

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	ACTA	Versión:	5	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/07/2024	
		Código:	02-01-F0-0001	

Marque con una X según corresponda

Acta de Subred ☒ Acta de Unidad Prestadora de Servicios ☐ Acta de Sede de una Unidad ☐

Nombre de la Unidad Prestadora de Servicios (si aplica): Subred Sur Occidente

Nombre de Sede de la Unidad (si aplica) _____

Tipo de acta COMITÉ ☐ REUNIÓN ☐ OTRO ☒ COVE LOCAL BOSA		NÚMERO DE ACTA: N/A
FECHA: 18/06/2026	LUGAR: CENTRO DE SALUD OLARTE KR 72 A BIS 57 13 SUR	HORA INICIO: 08:00 AM
RESPONSABLE: Nazly Giovana Walteros Tarazona Epidemióloga Apoyo SIVIGILA		HORA FINAL: 01:00 PM

OBJETIVO DE LA REUNION Elaborar la ficha técnica correspondiente al desarrollo del COVE en la localidad de Bosa

ORDEN DEL DÍA (TEMAS A TRATAR)	
1.	Bienvenida y registro de asistencia
2.	PAI: Indicadores, esquema SR, TV y vacunaton de junio
3.	Alertas (Equipo ERI)
4.	Equipo Transmisibles: itinerante tablero de problemas UA
5.	Transmisibles: indicadores mayo
6.	Indicadores SIVIGILA
7.	Tema Central: Estadísticas Vitales
8.	Varios
9.	Cierre

REVISION DE COMPROMISOS

No	Compromiso	Responsable	Fecha de cumplimiento	Cumplimiento		
				Si	No	Observaciones
1	Participar en el COVE	UPGD de la localidad	Mensualmente	X		N/A
2	Desarrollar el COVE local.	Subred Sur Occidente	Mensualmente	X		N/A
3						
4						
5						

Total compromisos	Compromisos Resueltos	% Cumplimiento
2	2	100%

	ACTA	Versión:	5	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/07/2024	
		Código:	02-01-F0-0001	

DESARROLLO

1. BIENVENIDA Y REGISTRO DE ASISTENCIA

Se da inicio al COVE de la localidad de Bosa, con la participación de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) de la zona. La reunión comienza con la lectura de la agendar, registro de asistencia y posteriormente, con la aplicación de un pre-test, como parte del desarrollo de la unidad de análisis. Para este proceso se diseñó y aplicó un pre-test y un pos-test, los cuales fueron compartidos a través de código QR.

2. INDICADORES PAI ESQUEMA SR, TV Y VACUNATON DE JUNIO

BOSA:

Se realiza la presentación de las coberturas de vacunación con cohorte al 14 de junio de 2026, se identifica para menor de un año un cumplimiento del 71%, triple viral de año 79% población de 18 meses triple viral de refuerzo 73% y población de 5 años 53.4% de cumplimiento.

A nivel de subred cada uno de los trazadores no supera el 44.1% de cumplimiento y con un cumplimiento del 32.9%.

En el caso de las gestantes cumple con un 55.6%, niñas de 9 años de VPH con un 36.3 % de cumplimiento, niños de 9 años para VPH con un 30%, y para SR con la cohorte se encuentra con un 58.6% de cumplimiento.

A nivel de la subred cada uno de estos trazadores son supera el 46.8% y se tiene un 20.2% en el cumplimiento más bajo.

Para indicadores de refuerzo de 2 a 5 años, en la localidad de bosa se cuenta con un 9.1%, fiebre amarilla en la cohorte con un 1.6% de cumplimiento.

A nivel de Subred se cuenta con un cumplimiento del 9.6% en TV de refuerzo y Fiebre Amarilla del 1.5%.

En el caso de vacunación con influenza se cuenta con un avance desde el 10 de abril al 07 de junio.

Para el cumplimiento de bosa en adulto mayor de 60 años de 66.1%, en personas con patología de riesgo 17%, gestante en el 47% y lo que es el talento humano en salud a nivel subred se cumple con un 17% de avance, para población menor de un año en primeras dosis se cuenta con un 135% de cobertura, caso contrario para las segundas dosis con un 16.5% de cumplimiento, en el caso de población de una primeras dosis de influenza se cumple con un 42% de avance, sin embargo en el indicador de segundas dosis solo se cuenta con 5% de avance, en el caso de la dosis única se cuenta con un porcentaje de cumplimiento del 60.8%. En el caso de los menores de dos años para primeras dosis se tiene solo un 2% de cumplimiento, en segundas dosis no se cuenta con avance para la localidad, en las dosis únicas un 14% de cumplimiento y en población de 3 a 5 años; para dosis única se cuenta con 8.1% de cumplimiento.

En la localidad de bosa se han aplicado un total de 5817 dosis de sarampión rubeola y a nivel subred 32035.

Socialización lineamientos técnicos:

De acuerdo con el documento emitido desde el MSPS, en su anexo 1 consideraciones para el fortalecimiento de la vacunación ante el comportamiento de casos importados de virus de sarampión en el territorio nacional. Guía operativa para la vacunación contra Sarampión – rubeola 2026 se indica lo siguiente:

Talento humano en salud:

Mayores de 18 años; aquel que cuente con antecedente vacunal del al menos una dosis de SRP o cualquier otra vacuna que contenga el antígeno contra el sarampión o con anticuerpos IgG positivos para sarampión la acción indicada es no vacunar.

Mayores de 18 años; aquel que no cuente con antecedente vacunal o con anticuerpos IgG seronegativos para sarampión la acción indicada es vacunar y se garantiza 1 dosis con SR (bivalente).

Viajeros internacionales:

De 6 a 11 meses en municipios priorizados; con una dosis de SRP o SR o cualquier otra vacuna que contenga el antígeno contra el sarampión la acción indicada es no vacunar.

De 6 a 11 meses en municipios priorizados; sin antecedente de vacunación la acción indicada es vacunar dosis 0 con SRP, esta quedará como dosis 0, la cual NO reemplaza la dosis indicada en el esquema de vacunación de los 12 meses.

De 12 a 17 meses que viajan a países de riesgo (Canadá, México o Estados Unidos); con dos dosis de SRP / SR la acción indicada es no vacunar.

De 12 a 17 meses que viajan a países de riesgo (Canadá, México o Estados Unidos); si cuenta con dosis de SRP la acción indicada es aplicar una dosis de SRP, teniendo en cuenta un intervalo de 4 semanas entre la última dosis, entendiendo que esta es una dosis adicional y que no reemplaza ala dosis del esquema de 18 meses.

