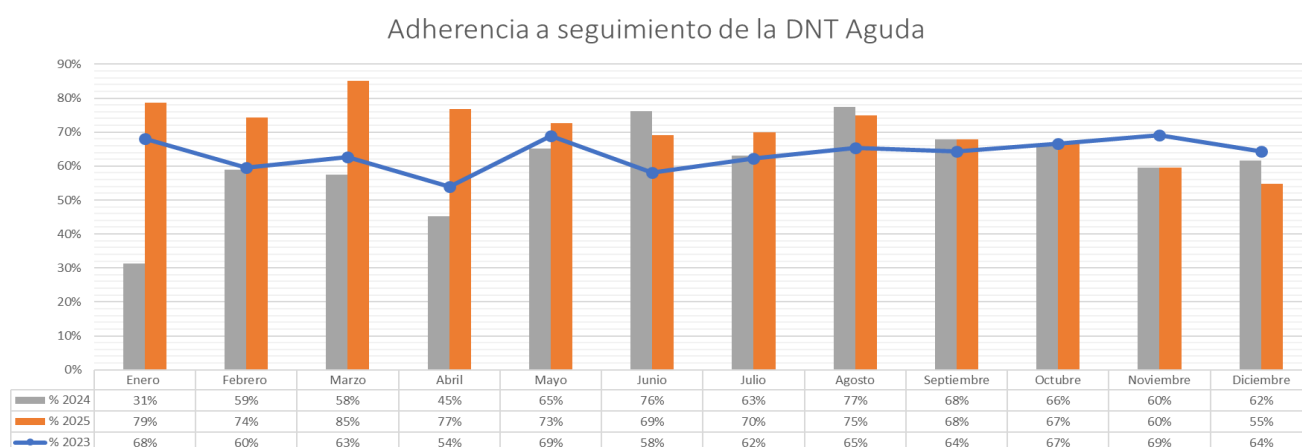
Gráfica 43 Recuperación nutricional de los niños y niñas con desnutrición aguda septiembre 2025



Fuente: seguimiento cohorte desnutrición Subred Sur 2024- 2025

En relación con la adherencia a los seguimientos, el indicador cerró el mes en 55 %, presentando un descenso asociado principalmente a la inasistencia a consultas programadas durante el mes de diciembre. Este comportamiento se considera esperado en el marco del periodo vacacional; no obstante, se identifican acciones de mejora orientadas a fortalecer la confirmación de agendas, el contacto oportuno con las familias y la reprogramación temprana de las atenciones para el inicio del año 2026.

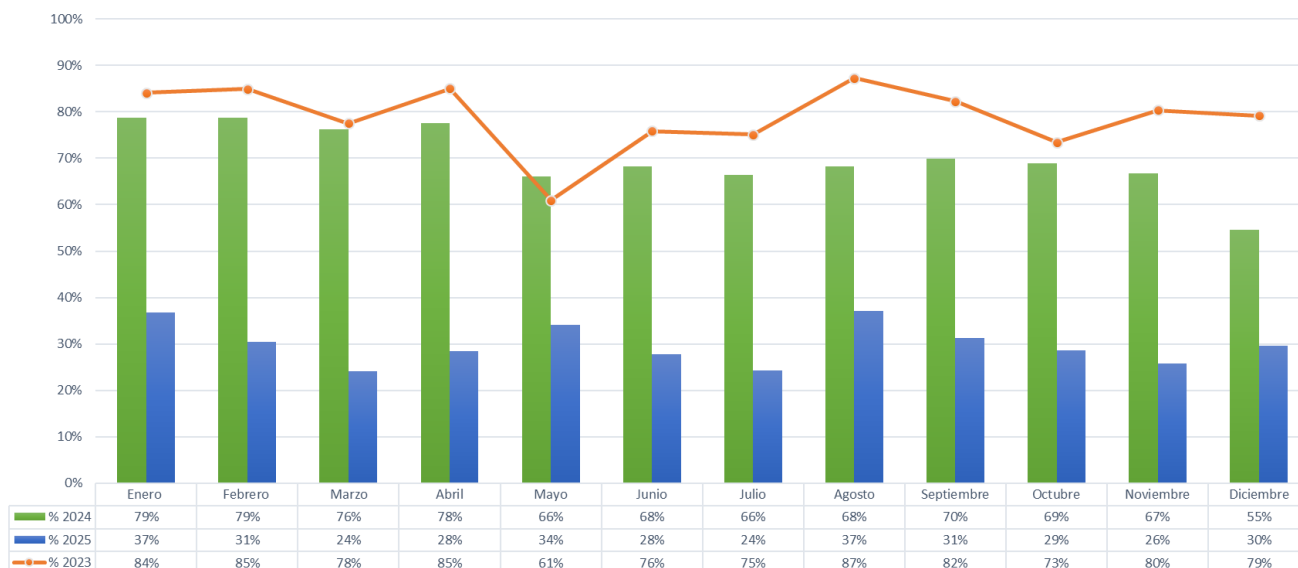
Gráfica 44. Adherencia a la Ruta de Alteraciones Nutricionales en Pacientes con Desnutrición Aguda 2023-2025



Fuente: seguimiento cohorte desnutrición Subred Sur 2024-2025

Respecto a la inscripción a la Ruta de Alteraciones Nutricionales, el indicador cerró el año con un 30 %. Si bien este indicador no cuenta con una meta definida, su análisis permite identificar oportunidades de mejora relacionadas con la captación temprana, el ingreso oportuno y el seguimiento continuo de los casos de alteraciones nutricionales en los diferentes cursos de vida, fortaleciendo así la oportunidad y continuidad de la atención.

Gráfica 45 Inscripción a la Ruta de Alteraciones Nutricionales: Comparación Año 2023 con 2025