De 12 a 17 meses que viajan a países de riesgo (Canadá, México o Estados Unidos); sin antecedente vacunal, la

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	ACTA	Versión:	5	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/07/2024	
		Código:	02-01-F0-0001	

DESARROLLO

acción indicada es iniciar esquema de vacunación con una dosis de SRP y aplicar la segunda dosis a las 4 semanas, esta dosis adicional no reemplaza la dosis de 18 meses.

De 18 meses a 10 años de edad: con antecedente vacunal de 2 dosis de SRP, la acción a seguir es no vacunar.

De 18 meses a 10 años de edad: Si cuenta con una dosis de SRP la acción indicada es vacunar con una dosis de SRP.

De 18 meses a 10 años de edad: Si no cuenta con antecedente vacunal se deben garantizar dos dosis de SRP con un intervalo de 4 semanas entre la primera y segunda dosis.

De 18 meses a 10 años de edad: con antecedente vacunal de 1 dosis de SR, la acción a seguir es iniciar con una dosis de SRP y a las 4 semanas garantizar una segunda dosis.

Sin embargo, en este apartado se debe tener en cuenta la cohorte de recién nacidos entre el 01 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2019 y a pesar de que el menos ya cuente con sus dosis establecidas en el esquema nacional de vacunación si es sujeto de la cohorte se debe garantizar la dosis adicional con SRP.

De 11 – 16 años: Cuenta con antecedente de 2 dosis SRP, SR o cualquier otra vacuna que contenga el antígeno contra el sarampión se debe garantizar 1 dosis con SR.

De 11 – 16 años: Cuenta con antecedente de 1 dosis SRP, SR o cualquier otra vacuna que contenga el antígeno contra el sarampión se debe garantizar 1 dosis con SR.

De 11 – 16 años: No cuenta con antecedente de SRP, SR o cualquier otra vacuna que contenga el antígeno contra el sarampión se debe garantizar 1 dosis con SR.

Sin embargo, en este apartado se debe tener en cuenta la cohorte de recién nacidos entre el 01 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2019 y a pesar de que el menos ya cuente con sus dosis establecidas en el esquema nacional de vacunación si es sujeto de la cohorte se debe garantizar la dosis adicional con SR.

De 17 - 59 años: Cuenta con antecedente de 1 dosis SRP, SR o cualquier otra vacuna que contenga el antígeno contra el sarampión no se debe vacunar.

De 17 - 59 años: No cuenta con antecedente de SRP, SR o cualquier otra vacuna que contenga el antígeno contra el sarampión se debe garantizar 1 dosis con SR.

De 60 años y más: Cuenta con antecedente de 1 dosis SRP, SR o cualquier otra vacuna que contenga el antígeno contra el sarampión no se debe vacunar.

De 60 años y más: No cuenta con antecedente de SRP, SR o cualquier otra vacuna que contenga el antígeno contra el sarampión se debe garantizar 1 dosis con SR, previa recomendación médica.

Cierre de Brechas – Barridos Documentados:

De 6 a 11 meses; con una dosis de SRP o SR o cualquier otra vacuna que contenga el antígeno contra el sarampión la acción indicada es no vacunar.

De 6 a 11 meses; sin antecedente de vacunación la acción indicada es vacunar dosis 0 con SRP, esta quedará como dosis 0, la cual NO reemplaza la dosis indicada en el esquema de vacunación de los 12 meses.

De 12 a 17 meses; con dos dosis de SRP / SR la acción indicada es no vacunar, a los 18 meses de edad se debe completar el esquema de vacunación.

De 12 a 17 meses; si cuenta con dosis de SRP la acción indicada es aplicar una dosis de SRP, teniendo en cuenta un intervalo de 4 semanas entre la última dosis, entendiendo que esta es una dosis adicional y que no reemplaza a la dosis del esquema de 18 meses.

De 12 a 17 meses; sin antecedente vacunal, la acción indicada es iniciar esquema de vacunación con una dosis de SRP y aplicar la segunda en el momento de completar el esquema cuando cumpla los 18 meses.

De 18 meses a 10 años de edad: con antecedente vacunal de 2 dosis de SRP, la acción a seguir es no vacunar.

De 18 meses a 10 años de edad: Si cuenta con una dosis de SRP la acción indicada es vacunar con una dosis de SRP.

De 18 meses a 10 años de edad: Si no cuenta con antecedente vacunal se deben garantizar dos dosis de SRP con un intervalo de 4 semanas entre la primera y segunda dosis.

De 18 meses a 10 años de edad: con antecedente vacunal de 1 dosis de SR, la acción a seguir es iniciar con una dosis de SRP y a las 4 semanas garantizar una segunda dosis.

Sin embargo, en este apartado se debe tener en cuenta la cohorte de recién nacidos entre el 01 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2019 y a pesar de que el menos ya cuente con sus dosis establecidas en el esquema nacional de vacunación si es sujeto de la cohorte se debe garantizar la dosis adicional con SRP.

De 11 – 16 años: Cuenta con antecedente de 2 dosis SRP, SR o cualquier otra vacuna que contenga el antígeno contra el sarampión se debe garantizar 1 dosis con SR.

De 11 – 16 años: Cuenta con antecedente de 1 dosis SRP, SR o cualquier otra vacuna que contenga el antígeno contra el sarampión se debe garantizar 1 dosis con SR.

De 11 – 16 años: No cuenta con antecedente de SRP, SR o cualquier otra vacuna que contenga el antígeno contra el sarampión se debe garantizar 1 dosis con SR.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	ACTA	Versión:	5	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/07/2024	
		Código:	02-01-F0-0001	

DESARROLLO

Sin embargo, en este apartado se debe tener en cuenta la cohorte de recién nacidos entre el 01 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2019 y a pesar de que el menos ya cuente con sus dosis establecidas en el esquema nacional de vacunación si es sujeto de la cohorte se debe garantizar la dosis adicional con SR.

Bloqueo ante caso sospechoso:

De 6 a 11 meses; con una dosis de SRP o SR o cualquier otra vacuna que contenga el antígeno contra el sarampión la acción indicada es no vacunar.

De 6 a 11 meses; sin antecedente de vacunación la acción indicada es vacunar dosis 0 con SRP, esta quedará como dosis 0, la cual NO reemplaza la dosis indicada en el esquema de vacunación de los 12 meses.

De 12 a 17 meses; con dos dosis de SRP / SR la acción indicada es no vacunar.