Fuente: seguimiento cohorte Alteraciones nutricionales Subred Sur 2024- 2025

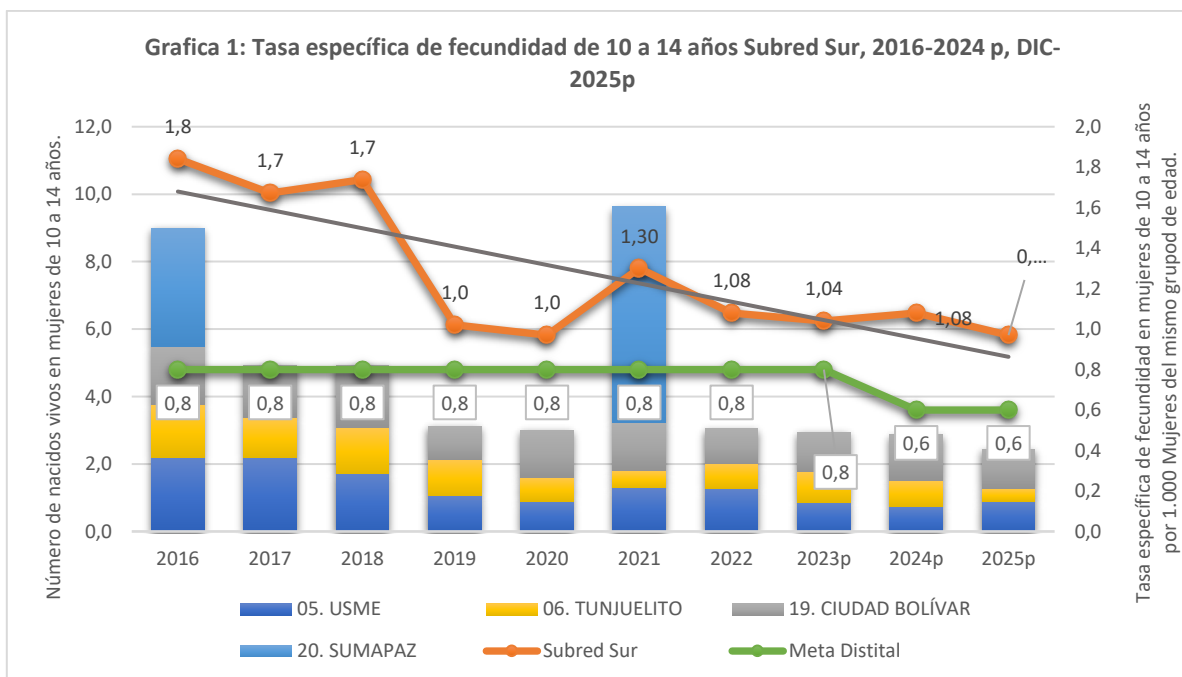
INDICADORES TRAZADORES

FECUNDIDAD EN MUJERES DE 10 A 14 AÑOS

Acuerdo 927 de 2024 Concejo de Bogotá, D.C. Por medio del cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas del Distrito Capital 2024-2027 “Bogotá Camina Segura” Metas estratégicas del Plan Distrital de Desarrollo, Objetivo 2. “Bogotá confía en su Bien-estar” META No 38 “Tasa Específica de Fecundidad en mujeres menores de 14 años”, “Mantener la Tasa Específica de Fecundidad en mujeres menores de 14 años en 0,6 por 1000 mujeres de 10 a 14 años. (< 0,6)

La fecundidad en mujeres de 10 a 14 años en la Subred Sur durante los últimos años (2016-2023p) presenta una reducción pasando de una tasa específica de fecundidad (TEF) de 1,6 por 1.000 NV en mujeres de la misma edad en el año 2015 (n=94), a tasa de 1,08 por 1.000 NV en mujeres de la misma edad en 2022 (n=48). Sin embargo, en el año 2021 se observa un aumento en la (TEF) de 1,3 por 1.000 NV en mujeres de la misma edad (n=58), en comparación con los años 2019 y 2020 donde la tasa fue de 1,0 por 1.000 NV en mujeres de la misma edad.

Gráfica 46 Tasa específica de fecundidad 10 a 14 años Subred Sur 2016 – 2025p



Fuente: 2015-2025: SDS- RUAF_ND, datos PRELIMINARES. DICIEMBRE 2025 - Fuente 2025: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos preliminares

Con corte al mes de DICIEMBRE 2025 la tasa específica de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años fue de 0,97 (n=42) por cada 1.000 mujeres de la misma edad; en comparación con el resultado del mismo periodo del año 2024 fue de 1,08 (n=47) el indicador se reduce en un 9,94%. Se identifica que el 64,29% de los casos residen en la localidad de Ciudad Bolívar, y el 30,95% para Usme y Tunjuelito 4,76%.

Con relación a la edad de las niñas y adolescentes, el 76,19% (n=32) tenían 14 años y el 19,05% (n=8) tenía 13 años y el 4,76% (n=2) 12 años.

En cuanto al régimen de afiliación, el régimen subsidiado el 47,62% (n=20), el régimen contributivo aporta el 45,24% (n=19), y no asegurado el 7,14% (n=3), Los embarazos en adolescentes de 10 a 14 años se presenta el 14,28% (n=6), casos en población de documento extranjero.

A corte de DICIEMBRE de 2025, la tasa específica de fecundidad de 10 a 14 años para la Subred Sur fue de 0,97 (n=42) por 1.000 NV mujeres de la misma edad, en comparación con el año 2024 se presentaron 5 casos menos (n=47).

A corte de DICIEMBRE de 2025, se presenta una asignación Capital Salud – PGP con una tasa de 0,48 por 1.000 NV en mujeres de 10 a 14 años (n=4), en

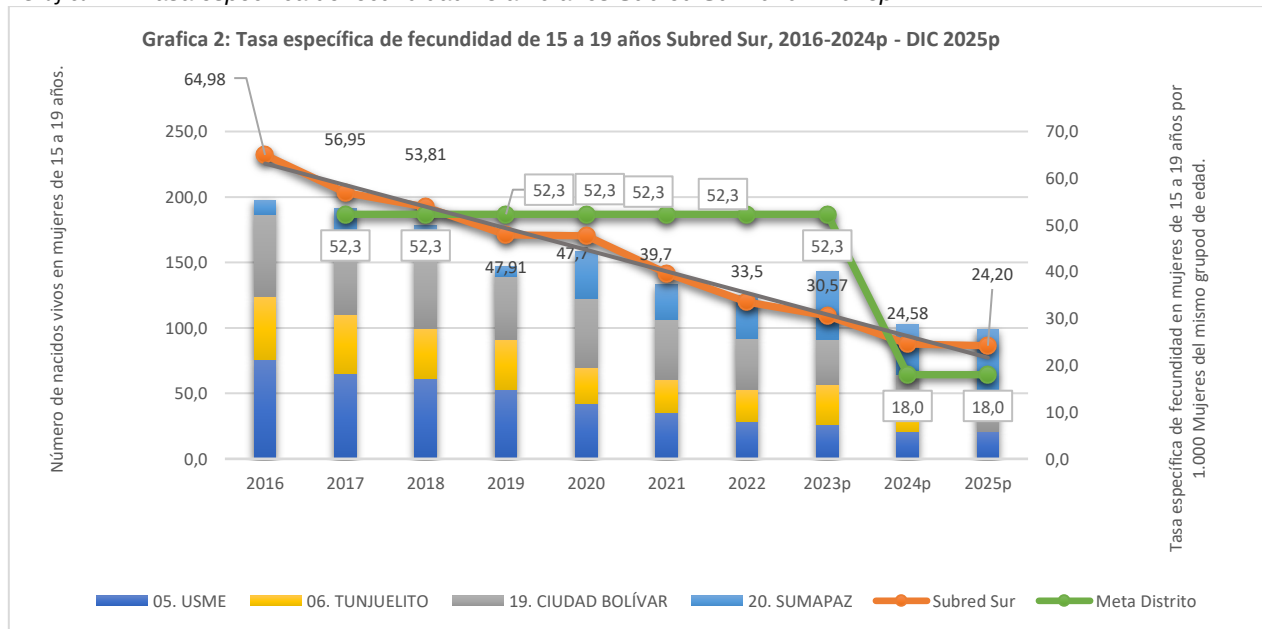
comparación con el año 2024 se presentaron (n=7) con una tasa de 0,80 por 1.000 NV en mujeres de la misma edad.