De 12 a 17 meses; si cuenta con dosis de SRP la acción indicada es aplicar una dosis de SRP, teniendo en cuenta un intervalo de 4 semanas entre la última dosis, entendiendo que esta es una dosis adicional y que no reemplaza a la dosis del esquema de 18 meses.

De 12 a 17 meses; sin antecedente vacunal, la acción indicada es iniciar esquema de vacunación con una dosis de SRP y aplicar la segunda dosis cuando complete esquema de 18 meses.

De 18 meses a 10 años de edad: con antecedente vacunal de 2 dosis de SRP, la acción a seguir es garantizar 1 dosis de SRP.

De 18 meses a 10 años de edad: Si cuenta con una dosis de SRP la acción indicada es vacunar con una dosis de SRP.

De 18 meses a 10 años de edad: Si no cuenta con antecedente vacunal se deben garantizar dos dosis de SRP con un intervalo de 4 semanas entre la primera y segunda dosis.

De 18 meses a 10 años de edad: con antecedente vacunal de 1 dosis de SR, la acción a seguir es iniciar con una dosis de SRP y a las 4 semanas garantizar una segunda dosis.

Sin embargo, en este apartado se debe tener en cuenta la cohorte de recién nacidos entre el 01 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2019 y a pesar de que el menos ya cuente con sus dosis establecidas en el esquema nacional de vacunación si es sujeto de la cohorte se debe garantizar la dosis adicional con SRP.

De 11 – 16 años: Cuenta con antecedente de 2 dosis SRP, SR o cualquier otra vacuna que contenga el antígeno contra el sarampión se debe garantizar 1 dosis con SR.

De 11 – 16 años: Cuenta con antecedente de 1 dosis SRP, SR o cualquier otra vacuna que contenga el antígeno contra el sarampión se debe garantizar 1 dosis con SR.

De 11 – 16 años: No cuenta con antecedente de SRP, SR o cualquier otra vacuna que contenga el antígeno contra el sarampión se debe garantizar 1 dosis con SR.

Sin embargo, en este apartado se debe tener en cuenta la cohorte de recién nacidos entre el 01 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2019 y a pesar de que el menos ya cuente con sus dosis establecidas en el esquema nacional de vacunación si es sujeto de la cohorte se debe garantizar la dosis adicional con SR

De 17 - 59 años: Cuenta con antecedente de 1 dosis SRP, SR o cualquier otra vacuna que contenga el antígeno contra el sarampión se debe vacunar con una dosis de SR..

De 17 - 59 años: No cuenta con antecedente de SRP, SR o cualquier otra vacuna que contenga el antígeno contra el sarampión se debe garantizar 1 dosis con SR.

De 60 años y más: Cuenta con antecedente de 1 dosis SRP, SR o cualquier otra vacuna que contenga el antígeno contra el sarampión se debe vacunar con una dosis de SR:

De 60 años y más: No cuenta con antecedente de SRP, SR o cualquier otra vacuna que contenga el antígeno contra el sarampión se debe garantizar 1 dosis con SR.

Para el caso de las acciones de bloqueo los mayores de 60 años se deben vacunar sin contar con recomendación médica y previa verificación de antecedentes médicos.

Cambios en el esquema de vacunación TV – SR:

Se realiza la socialización de los cambios que se han efectuado en el esquema de vacunación con triple viral y vacuna de sarampión rubeola:

En el marco de los correos emitidos el 30 de abril y 5 de mayo de 2026 por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, sobre recomendaciones de estrategias orientadas a optimizar el uso de la vacuna de SR y SRP disponible en la ciudad, a continuación, relaciono las indicaciones dadas por ese Ministerio, las cuales fueron socializadas el pasado 08 de mayo en la reunión PAI Distrital, a las que se les debe dar cumplimiento y seguimiento:

Intensificar la vacunación en consonancia con el esquema actualizado, definido para Colombia:

Los niños y niñas con un rango de edad entre 6 a 11 meses deben recibir dosis cero (0) con vacuna de Triple viral en todo el distrito capital (más de 200 IPS, equipos extramurales y equipos más bienestar) esta dosis no sustituye el esquema regular de vacunación; el cual inicia a partir del año de edad, siendo una medida adicional de protección

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	ACTA	Versión:	5	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/07/2024	
		Código:	02-01-F0-0001	

DESARROLLO

orientada a reducir el riesgo de enfermedad, en el contexto del incremento de casos importados de sarampión en la capital.

Los niños y niñas con un rango de edad entre 1 a 10 años deben recibir 2 dosis de la Vacuna Triple Viral (SRP); si se detectan niños con esquemas incompletos y son mayores de 18 meses, se debe garantizar, en el primer contacto, la aplicación de la primera dosis de triple viral, y la segunda dosis debe aplicarse 4 semanas después.

Los niños y niñas de 1 a 10 años migrantes deben contar con 2 dosis de vacuna Triple viral (SRP) sin restricciones, evitando las pérdidas de oportunidad para la vacunación.

En bloqueos: Vacunar población de 6 meses hasta 59 años. Se autoriza hasta los 10 años 11 meses 29 días, garantizar esta dosis con vacuna de Triple Viral y mayores de 11 años con vacuna de Sarampión Rubeola. Ante un caso sospechoso para el caso de mayores de 60 años y más vacunar sin orden médica.

En el caso de los viajeros que pretendan realizar viajes al exterior (en especial a países con brotes activos), realizar la recomendación de tener el esquema completo de vacunación de Triple Viral (SRP) o bivalente (sarampión - Rubéola) y recordar que, en caso de no contar con antecedente de estas vacunas, se debe aplicar mínimo quince (15) días antes del viaje en los puntos de vacunación de viajeros (USS Verbenal, USS Lorencita Villegas, USS Samper Mendoza, Terminal satélite Sur, Terminal Salitre y aeropuerto), excepto los menores de 6 meses que no deben ser vacunados.

Se autoriza de 6 meses hasta los 10 años 11 meses 29 días, garantizar esta dosis con vacuna de Triple Viral y mayores de 11 años con vacuna de Sarampión Rubeola.

Si el viajero se desplaza a cualquier país del mundo y solicita la vacuna de sarampión se debe garantizar su administración según corresponda.

Evaluar y monitorear la cobertura de vacunación con triple viral (SRP) y Sarampión Rubeola del 95% y más.

Desarrollar estrategias de vacunación orientadas a la captación de población susceptible en su población afiliada, con el fin de reducir la alta probabilidad de enfermar de sarampión y rubéola.

Informar a la red de IPS la información anteriormente mencionada.