FECUNDIDAD EN MUJERES DE 15 A 19 AÑOS

Acuerdo 927 de 2024 Concejo de Bogotá, D.C. Por medio del cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas del Distrito Capital 2024-2027 “Bogotá Camina Segura” Metas estratégicas del Plan Distrital de Desarrollo, Objetivo 2. “Bogotá confía en su Bien-estar” META No 39 “Tasa Específica de Fecundidad en mujeres de 15 a 19 años”, “Reducir la Tasa Específica de Fecundidad en mujeres de 15 - 19 años a 18 por 1000 mujeres adolescentes de este grupo de edad. (18,0)

La fecundidad en mujeres de 15 a 19 años en la Subred Sur durante los últimos ocho años (2016-2023p) presenta una reducción, pasando de una tasa específica de fecundidad (TEF) de 64,98 (n=3785) por 1.000 NV en mujeres de la misma edad en 2016, a una tasa de 33,33 (n=1.549) por 1.000 NV en mujeres de la misma edad en 2022, desde el año 2019 se logró estar por debajo de la meta distrital trazada en 52,3 por 1.000 NV en mujeres de la misma edad.

Gráfica 47. Tasa específica de fecundidad 15 a 19 años Subred Sur 2016 – 2025p



Fuente: 2016-2025: SDS- RUAF_ND, datos PRELIMINARES a DICIEMBRE 2025 - Fuente 2025: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

A corte de DICIEMBRE de 2025 en la Subred Sur se han presentado 1070 casos con una (TEF=24,20), comparado con el mismo periodo del año 2024 se observa una reducción del indicador de 1,54% (TEF=24,58) y una reducción de 29 en el número de casos. Se identifica que, de acuerdo con el lugar de residencia, los casos se distribuyen de la siguiente forma: Localidad Ciudad Bolívar aporta el 60,19% (n=644), Usme aporta 29,72% (n=318), Tunjuelito aporta el 9,35% (n=100) y Sumapaz aporta el 0,75% (n=8). Los embarazos en adolescentes de 15 a 19 años en población con documento extranjero corresponden al 18,41% (n=197).

En relación con la edad de las adolescentes, el 32,71% (n=350) corresponde a 19 años, seguido de los 18 años con el 23,83% (n=255), con 17 años el 21,03% (n=225), el 12,80% (n=137) para las adolescentes de 16 años y con edad de 15 años el 9,63% (n=103).

Con relación al tipo de afiliación al SGSSS, el régimen de salud Subsidiado aporta el 54,67% (n=585), el régimen Contributivo aporta el 34,49% (n=369), no asegurado con el 9,53% (n=102) y el régimen de excepción 1,21% (n=13) y especial 1.

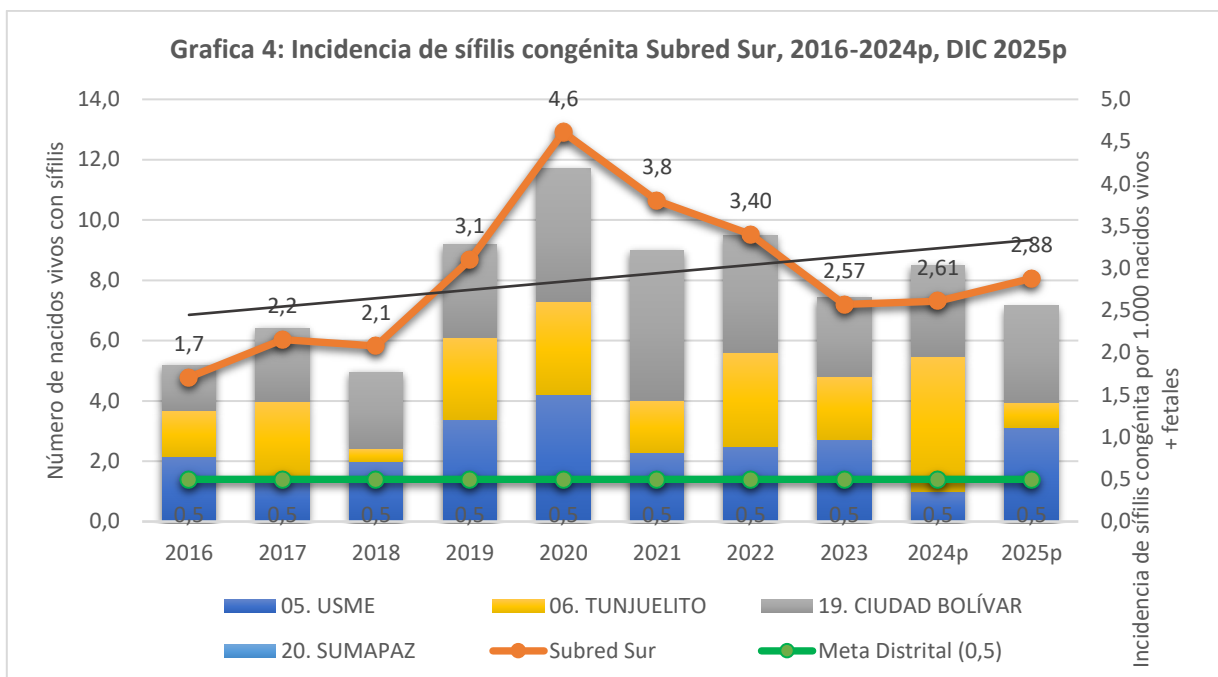
A corte de DICIEMBRE 2025, la tasa específica de fecundidad de 15 a 19 años, para la subred Sur fue de 24,20 por 1.000 NV en mujeres de la misma edad (n=1070), en comparación con el año 2024 se observa una reducción del indicador de 1,54% (TEF=24,58) y una reducción de 29 en el número de casos

Es importante aclarar que el indicador corresponde a la base pgp enviada para el mes correspondiente, a corte de DICIEMBRE de 2025, se presenta una asignación Capital Salud – PGP con una tasa de 22,04 por 1.000 NV en mujeres de 15 a 19 años (n=191), en comparación con el año 2024, se presentaron 29 casos menos en mujeres asignadas de la misma edad.

SÍFILIS CONGÉNITA

La sífilis congénita en la Subred Sur durante los últimos ocho años (2016-2022p) presenta una tendencia lineal de aumento pasando de una incidencia de 1,7 por 1.000 NV+Fetales (n=31) en 2016 a 3,4 por 1.000 NV+Fetales (n=41) en 2022.