Se socializa el vacunaton a realizarse el 20/06/2026 centrada en vacunación de triple viral y sarampión como acción de respuesta ante la alerta que se tiene en el país en la ciudad de Bogotá por los casos importados de esta enfermedad.

Se explica adicional la estrategia de la selección de las vacunas la cual fue lanzada de manera oficial el 05 de junio donde se entregó uno álbumes en colegios priorizados para el lanzamiento de la estrategia y la idea central es que los menores se acerquen a los puntos de vacunación y soliciten la ficha dorada si asisten con el álbum y alguien se vacuna, bien sea el menor o el acompañante.

3. ALERTAS (EQUIPO ERI)

OBJETIVO: Brindar información acerca de las alertas nacionales e internacionales identificadas durante el mes de junio 2026

COMPROMISO: Realizar notificación oportuna ante la identificación de eventos de interés en salud pública para su pertinente atención.

RECOMENDACIÓN: Realizar correlación clínica y verificación de nexo epidemiológico al momento de notificar algún evento de interés en salud pública.

❖ ALERTAS NACIONALES

➤ SITUACIÓN ACTUAL DE FIEBRE AMARILLA NACIONAL, 08 DE JUNIO DE 2026

Entre 2024 y el 8 de junio de 2026 se han confirmado 198 casos de fiebre amarilla en Colombia, con 77 fallecimientos, para una letalidad acumulada del 38,8 %. Los casos se han concentrado principalmente en los departamentos de Tolima, Putumayo, Meta, Caquetá, Nariño, Vaupés, Caldas, Cauca, Huila y Guaviare, además de tres casos importados procedentes de Venezuela.

En 2024 se confirmaron 23 casos y 13 fallecimientos (letalidad: 56,5 %). Durante 2025 se confirmaron 128 casos y 46 fallecimientos (letalidad: 36,8 %). Para 2026, con corte al 8 de junio, se han confirmado 50 casos y 18 fallecimientos (letalidad: 36,0 %), de los cuales el 98 % corresponden al departamento del Tolima y el 2 % al Meta. No se han confirmado nuevos casos en humanos durante la última semana epidemiológica evaluada.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	ACTA	Versión:	5	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/07/2024	
		Código:	02-01-F0-0001	

DESARROLLO

Adicionalmente, durante 2026 se han confirmado 20 epizootias por fiebre amarilla en primates no humanos, lo que evidencia la circulación activa del virus en zonas rurales y la importancia de mantener las acciones de vigilancia, vacunación y control del evento.

➤ **ACTUALIZACIÓN DE CASOS IMPORTADOS DE SARAMPIÓN A NIVEL NACIONAL, 09 DE JUNIO DE 2026**

Situación de Sarampión en Colombia, 2026 (corte 09 de junio)

Se han confirmado 8 casos de sarampión en el país: 6 importados (México, Estados Unidos, Perú, Brasil y Panamá) y 2 relacionados con la importación. Los casos se han notificado en Bogotá D.C. (5), Bucaramanga (1), Cartagena (1) y Antioquia (1). Se identificó el genotipo D8 en 6 casos; un caso se encuentra en estudio y otro sin genotipificación. A la fecha, no se ha evidenciado transmisión secundaria, ni se han reportado hospitalizaciones, complicaciones o fallecimientos.

Vigilancia epidemiológica

Se han notificado 1.184 casos sospechosos, de los cuales 980 fueron descartados, 8 confirmados y 196 continúan en estudio. La mayor cantidad de casos en investigación se concentra en Bogotá D.C. (76) y Antioquia (59).

Acciones de respuesta

Activación permanente del Centro de Operaciones de Emergencias en Salud Pública (COE-SP) y la Sala de Análisis del Riesgo (SAR). Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, búsquedas activas comunitarias e institucionales, monitoreos rápidos de vacunación, jornadas de bloqueo y verificación de esquemas de vacunación. Implementación de estrategias de capacitación, simulación, comunicación del riesgo y seguimiento de contactos para prevenir la transmisión del virus.

➤ **VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA ANTE LA PROBABLE INSTAURACIÓN DE FENÓMENO DE EL NIÑO, JUNIO 9 DE 2026**

Situación Climática y Riesgos en Salud Pública – Colombia, 2026

Colombia mantiene actualmente condiciones climáticas dentro de rangos normales; sin embargo, se observan señales tempranas asociadas a un posible desarrollo del fenómeno El Niño. Al 1 de junio de 2026, persisten condiciones neutrales del ENSO, aunque existe una probabilidad del 82 % de transición a El Niño entre mayo y julio de 2026 y del 96 % de permanencia hasta inicios de 2027. Se prevén efectos como déficit hídrico, sequías, incendios forestales, disminución de caudales y aumento de riesgos para la salud pública. Se prioriza el seguimiento en la región Caribe, Norte de Santander y Tolima, donde se registran temperaturas entre 34 °C y 40 °C, asociadas a disminución de precipitaciones.

Las autoridades nacionales han fortalecido las acciones de vigilancia, análisis de riesgo y coordinación interinstitucional para la preparación y respuesta ante los posibles impactos del fenómeno en la salud pública.

➤ **Eventos de interés en salud pública con comportamiento inusuales, por entidad territorial, a semana epidemiológica 21 de 2026**

Durante el periodo analizado, se evidenció un incremento en varios eventos de interés en salud pública en diferentes entidades territoriales del país. Para dengue, el aumento se registró en Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Cartagena, Cesar, La Guajira, Magdalena, Norte de Santander, San Andrés y Providencia, Santa Marta y Santander. En malaria,

	ACTA	Versión:	5	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/07/2024	
		Código:	02-01-F0-0001	

DESARROLLO

los incrementos se observaron en Bolívar y Magdalena. La enfermedad diarreica aguda (EDA) presentó aumento en Atlántico, Santa Marta y Santander. En cuanto a la infección respiratoria aguda (IRA), se identificó incremento en consulta externa y urgencias en Córdoba y La Guajira; en hospitalización, en Barranquilla, Cartagena de Indias, Córdoba, Magdalena y Santa Marta; y en unidades de cuidados intensivos (UCI), en Atlántico, Córdoba y La Guajira. Asimismo, se notificó incremento de infección respiratoria aguda grave (IRAG) inusitada en Cesar, de accidente ofídico en Cartagena de Indias y de desnutrición (DNT) en San Andrés y Providencia y Sucre.