Gráfica 48 Incidencia de sífilis congénita Subred Sur



Fuente: 2016-2025: SDS- RUAF_ND, datos PRELIMINARES. Ajustado DICIEMBRE 2025 - Fuente 2025: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

Con corte al mes de DICIEMBRE 2025, en la Subred Sur se han presentado 28 casos de sífilis congénita, de acuerdo con el lugar de residencia, Ciudad Bolívar presenta una incidencia de 3,20 (n=18), Usme 3,13 (n=9), la localidad de Tunjuelito 0,83 (n=1) y Sumapaz no presentan casos (n=0), La incidencia de sífilis congénita para la subred fue del 2,88 (n=28) por 1.000 NV+Fetales, en comparación con el mismo periodo del año 2024 (n=27) con una incidencia de 2,61 presentando 1 caso más y un aumento en la incidencia de 10,19%.

Con respecto al origen de las madres corresponde el 25% (n=7) la población migrante, Respecto al régimen de seguridad social, la población del régimen subsidiado el 60,71% (n=17), no asegurado con el 25,00% (n=7) y contributiva aporta el 14,29% (n=4).

De los 28 casos presentados a DICIEMBRE de 2025, se realizó seguimiento efectivo al 64% (n=18), de los cuales (n=14) corresponde a casos de población colombiana y 4 a venezolana, al realizar los seguimientos se encontró que el 18% (n=5) se clasificaron como fallidos, (n=5) colombianas y (n=0) venezolanas, el 14% corresponde a pendientes (n=4), que corresponde a población colombiana 2 y venezolana 2, y 1 sin información venezolana.

En relación con la asignación PGP Capital Salud, a corte DICIEMBRE 2025, se presentó una asignación de 7,46 (n=10), para el periodo de año 2024 se presentó 4

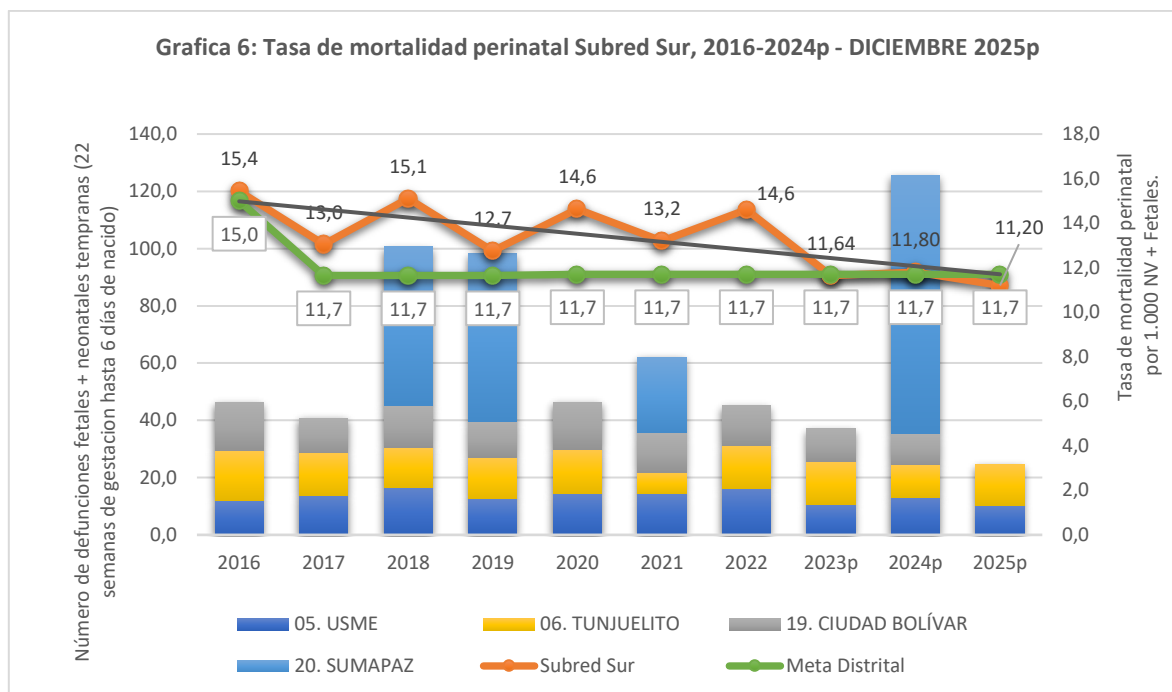
Con respecto a la ocurrencia de los casos se presentaron el 67,85% (n=19), dentro de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, de estas 6 es población venezolana y 13 corresponden a colombianas, fuera de la subred el 32,14% (n=9) de estas 8 colombianas y 1 son población venezolana.

MORTALIDAD PERINATAL

La mortalidad perinatal en la Subred Sur durante los últimos ocho años (2016-2023p) presenta un comportamiento irregular, con una línea de tendencia a la disminución, en los años 2017 y 2019 presenta tasas de 13 y 12,7 respectivamente, sin embargo, se presentan picos en los años 2018 y 2020 con tasas de 15,1 y 14,6 por 1.000 nacidos vivos más muertes fetales (NV+Fetales) y en el año 2019, 203 casos llegando a una tasa de 12,7 por 1.000 NV+Fetales, año en el que se registró aproximación a la meta Distrital trazada en 11,7 por 1.000 NV+Fetales. Para el año 2020p se presenta la tercera tasa más baja con relación a los últimos años llegando a 14,6 (n=222) casos. Para el 2021p se registraron 175 mortalidades perinatales con una tasa de 14,7 superando la meta Distrital y en el año 2022 en la Subred Sur se han presentado 207 casos de mortalidad perinatal, con una tasa de 17,01 por 1.000 nacidos vivos más muertes fetales.

Gráfica 49 Tasa de mortalidad perinatal Subred Sur 2016 – 2025p

Grafica 6: Tasa de mortalidad perinatal Subred Sur, 2016-2024p - DICIEMBRE 2025p



Fuente: 2016-2025: SDS- RUAF_ND, datos PRELIMINAR Ajustado DICIEMBRE 2025

De acuerdo con el lugar de residencia, Ciudad Bolívar aporta el 56,88% (n=62), Usme el 27,52% (n=30), Tunjuelito aporta un porcentaje 15,60% (n=17), la subred sur presenta una tasa de 11,20 (n=109) En comparación con el mismo periodo del 2024 se presentaron 13 casos menos (n=122) con una tasa de 11,81 por 1.000 NV+ Fetales y una reducción en el indicador del 5,20%.

Respecto al régimen de seguridad social el régimen contributivo aporta el 55,05% (n=60), el régimen subsidiado aporta el 33,94% (n=37), el no asegurado el 5,50% (n=6) y sin información 5,50% (n=5). De los 109 casos de mortalidad perinatal a DICIEMBRE 2025, el 11,01% (n=12) es población migrante venezolana y se reporta 1 casos de población diferencial Negro, Mulato, Afrodescendiente.