❖ ALERTAS INTERNACIONALES

➤ **ACTUALIZACIÓN DEL BROTE DE LA ENFERMEDAD POR EL VIRUS DE BUNDIRUGYO (EBV) EN REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO Y UGANDA. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). FECHA DE PUBLICACIÓN: 08 DE JUNIO DE 2026**

El 15 de mayo de 2026 se notificó un brote de enfermedad por el virus Bundibugyo (BVD) en la República Democrática del Congo (RDC) y Uganda. El 17 de mayo de 2026 fue declarada como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII).

Con corte al 6 de junio de 2026, se han confirmado 534 casos y 93 muertes (letalidad: 17,4 %) en ambos países. La RDC concentra la mayor carga del brote con 515 casos y 91 fallecidos, mientras que Uganda ha reportado 19 casos confirmados y 2 muertes, además de un caso probable fallecido.

El 94 % de los casos se concentra en la provincia de Ituri (RDC), especialmente en las zonas de salud de Bunia, Rwampara y Mongbwalu. La transmisión en Uganda se encuentra epidemiológicamente relacionada con casos importados desde la RDC y con transmisión secundaria entre contactos y trabajadores de la salud.

La OMS mantiene una evaluación de riesgo muy alta para la RDC, debido a la expansión continua del brote hacia nuevas zonas. El riesgo es alto para Uganda y los países fronterizos, por la movilidad transfronteriza de la población, y bajo para el resto de África y el mundo.

➤ **SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE SARAMPIÓN EN MÉXICO, SECRETARÍA DE SALUD DE MÉXICO, 08 DE JUNIO DE 2026**

Entre el 1 de enero de 2025 y el 8 de junio de 2026, se confirmaron 18 157 casos de sarampión en México, de los cuales 6 610 correspondieron a 2025 y 11 547 a 2026. Los grupos de edad más afectados fueron los niños de 1 a 4 años (2 377 casos), seguidos por los de 5 a 9 años (2 110 casos) y los adultos de 25 a 29 años (2 085 casos).

Durante este periodo se registraron 41 defunciones, con 27 fallecimientos en 2025 y 14 en 2026. En 2026, los estados con mayor número de casos confirmados fueron Jalisco (6 409 casos), Ciudad de México (981 casos) y Chiapas (833 casos).

➤ **SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE SARAMPIÓN EN ESTADOS UNIDOS, CENTROS PARA EL CONTROL Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES (CDC), FECHA DE PUBLICACIÓN: 04 DE JUNIO DE 2026**

A 4 de junio de 2026, Estados Unidos ha notificado 2.030 casos confirmados de sarampión en 40 jurisdicciones. La mayor proporción de casos se presentó en personas de 5 a 19 años (51 %), seguida por mayores de 20 años (28 %) y menores de 5 años (21 %). El 92 % de los casos correspondió a personas no vacunadas o con estado de vacunación desconocido. Del total de casos, el 6,2 % requirió hospitalización (127 casos) y, hasta la fecha, no se han reportado muertes asociadas a la enfermedad.

➤ **SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE SARAMPIÓN EN ESTADOS UNIDOS, CENTROS PARA EL**

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	ACTA	Versión:	5	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/07/2024	
		Código:	02-01-F0-0001	

DESARROLLO

CONTROL Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES (CDC), FECHA DE PUBLICACIÓN: 04 DE JUNIO DE 2026

En Canadá, con corte al 30 de mayo de 2026, se han reportado 1.063 casos de sarampión, de los cuales 982 fueron confirmados y 81 probables, distribuidos en siete jurisdicciones del país. Las provincias más afectadas son Manitoba, con 664 casos, y Alberta, con 309 casos. El 41 % de los casos corresponde a personas entre 5 y 17 años de edad. Respecto al estado de vacunación, el 87 % de los casos confirmados no contaba con vacunación contra el sarampión, mientras que el 5 % tenía dos o más dosis y el 4 % una dosis. Asimismo, el 6,5 % de los casos requirió hospitalización y, hasta la fecha, no se han reportado muertes asociadas a la enfermedad.

❖ CONCLUSIONES

- Durante 2026 se han presentado eventos de salud pública de importancia nacional e internacional, destacándose el aumento de casos de sarampión en varios países de América.
- En Colombia, los casos importados de sarampión evidencian la necesidad de fortalecer la vacunación y la vigilancia epidemiológica para prevenir la transmisión local.
- La fiebre amarilla continúa representando un riesgo para la salud pública debido al aumento de casos y defunciones registrados en los últimos años.
- Las condiciones climáticas asociadas a una posible evolución hacia el fenómeno El Niño requieren seguimiento permanente por su posible impacto en la salud pública.
- Es fundamental mantener las acciones de vigilancia, prevención y control para reducir el riesgo de brotes y proteger a la población.

❖ BIBLIOGRAFIA

- https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/BoletinEpidemiologico/2026_Boletin_epidemiologico_semana_22.pdf

4. EQUIPO TRANSMISIBLE: TEMA ITINERANTE SOCIALIZACION DE TABLERO DE PROBLEMAS UA ABRIL Y MAYO DE 2026

OBJETIVO: Realizar retroalimentación de las oportunidades de mejora identificadas durante el desarrollo de las unidades de análisis de eventos transmisibles, mediante el tablero de problemas.

RECOMENDACIONES:

- Para las IPS y EAPB participar en el desarrollo de las unidades de análisis y aportar desde su competencia a la construcción objetiva del tablero de problemas.
- Para las IPS y EAPB asumir responsablemente los compromisos adquiridos durante la realización de las unidades de análisis y la construcción de los tableros de problemas.
- Para las EAPB divulgar oportunamente los hallazgos identificados en el tablero de problemas.
- Para las IPS fortalecer los procesos de la prestación de los servicios de salud de acuerdo con las situaciones problema identificadas.

SOCIALIZACION DE UNIDAD DE ANALISIS DE MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS EN POBLACIÓN PRIORIZADA (POBLACIÓN PRIVADA DE LA LIBERTAD)

Unidad desarrollada el 15/04/2026. Usuario de 49 años PPL, que fallece como resultado de una falla sistémica multiorgánica derivada de una Tuberculosis miliar no tratada oportunamente, en interacción con patologías crónicas descompensadas como la Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial.

Dentro de las oportunidades de mejora, asociadas al individuo se evidenciaron:

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	ACTA	Versión:	5	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/07/2024	
		Código:	02-01-F0-0001	

DESARROLLO

Determinantes intermedios: población privada de la libertad, consumidor de sustancias psicoactivas y población con afectaciones en salud mental.