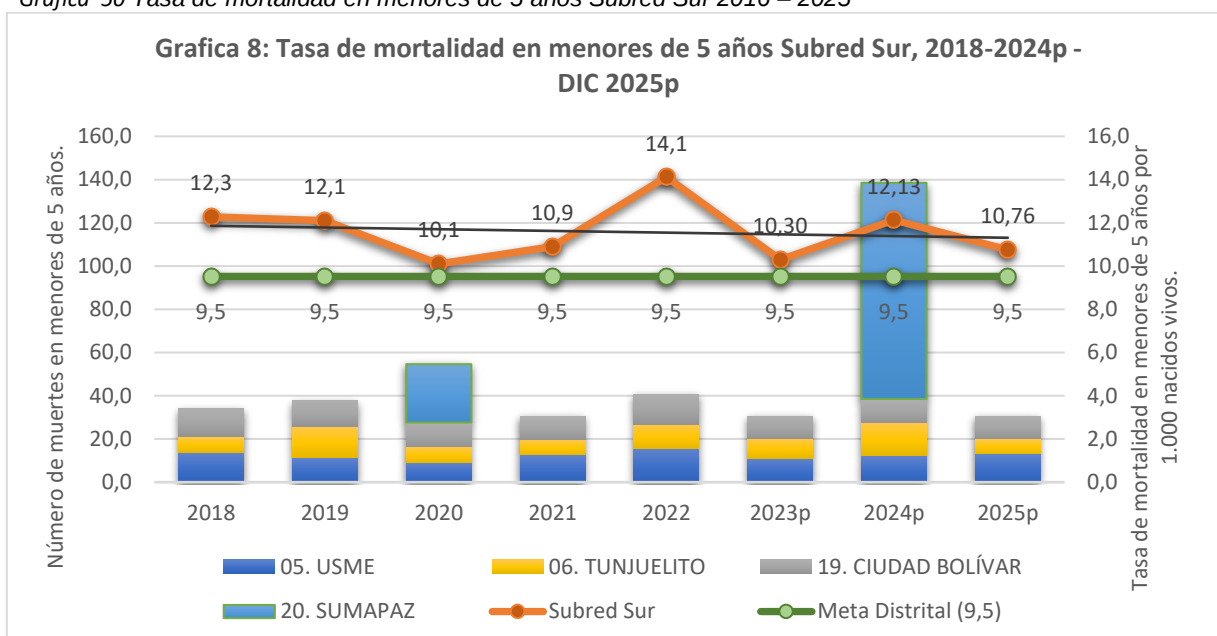
MORTALIDAD POR IRA EN MENORES DE 5 AÑOS

La mortalidad en menores de 5 años en la Subred Sur muestra una tendencia fluctuante, más que una disminución sostenida, durante el periodo 2018–2025p. Aunque en 2020 se alcanzó la tasa más baja del periodo reciente (10,1 por 1.000 NV), esta reducción no se mantuvo, observándose incrementos posteriores en 2021 (10,9) y especialmente en 2022, donde la tasa ascendió a 14,1 por 1.000 NV, el valor más alto reportado. Para 2023p se evidencia nuevamente una disminución

(10,3), pero en 2024p la tasa vuelve a superar la meta distrital, alcanzando 12,13 por 1.000 NV. La proyección para 2025p estima un incremento adicional hasta 15,2 por 1.000 NV, lo cual indica un deterioro significativo en el comportamiento reciente del indicador.

A pesar de que algunos años registran mejoras puntuales, ninguno logra cumplir con la meta distrital establecida en 9,5 por 1.000 NV, lo que sugiere la persistencia de factores de riesgo estructurales y la necesidad de fortalecer las acciones de prevención y atención integral en el territorio, especialmente en localidades como Usme y Ciudad Bolívar, que muestran los mayores aportes a la tasa global del territorio.

Gráfica 50 Tasa de mortalidad en menores de 5 años Subred Sur 2016 – 2025



Fuente: 2016-2025: SDS- RUAF_ND, datos PRELIMINARES. Ajustado DICIEMBRE 2025 - Fuente 2024: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES

Con corte al mes de DICIEMBRE 2025, se han presentado 104 casos de mortalidad en menores de 5 años de acuerdo con el lugar de residencia, la tasa de mortalidad en este grupo de edad en la localidad Usme es 13,29 (n=38) por 1.000 NV, de Tunjuelito con tasa de 6,71 (n=8), Ciudad Bolívar 10,40 (n=58) por 1.000 NV, sin casos en Sumapaz con una tasa de 0. La tasa de mortalidad en menor de 5 años, para la subred sur fue de 10,76 por 1.000NV (n=104), en comparación con el mismo periodo del año 2024 se presentaron 124 casos con una reducción en la tasa de 11,26%.

Con relación a los casos de madres con documento extranjero corresponde al 5,76% (n=6) Respecto al régimen de afiliación al sistema general de seguridad social en salud, el 45,83% (n=44) de los casos pertenecen al régimen contributivo, el 43,75% (n=42) subsidiado, 2 no asegurado y 8 sin dato.

Del total de casos presentados, 2 reportan pertenencia étnica negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente y los demás corresponden a población general. El comportamiento de la mortalidad en menores de 5 años en Capital Salud PGP muestra una mejoría para el 2025 una tasa de 7,65 (n=11) casos que comparado al 2024 en el mismo periodo corresponde a 13,53 (n=19) casos con una reducción de 43,42% con 8 casos.

La distribución de las causas según la Lista 667 (n=104) muestra que la mayor carga de mortalidad se concentra en sepsis bacteriana del recién nacido y los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal con el 22,12% cada una.

6. ACCIONES DE MEJORAMIENTO

6.1. PLANES DE MEJORA

CUMPLIMIENTO PLAN DE AUDITORIAS.

El Plan Anual de Auditoría es presentado por el Jefe de la Oficina de Control Interno para cada vigencia conforme a la normatividad establecida en los decretos distritales 807 de 2019, 221 de 2023 y 640 de 2025, ante el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno de la Entidad, el cual está conformado por el Gerente de ESE, Subgerentes Corporativo y Asistencial, jefes de Oficina de Desarrollo institucional y Calidad.

A continuación, se presentan la ejecución del Plan Anual de Auditoría por vigencias:

Tabla 133 Relación informes Plan anual de Auditorias 2022-2025.

Vigencia	Informe
2025	Auditoria Gestión de Contratación con alcance a los subprocesos: Precontractual, Contractual y Post-contractual. (ByS - CPS)
	Auditoría Direccionamiento Estratégico Ejecución de Proyectos de Infraestructura (estado de avance Liquidación)
	Auditoría Subproceso -Mercadeo
	Auditoria Gestión administrativa - Activos Fijos.
	Auditoría Gestión del Talento humano- Expedición actos administrativos -

Vigencia	Informe
	Auditoría Direccionamiento Estratégico - Convenios - alcaldías locales (Ejecución) Auditoría Gestión de servicios Hospitalarios- Domiciliaria. Auditoría Gestión del Talento humano- Incapacidades (trámite y recobro) Auditoría Gestión Financiera- Deterioro de cartera. Auditoría Gestión de servicios complementarios - Gestión contratos tercerizados. Auditoría gestión de investigaciones administrativas (generación - pagos efectuados- acciones derivadas) Auditoría Gestión administrativa - Tecnología Biomédica.
2024	Auditoría ejecución de proyectos de infraestructura y estado de avance liquidación Auditoría Gestión del Talento Humano - Calidad de vida de colaborador: seguridad y salud en el trabajo. Auditoría Gestión Financiera - Gasto (tesorería, recaudo de efectivo y pagares) Auditoría Gestión administrativa- Gestión de suministros Auditoría de Gestión de servicios complementarios - Rehabilitación Auditoría seguridad del Paciente (Gestión y Reacción ante indicios de atención insegura Auditoría gestión de servicios de urgencias (atención de Urgencias - triage) Auditoría Gestión de servicios ambulatorios-Agendamiento, asignación, reprogramación y cancelación citas consulta externa. (en curso) Auditoría Gestión de servicios de urgencias (Referencia y Contrarreferencia- Atención Pre Hospitalaria). (en curso).
2023	Auditoría Gestión de Contratación - Subproceso OPS. Auditoría Gestión Presupuestal. (Inf. Preliminar) Auditoría Ejecución Convenios Interadministrativos. (Inf. Preliminar) Inf. Auditoría Medicamentos Control Especial y material radioactivo. Informe de Auditoría Unidad Renal Informe Auditoría Gestión de Calidad Humanización Informe Auditoría Modelo Territorial en Salud Inf. Auditoría Gestión Hospital Universitario (Habilitación Infraestructura- Hitos de cumplimiento). Inf. Auditoría Cobertura Útil de Biológicos de vacunación. Informe Auditoría Laboratorio Clínico Informe Auditoría Gestión Financiera Facturación y Glosas Informe Auditoría Convenios Interadministrativos Infraestructura
2022	Inf. Auditoría de Cartera en Salud y Cobro Coactivo Informe Auditoría implementación Rutas Integrales de Atención en Salud. Informe de Auditoría a farmacias, material y dispositivos medico quirúrgicos. Inf. Auditoría Servicios Tercerizados (Cardiología, Gastroenterología, Hemodinamia) Informe Auditoría Gestión Contractual Compras y Suministros Informe de Auditoría Propiedad Planta y Equipo Inf. Auditoría Gestión del riesgo individual-(pyd)—gestantes-diagnóstico y seguimiento de la sífilis gestacional y congénita Inf. Auditoría Saneamiento Contable Incluidos Estados Financieros y Presupuesto Preauditoría en MSPI - Subred Sur ESE Informe de Auditoría Proyectos de Infraestructura y adecuación infraestructura de acuerdo a NTC6047 (Accesibilidad al medio físico espacios de servicio al ciudadano en la administración pública)

Fuente. Oficina Control Interno, 2025.

De igual manera, se detalla la producción por tipos de informes, de la ejecución del Plan Anual de Auditoría por vigencias, el cual es desarrollado por el equipo humano, con el que cuenta la OCI y fue descrito en el presente informe:

Tabla 134 Producción informes Plan anual de Auditorías 2022-2025

Tipo de informes	Numero de Informes por Vigencias			
	2022	2023	2024	2025
Auditorías a Procesos	10	11	10	12
Informes de ley	23	19	19	19
Seguimientos de la OCI	17	19	19	28
Excepcionales	1	2	2	3
TOTAL	51	51	50	62

Fuente. Oficina Control Interno , 2025

RESULTADOS DE ENTES DE CONTROL EXTERNO.

En relación con la auditoría de regularidad de la Contraloría de Bogotá, en el informe final de auditoría PAD 145 de fecha Noviembre de 2025, correspondiente a la vigencia auditada 2024, generó fenecimiento de la cuenta y se obtuvo como resultado un total de 18 hallazgos:

Ilustración 21 Consolidado Hallazgos Auditoria PAD 145, Contraloría de Bogotá, 2025.

TIPO DE HALLAZGO	CANTIDAD	VALOR (En pesos)	REFERENCIACIÓN*
1. Administrativos	18	No aplica	Estados Financieros 3.1.1.1 - 3.1.1.2 Gestión Presupuestal 3.2.2.1 - 3.2.2.2 Plan Estratégico 3.2.3.1 - 3.2.3.2 - 3.2.3.3 - 3.2.3.4 - 3.2.3.5 Gasto Público 3.2.4.1 - 3.2.4.2 - 3.2.4.3 - 3.2.4.4 - 3.2.4.5 - 3.2.4.6 - 3.2.4.7 - 3.2.4.8 - 3.2.4.9
2. Disciplinarios	10	No aplica	Estados Financieros 3.1.1.1- 3.1.1.2 Gestión Presupuestal 3.2.2.2 Plan Estratégico 3.2.3.5 Gasto Público 3.2.4.2 - 3.2.4.3 - 3.2.4.4 3.2.4.6 - 3.2.4.7 - 3.2.4.8
3. Penales	No aplica	No aplica	N.A
4. Fiscales	2	\$36.523.307 \$21.514.468	Estados Financieros 3.1.1.2 Plan Estratégico 3.2.3.5

Fuente. Auditoria 145 Contraloría de Bogotá, 2025

De acuerdo con la evaluación y calificación a las acciones del Plan de Mejoramiento de la Subred Sur ESE E.S.E. realizada por la Contraloría de Bogotá D.C., este se cumplió con una eficacia del 94% logrando una efectividad del 77%. Según el reporte del SIVICOF “Consolidado Estado de las Acciones” del Plan de Mejoramiento de la Subred Sur ESE E.S.E., reportó 70 acciones abiertas y 1 acción en estado incumplida derivadas de los PAD 156 de 2023, PAD 197 de 2023 y PAD

165 de 2024: de las cuales se evaluaron 26 acciones abiertas y 1 acción incumplida, según el reporte del SIVICOF “*Información detallada acciones vencidas*” que corresponden al 100% de las acciones vencidas con fecha de terminación anterior al 09/07/2025, fecha en la que inicia la presente auditoría.

Del informe anterior, se establecieron 19 acciones cumplidas efectivas, 3 acciones cumplidas inefectivas, para las cuales se formularon nuevos hallazgos en los procesos correspondientes, 1 acción incalificable, 1 acción en averiguación preliminar y 3 acciones incumplidas, cuyo análisis de respuesta del sujeto de vigilancia y control fiscal se describe a continuación:

- 19 acciones calificadas como **"Efectivas"**.
- 3 acciones calificadas como **"Cumplidas Inefectivas"**, para las cuales se formularon nuevos hallazgos en los procesos correspondientes
- 1 acción **incalificable**
- 3 acciones calificadas como **"Incumplidas"**.
- 1 acciones calificadas como **"Averiguación Preliminar"**.