En cuanto a oportunidades de mejora relacionadas con la prestación de servicios de salud, se identificaron:

Prestación de servicios individuales:

- Tratamiento inadecuado o inoportuno: laboratorio da valor crítico y no se inicia tetra conjugado
- Inadecuado diligenciamiento de historia clínica: Se evidencia una falla en la identificación de sintomatología respiratoria durante el último mes de reclusión y registro de esta en la historia clínica, lo que impidió una sospecha temprana de tuberculosis. Esta omisión, sumada a la falta de seguimiento del cultivo positivo, derivó en la ausencia de un tratamiento.
- No se cumplieron las acciones establecidas en las guías de atención clínica: caso sin notificación al Sivigila, con reporte de dato crítico (cultivo positivo para M. tuberculosis)

Acciones de promoción y mantenimiento de la salud:

- Incumplimiento en las acciones de demanda inducida: sin seguimiento a patologías de base
- Incumplimiento en las acciones de protección específica

Prestación de servicios colectivos:

Ausencia o deficiencia de redes de apoyo familiares, comunitarias y sociales.

Procesos de gestión del talento humano:

Insuficiente disponibilidad del talento humano

SOCIALIZACION DE UNIDAD DE ANALISIS DE MORTALIDAD POR CASO NOTIFICADO POR EVENTO 535 (Meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica)

Unidad desarrollada el 21/04/2026, Usuaría de 74 años, la clasificación final determinó que la causa básica de muerte de la usuaria, quien presentaba un estado previo de inmunosupresión (síndrome de Sjogren), estuvo relacionada con enfermedad meningocócica por *Neisseria meningitidis* no asociada a meningitis. Esta condición desencadenó un proceso infeccioso fulminante y fatal caracterizado por un choque séptico derivado de una septicemia abdominal aguda, coagulación intravascular diseminada y trombosis mesentérica secundaria.

Dentro de las oportunidades de mejora, asociadas al individuo se evidenciaron:

Determinantes intermedios: Bajo nivel educativo o analfabetismo del paciente o del cuidador y población con afectaciones en la salud mental: diagnóstico de depresión mayor.

Conocimientos actitudes y practicas en salud: Baja percepción del riesgo para acudir a los servicios de salud: En Intervención Epidemiológica de Campo se identifica que la usuaria presentó caída el 27/03/2026, posible pérdida de conciencia y repite caída el 28/03/2026 posterior a esta, familiares la trasladan al Hospital de Bosa.

Para el caso no se identificaron oportunidades de mejora relacionadas con la prestación de servicios de salud.

SOCIALIZACION DE UNIDAD DE ANALISIS DE MORTALIDAD POR CASO NOTIFICADO POR EVENTO 831 (Varicela)

Unidad desarrollada el 7/05/2026, usuaria de 65 años, la causa básica de la muerte fue la infección por varicela, con antecedente de mieloma múltiple, tratamiento con quimioterapia y ciclos de corticoides, limitando la capacidad de respuesta del cuerpo para frenar la replicación del virus a nivel intracelular; adicional presentó tromboembolismo pulmonar que le generó problema severo de oxigenación; todo lo anterior pudo desencadenar la neumonía multilobar viral y la insuficiencia respiratoria aguda.

Durante la unidad desarrollada se identificaron oportunidades de mejora relacionadas con la prestación de servicios de

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	ACTA	Versión:	5	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/07/2024	
		Código:	02-01-F0-0001	

DESARROLLO

salud:

- No se cumplieron las acciones establecidas en las guías de atención clínica a dos IPS: una no inicio el tratamiento con aciclovir y en otra IPS no se envió el cuerpo a necropsia clínica
- Falla en los mecanismos de seguimiento
- Inadecuado diligenciamiento de la historia clínica: no confirmación y registro de dirección de residencia

SOCIALIZACION DE UNIDAD DE ANALISIS DE MORTALIDAD POR CASO NOTIFICADO POR EVENTO 831 (Varicela)

Unidad desarrollada el 25/05/2026, usuario de 41 años, antecedente de Infección por VIH, pendiente por clasificar.

Dentro de las oportunidades de mejora se identificaron 4 hallazgos, relacionados con el individuo en uno solo de los casos:

Determinantes intermedios: ocupado informal, consumidor de sustancias psicoactivas y población con afectación en salud mental.

Conocimientos actitudes y prácticas: Baja percepción del riesgo para acudir a los servicios de salud.

En cuanto a oportunidades de mejora relacionadas con la prestación de servicios de salud, se identificaron:

Prestación de servicios individuales:

- **No se cumplieron las acciones establecidas en las guías de atención clínica:** no se inicia aciclovir en paciente con inmunocompromiso
- **Falla en los mecanismos de seguimiento:** paciente con egreso a PHD sin valoración integral por su condición de base
- **Inadecuado diligenciamiento de la historia clínica:** error en digitación de tiempo de evolución de lesiones.

Acciones de promoción y mantenimiento de la salud:

- Incumplimiento en las acciones de demanda inducida.

Prestación de servicios colectivos:

No se realiza atención integral de su población afiliada.

5. TRANSMISIBLES: INDICADORES MAYO

OBJETIVO: Realizar retroalimentación de indicadores para Sarampión, Rubeola, Síndrome de Rubeola Congénita, Tos ferina, Meningitis y Tuberculosis, notificados por localidad de residencia en mayo de 2026

RECOMENDACIÓN: Realizar notificaciones oportunas y garantizar la toma de muestra de los eventos notificados.

SARAMPIÓN EVENTO 730

Tasa de notificación de casos sospechosos de Sarampión evento 730

Para mayo 2026 se notificaron 46 casos sospechosos, de los cuales 17 son residentes en la Localidad de Bosa, 16 en la localidad de Kennedy, 10 en la localidad de Fontibón y 3 en la localidad de Puente Aranda. La totalidad de los casos fueron descartados para el evento. Los cuales aportan una tasa de notificación de 1.9×100000 habitantes (se notificaron 1.9 casos sospechosos de sarampión por cada 100000 habitantes en el periodo). De los cuales el 50% se encontraba el grupo de edad de 1 a 4 años, el 28.3% en el grupo de < 1 año, el 13 % en el grupo de 15 a 44 años, el 6,5 % en el grupo de 5 a 14 años y el 2,2% en el grupo de 45 a 59 años. El 52, 2% pertenecen al género masculino y el 44,8% al género femenino.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	ACTA	Versión:	5	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/07/2024	
		Código:	02-01-F0-0001	

DESARROLLO

Proporción de casos con ficha de investigación completa para Sarampión oportuna (menos de 48 horas) / adecuada

Del total de casos notificados para mayo el 89% tuvo una investigación epidemiológica de campo oportuna.