Ilustración 22.Consolidado Hallazgos Auditorias 156,197 y 165, Contraloría de Bogotá, 2023-2024

Vigencia de la auditoría o visita Código auditoría según PDVCF	Código auditoría según PDVCF de la vigencia	Número hallazgo	Código acción	Análisis evaluación auditor	Efectividad (se califica 0% a 100%)	Estado y evaluación auditor.	Acción de Mejora	Observación
2023	197	3.1.3	3	De las evidencias aportadas que sustentan la acción de mejora 3- Realizar el pago de las sentencias de acuerdo a la disponibilidad de recursos, conforme al flujo de caja de la entidad- es una acción muy general que no se pueda calificar porque no hay parámetros en cuanto a la cantidad de sentencias a pagar ni la periodicidad con que se van hacer los pagos, no obstante que en vigencia 2024 pagaron 55 respecto a 627 sin pagar es un porcentaje no representativo		Incalificable	Realizar el pago de las sentencias de acuerdo a la disponibilidad de recursos, conforme al flujo de caja de la entidad.	Incalificable: Cuando el texto formulado como acción es incoherente, o manifiesta desacuerdo por parte del sujeto de control evaluado, genera como consecuencia que el equipo auditor no la puede evaluar, por lo cual se debe evaluar la pertinencia de adelantar el procedimiento administrativo sancionatorio fiscal. • En el evento que no se formule acción(es) a un hallazgo determinado, se registra el hallazgo administrativo con posible incidencia disciplinaria en el informe final de auditoría, por lo cual se debe evaluar la pertinencia de adelantar el procedimiento administrativo sancionatorio fiscal.
2024	165	3.2.1.2	2	Se evidenció que la ejecución de la acción fue parcial, toda vez que durante la vigencia de 2024 se realizó un pago por intereses moratorios en cuantía de \$36.523.307, motivo por el cual se califica la acción como incumplida.	50	Incumplida	Hallazgo administrativo con presunta incidencia disciplinaria, por pago de multas en investigaciones administrativas impuestas por la SDS – FFDS	
2024	165	3.2.2.1	1	Del análisis de los documentos entregados se pudo evidenciar que las acciones propuestas por la Entidad para cumplir con el principio de negocio en marcha fueron insuficientes para lograr el objetivo propuesto toda vez que en el ejercicio económico terminado el 31/12/2024, se registró un déficit operacional en cuantía de \$59.368.979.772, razón por la cual la acción de mejora se califica como incumplida	50	Incumplida	3.2.2.1. Hallazgo administrativo por incumplimiento al principio de negocio en marcha, lo cual genera riesgo financiero en la operación de la gestión institucional de la Subred Sur E.S.E.	El Plan de Mejoramiento para acciones incumplidas se presentará por parte del sujeto vigilancia a través del Sistema de Rendición de Cuentas, dispuesto para tal fin dentro de los cinco (5) días hábiles contados a partir del día siguiente del cumplimiento de los treinta (30) días hábiles improrrogables para este tipo de acciones.

Vigencia de la auditoría o visita Código auditoría según PDVCF	Código auditoría según PDVCF de la vigencia	Número hallazgo	Código acción	Análisis evaluación auditor	Efectividad (se califica 0% a 100%)	Estado y evaluación auditor.	Acción de Mejora	Observación
2023	156	3.2.2.13	3	Se continuo encontrando falencias en alimentar el aplicativo SECOP II	65	Averiguación Preliminar	3.2.2.13 (código de auditoría 156) Se verificó la información relacionada con el cumplimiento de las funciones por parte de los supervisores relacionadas con la publicación y se evidenció comunicación en la cual se les recuerda la obligatoriedad del cargo de los documentos emitidos y dentro del término, con ocasión a la ejecución de los contratos OPS y BYS en la plataforma SECOP II, sin embargo, persiste el incumplimiento en los contratos 3668/2023, 6167/2023 de suministro de alimentos y 3949 de 2023 mantenimiento preventivo, por consiguiente se califica como incumplida.	Averiguación preliminar: Cuando una acción ha sido calificada previamente como incumplida y transcurridos los treinta (30) días hábiles para su cumplimiento el sujeto de vigilancia y control fiscal no la implementó. Este estado se debe evaluar la pertinencia de adelantar el procedimiento administrativo sancionatorio fiscal, el cual debe ser adelantado conforme al procedimiento vigente para tal fin.
2024	165	3.4.1.2	2	La acción de mejora fue implementada, pero no resolvió la causa raíz del hallazgo. Aunque se actualizaron los procedimientos de la Ruta Materno Perinatal, en la vigencia 2024 persistió el incumplimiento de la meta 8, que busca captar el 80% de las gestantes antes de la semana 12. Por ello, se califica como cumplida inefectiva.	60	Cumplida Inefectiva	Hallazgo administrativo por el no cumplimiento de la meta 8 "Captar el 80% de las gestantes antes de la semana 12" establecido en el POA 2023 de la Subred Sur E.S.E. 198	Formular un nuevo hallazgo, solamente a la causa (factor de riesgo) que generó el hallazgo, es decir, a la desviación u omisión en la gestión administrativa
2024	165	3.4.1.3	1	La acción fue ejecutada, pero no resolvió la causa raíz del hallazgo. Pese a elaborarse la ficha técnica como estaba previsto, la Subred no cumplió con la meta 24 en la vigencia 2023, relacionada con el avance de proyectos de infraestructura y la operacionalización del Modelo AIS. Por tanto, se califica como cumplida inefectiva.	60	Cumplida Inefectiva	3.4.1.3. Hallazgo administrativo por incumplimiento en la meta 24 del PDI 2020-2024 y del POA para la vigencia 2023 de la Subred Sur E.S.E.	
2024	165	3.4.2.1	1	Se evidencia la creación de la matriz QI-INF-PT-02 V1 MATRIZ DE NECESIDADES DE INFORMACIÓN INTERNO Y EXTERNO y el procedimiento QI-INF-PR-04 V3 GENERACIÓN CONCILIACIÓN Y REPORTE DE INFERORES y su aprobación el 15/01/2023 no obstante, se siguen presentando falencias en la presentación del formato CB-017.	50	Cumplida Inefectiva	3.4.2.1. Hallazgo administrativo por omitir el registro de la información de los pagos acumulados realizados a los contratos ejecutados por la entidad, en el formato electrónico CB-0017 "PAGOS" en el aplicativo SIVICOF	Formular un nuevo hallazgo, solamente a la causa (factor de riesgo) que generó el hallazgo, es decir, a la desviación u omisión en la gestión administrativa
2024	165	3.4.2.4	1	Revisadas las evidencias, no se encuentran que dentro del plazo establecido se haya actualizado el MANUAL DE SUPERVISIÓN EN INTERVENTORIA - CO-CVS-MA-02 V1	50	Incumplida	3.4.2.4. Hallazgo administrativo por expedición extemporáneas de las pólizas de Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y la de Cumplimiento de las Adiciones y prórrogas del contrato 3949/2023	

Fuente: Contraloría de Bogotá, 2023-2024.