Porcentaje de casos con muestra de suero adecuada

Del total de casos notificados, el 100 % de los casos contaban con muestra de suero recolectada en los primeros 30 días luego de iniciada la erupción.

Porcentaje de muestras de suero recibidas en el laboratorio en los primeros cinco días luego de su recolección

Del total de muestras recibidas en el Laboratorio de Salud Pública de la secretaria Distrital de Salud, el 100% fueron recibidas en los primeros 5 días luego de su recolección.

Porcentaje de muestras de suero procesadas en el laboratorio en los primeros cuatro días luego de su recepción.

Del total de muestras procesadas en el Laboratorio de Salud Pública de la Secretaria Distrital de Salud, el 100 % fueron procesadas en los primeros cuatro días luego de la recolección.

RUBEOLA EVENTO 710

Tasa de notificación de casos sospechosos de Rubeola evento 710

Para mayo 2026 se notificaron 3 casos sospechosos, de los cuales 1 es residente en la Localidad de Kennedy, 1 en la localidad de Puente Aranda y 1 en la localidad de Bosa. La totalidad de los casos fueron descartados para el evento. Los cuales aportan una tasa de notificación de $0.12 * 100000$ habitantes (se notificaron 0.12 casos sospechosos de rubeola por cada 100000 habitantes en el periodo). De los cuales el 100% se encontraban el grupo de edad de 1 a 4 años. El 100% pertenecen al género masculino.

Proporción de casos con ficha de investigación completa para Sarampión oportuna (menos de 48 horas) / adecuada

Del total de casos notificados para mayo, el 100% conto con investigación epidemiológica de campo oportuna

Porcentaje de casos con muestra de suero adecuada

Del total de casos notificados, el 100 % de los casos contaban con muestra de suero recolectada en los primeros 30 días luego de iniciada la erupción.

Porcentaje de muestras de suero recibidas en el laboratorio en los primeros cinco días luego de su recolección

Del total de muestras recibidas en el Laboratorio de Salud Pública de la Secretaria Distrital de Salud, el 100% fueron recibidas en los primeros 5 días luego de su recolección.

Porcentaje de muestras de suero procesadas en el laboratorio en los primeros cuatro días luego de su recepción.

Del total de muestras procesadas en el Laboratorio de Salud Pública de la Secretaria Distrital de Salud, el 100 % fueron procesadas en los primeros cuatro días luego de la recolección.

SINDROME DE RUBEOLA CONGENITA EVENTO 720

Tasa de notificación de casos sospechosos de Síndrome de Rubeola Congénita evento 720

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	ACTA	Versión:	5	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/07/2024	
		Código:	02-01-F0-0001	

DESARROLLO

Para mayo 2026 se notificaron 37 casos sospechosos, de los cuales 18 son residentes en la Localidad de Kennedy, 14 en la localidad de Bosa, 3 en la localidad de Puente Aranda y 2 en la localidad de Fontibón. La totalidad de los casos fueron descartados para el evento. Los cuales aportan una tasa de notificación de $16.4 * 1000$ nacidos vivos (se notificaron 16.4 casos sospechosos de Síndrome de Rubeola Congénita por cada 1000 nacidos vivos en el periodo). El 62% pertenecen al género femenino y el 38% al género masculino.

Porcentaje de casos con muestra de suero adecuada

Del total de casos notificados, el 100 % de los casos contaban con muestra de suero recolectada posterior a la notificación.

TOS FERINA EVENTO 800

Para el evento, en el mes de mayo se notificaron 48 casos probables de tos ferina, de los cuales 18 son residentes en la Localidad de Fontibón, 18 en la localidad de Bosa, 16 en la localidad de Kennedy y 4 en la localidad de Puente Aranda. De los cuales se confirmaron 2 casos para el evento, en la localidad de Kennedy y un caso pendiente por clasificación final residente de la localidad de Kennedy.

Incidencia de tos ferina en menores de un año

Por cada 100.000 menores de un año, residentes en la Subred Sur Occidente se presentaron 9.3 casos.

Incidencia de tos ferina en menores de 5 años

Por cada 100.000 menores de cinco años, residentes en la Subred Sur Occidente se presentaron 1.74 casos.

Proporción de casos de Tos ferina con investigación de campo

Del total de casos notificados el 94% (45 casos probables) cuentan con intervención epidemiológica de campo para el mes de mayo 2026.

Proporción de clasificación de casos confirmados:

El 6% de los casos notificados del evento fueron confirmados, mediante pruebas de laboratorio, para el mes de mayo 2026.

Proporción de clasificación de casos descartados

El 94% de los casos notificados del evento fueron descartados, mediante pruebas de laboratorio, para el mes de mayo 2026.

Letalidad para Tos ferina:

La tasa de letalidad por tos ferina en el periodo evaluado fue del 0%.

MENINGITIS EVENTO 535

Para el evento se notificaron tres casos residentes en la Subred Sur Occidente, uno de ellos residente en la Localidad de Kennedy y dos en la Localidad de Bosa. Se confirmó meningitis por *Haemophilus influenzae*, residente de la localidad de Bosa, con una incidencia para el agente de $0.04 * 100000$ habitantes en población general (0.04 casos por cada 100000 habitantes) y tasa de letalidad del 0% para el agente. En cuanto a grupo de edad el 33% de los casos esta en el grupo de edad de 5 a 14 años, 33% de los casos en el grupo de edad de 15 a 44 años y 33% de los casos en el grupo de edad de 60 y más años. Con respecto al género el 67% correspondían a casos del género femenino y 33% al género masculino.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	ACTA	Versión:	5	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/07/2024	
		Código:	02-01-F0-0001	

DESARROLLO

TUBERCULOSIS EVENTO 813

Con respecto al evento 813, durante el mes de mayo 2026 se notificaron 44 casos de tuberculosis, de los cuales 18 son residentes en la localidad de Kennedy, 18 en la localidad de Bosa, 5 en la localidad de Puente Aranda y 3 en la localidad e Fontibón. Representado en una tasa de incidencia acumulado del año 2026 de 6.9×100000 habitantes (6.9 casos de tuberculosis todas las formas por cada 100000 habitantes residentes) y el 22% de los casos notificados son casos de coinfección TB / VIH. Con respecto a la intervención epidemiológica de campo, en el 94 % de los casos se logró realizar intervención y se logró el registro de 445 contactos durante la visita.