• Código de Auditoría 209- Informe Final de Actuación Especial de Fiscalización-Julio 2025

Esta auditoria tenía por objeto: VERIFICAR LA EJECUCIÓN DE LOS CONTRATOS DE OBRA E INTERVENTORÍA DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD USS EL TUNAL, se ejecuto en la vigencia 2025 y genero 5 hallazgos clasificados así:

Ilustración 23. Consolidado Hallazgos Auditoria 209 Contraloría de Bogotá, 2025

Tipo de hallazgo	Cantidad	Valor	Referenciación
1. Administrativos	5	No Aplica	2.2.1, 2.2.2, 2.2.3, 2.2.4 2.2.5
2. Disciplinarios	4	No Aplica	2.2.1, 2.2.2, 2.2.3, 2.2.4
3. Penales	1	No Aplica	2.2.4
4. Fiscales	1	\$10.760.050	2.2.4

Fuente: Auditoria 209 Contraloría de Bogotá, 2025

Esta auditoría se encuentra en ejecución de las acciones propuestas que fueron suscritas del 01 de septiembre de 2025 con vencimiento al 30 de junio de 2026. A la fecha se encuentra en ejecución y registrada en el aplicativo Almera con los ID 2457,2458,2459,2460 y 2461.

- **Código de Auditoría 146- Septiembre de 2025. Informe Final de Actuación Especial de Fiscalización Subredes: REVISAR Y EVALUAR LA GESTIÓN CONTRACTUAL RELACIONADA CON LA COMPRA DE MEDICAMENTOS, IDENTIFICANDO Y ANALIZANDO LAS CONDICIONES, COINCIDENCIAS Y DIFERENCIAS EN LOS PROCESOS CONTRACTUALES SUSCRITOS CON CONTRATISTAS EN COMÚN”**

Esta auditoria se realizó de manera conjunta para las cuatro (4) Subredes en Bogotá. La Subred Sur ESE, tiene un solo hallazgo a cargo y describe a continuación: 2.2.1. Hallazgo administrativo con incidencia fiscal por valor de \$98.556.550 y presunta incidencia disciplinaria por realizar modificación de precios sin justificación técnica dentro del contrato 4447 de 2024, suscrito por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. se encuentra registrada en el aplicativo ALMERA con el ID 2525.

Ilustración 24 Consolidado Hallazgos Auditoría 146, Contraloría de Bogotá, 2025

Tipo de hallazgo	Cantidad	Valor	Referenciación
1.Administrativos	4	No aplica	2.2.1, 2.2.2., 2.2.3, 2.2.4
2.Disciplinarios	4	No aplica	2.2.1, 2.2.2., 2.2.3, 2.2.4
3.Penales	0	No aplica	
4.Fiscales	1	\$98.556.550	2.2.1

Fuente: Auditoría 146 Contraloría de Bogotá, 2025

GESTIÓN EN PLANES DE MEJORA.

Respecto a la ejecución de los planes de mejora para la vigencia 2025, disponibles en el aplicativo ALMERA, el siguiente es el consolidado y cuadro resumen con el resultado final por proceso:

Ilustración 25 Ejecución planes de mejora, Consolidado y cuadro resumen por proceso, 2025.

PROCESO	TOTAL DE ACCIONES DE MEJORA A CARGO DEL PROCESO	TOTAL DE ACCIONES DE MEJORA COMPLETAS	TOTAL DE ACCIONES DE MEJORA ATRASADAS	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN TERCER TRIMESTRE	FUENTE DE MEJORAMIENTO PENDIENTE / ID PENDIENTE	ALFANUMÉRICO DEL INDICADOR DEL PROCESO
Comunicación Estratégica	14	14	0	100%	NA	43CM
Direccionamiento Estratégico	47	47	0	100%	NA	18DE
Gestión administrativa	137	105	32	77%	Revisar la matriz semaforizada IV trimestre	332GA
Gestión ambiental	7	7	0	100%	NA	374AM
Gestión de contratación	13	13	0	100%	NA	366CO
Gestión de la Calidad	144	144	0	100%	NA	94CA
Gestión de la Información TIC	24	24	0	100%	NA	113GI
Gestión de riesgo en salud	100	100	0	100%	NA	279GRS
Gestión de servicios ambulatorios	62	61	1	98%	2122(4) Atrasada definitiva	145AMB
Gestión de servicios complementarios	137	137	0	100%	NA	259COM
Gestión de servicios de urgencias	54	54	0	100%	NA	248URG
Gestión de servicios hospitalarios	85	84	1	99%	2125(4) Atrasada definitiva	174GH
Gestión de talento humano	22	22	0	100%	NA	310GH
Gestión del Conocimiento	60	60	0	100%	NA	148GC
Gestión financiera	9	9	0	100%	NA	353GF
Gestión jurídica	6	6	0	100%	NA	34GJ
Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano	16	16	0	100%	NA	110PS
TOTAL INSTITUCIONAL	937	903	34	96%		120CA

Datos extraídos de Almera: 28-01-2026

Fuente. Oficina de Calidad Subred Sur ESE, ALMERA.

El siguiente es el comportamiento del seguimiento a planes de mejoramiento -de las auditorías realizadas por la Oficina de Control Interno durante la vigencia 2025:

Tabla 135. Porcentaje de avance , Números de hallazgos y acciones 2025

Auditoría	No. Hallazgos	N. acciones	% avance
Auditoría Gestión Servicios Complementarios - Servicios tercerizados I - trimestre 2025	6	24	100
Auditoría seguimiento indicadores de deterioro de cartera en salud	1	4	100%
Auditoría Gestión Administrativa – Tecno vigilancia - Equipos Biomédicos ID 2264-2267-2268	3	10	90% última acción vencida.

Cumplimiento estándares mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo - Año 2024 Id 2251	2	8	100
*Auditoria Gestión de servicios Hospitalarios Domiciliaria Id 2573 a 2578	6	19	13.88% vencimiento 25 de mayo de 2026
*Gestión del Talento Humano / Gestión de la Remuneración / Incapacidades	4	20	EN FORMULACION
Auditoría Direccionamiento Estratégico - Convenios - alcaldías locales (Ejecución)	1	4	0
Gestión Administrativa / Subproceso de Activos Fijos / Procedimientos Activos Fijos	1	4	EN FORMULACIÓN
Gestión Jurídica/ Defensa Judicial/ INA - Investigaciones Administrativas	1 Hallazgo y 54 recomendaciones	54	EN FORMULACIÓN
Gestión de Contratación.	1 Hallazgo y 84 recomendaciones	84	EN FORMULACIÓN
Total	26	101	

Fuente. Oficina Control Interno , 2025.

EN LA SUBRED SUR SOMOS:



CORAZÓN
BIENESTAR



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