Para el mes de mayo 2026, en cuanto al grupo de edad el 39% se encuentra en el grupo de 15 a 44 años, el 32% en el grupo de 60 y más años, 27 % en el grupo de 45 a 59 años y el 2% en el grupo de 1 a 4 años. De los casos notificados el 27% son casos del género femenino y el 73% son casos registrados en el género masculino.

6. INDICADORES SIVIGILA MAYO 2026

El tablero presentado evidencia un alto nivel de cumplimiento global en la notificación al sistema SIVIGILA 4.0, con la mayoría de las unidades notificadoras registrando porcentajes al 100%, lo cual refleja un desempeño adecuado en los procesos de vigilancia epidemiológica y una consolidación oportuna de la información. Sin embargo, no se identifican unidades con niveles de cumplimiento inferiores al estándar establecido ($\leq 80\%$).

CUMPLIMIENTO ACUMULADO DE LA NOTIFICACION SIVIGILA 4.0 (Fuente PNS 4,0)

DESARROLLO

Occidente	Mes a evaluar :	04 - Abril	2026	
NOMBRE RAZON SOCIAL	CUMPLIMIENTO ACUMULADO DE LA NOTIFICACION SIVIGILA 4.0 (Fuente PN 3 4,0)			
	% DE SEMANAS NOTIFICADAS POSITIVA	% DE SEMANAS NOTIFICADAS NEGATIVA	% SEMANAS SILENCIOSA	% DE CUMPLIMIENTO
ARIZALUD	100%	0%	0%	100%
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	100%	0%	0%	100%
CARMENZA FORERO BUITRAGO	94%	0%	6%	94%
CENTRO DE SALUD EL PORVENIR	100%	0%	0%	100%
CENTRO DE SALUD JOSE MARIA CARBONELL	100%	0%	0%	100%
CENTRO DE SALUD LA ESTACION	100%	0%	0%	100%
CENTRO DE SALUD NUEVAS DELICIAS	100%	0%	0%	100%
CENTRO DE SALUD OLARTE	100%	0%	0%	100%
CENTRO DE SALUD PABLO VI BOSA	100%	0%	0%	100%
CENTRO DE SALUD VILLA JAVIER	100%	0%	0%	100%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA	100%	0%	0%	100%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	100%	0%	0%	100%
CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	100%	0%	0%	100%
DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE HEROES DE 4	100%	0%	0%	100%
GEORGE RENE NOEL CORONADO	82%	6%	12%	88%
HECTOR BERNARDO CERON BENAVIDES	100%	0%	0%	100%
HOSPITAL DE BOSA	100%	0%	0%	100%
JORGE ENRIQUE ORTIZ BOJACA	94%	0%	6%	94%
JOSE ALFONSO VEJAR MONTANEZ	100%	0%	0%	100%
LUIS RAMON CRUZ FERIA	100%	0%	0%	100%
OCTAVIO REYES QUIN	100%	0%	0%	100%
ROGER GUTIERREZ RODRIGUEZ	88%	0%	12%	88%
SERVIMED IPS SA UNIDAD MEDICA BOSA	100%	0%	0%	100%
SOMOS PRIMERO IPS TREBOLIS	100%	0%	0%	100%
UNIDAD MEDICA BOSA NOVA IPS SAS	94%	0%	6%	94%
VIRREY SOLIS IPS SA GRAN PLAZA BOSA	100%	0%	0%	100%
WILLIAM GERMAN CUBILLOS ALVAREZ	88%	0%	12%	88%
YADIRA MATA HERNANDEZ	94%	0%	6%	94%

DESAGREGACIÓN DE EVENTOS INDIVIDUALES NOTIFICADOS -CLASIFICACION INICIAL

DESARROLLO

NOMBRE RAZÓN SOCIAL	DESAGREGACIÓN DE EVENTOS INDIVIDUALES NOTIFICADOS -CLASIFICACIÓN INICIAL DE CASO					
	TOTAL DE CASOS INDIVIDUALES NOTIFICADOS POR LA UPG	SOSPECHOSOS	PROBABLES	CONFIRMADO POR LABORATORIO	CONFIRMADO POR CLÍNICA	CONFIRMADO POR NEXO EPIDEMIOLÓGICO
ARIZALUD	1	0	0	0	1	0
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	90	67	2	17	4	0
CARMENZA FORERO BUITRAGO	1	0	0	1	0	0
CENTRO DE SALUD EL PORVENIR	87	83	0	2	2	0
CENTRO DE SALUD JOSE MARIA CARBONELL	15	11	0	1	3	0
CENTRO DE SALUD LA ESTACION	13	5	0	8	0	0
CENTRO DE SALUD NUEVAS DELICIAS	8	8	0	0	0	0
CENTRO DE SALUD OLARTE	18	14	0	2	0	0
CENTRO DE SALUD PABLO VI BOSA	40	29	0	8	3	0
CENTRO DE SALUD VILLA JAVIER	68	57	0	7	2	0
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA	30	12	0	11	7	0
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	30	16	1	2	11	0
CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	22	15	0	4	3	0
DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE HEROES DE	41	28	0	1	14	0
GEORGE RENE NOEL CORONADO	0	0	0	0	0	0
HECTOR BERNARDO CERON BENAVIDES	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL DE BOSA	991	388	60	84	479	0
JORGE ENRIQUE ORTIZ BOJACA	0	0	0	0	0	0
JOSE ALFONSO VEJAR MONTANEZ	0	0	0	0	0	0
LUIS RAMON CRUZ FERIA	0	0	0	0	0	0
OCTAVIO REYES QUIN	0	0	0	0	0	0
ROGER GUTIERREZ RODRIGUEZ	1	0	0	1	0	0
SERVIMED IPS SA UNIDAD MEDICA BOSA	5	3	0	0	2	0
SOMOS PRIMERO IPS TREBOLIS	7	6	0	0	1	0
UNIDAD MEDICA BOSA NOVA IPS SAS	5	1	0	4	0	0
VIRREY SOLIS IPS SA GRAN PLAZA BOSA	195	188	0	2	7	0
WILLIAM GERMAN CUBILLOS ALVAREZ	0	0	0	0	0	0
YADIRA MATA HERNANDEZ	0	0	0	0	0	0

El tablero de desagregación de eventos individuales notificados muestra una carga importante de casos sospechosos frente a los confirmados, lo que evidencia una adecuada captación inicial de eventos, aunque con un bajo nivel de confirmación diagnóstica, especialmente por laboratorio. Predominan los casos confirmados por clínica y dos casos relacionados por nexo epidemiológico, lo cual sugiere limitaciones en la capacidad diagnóstica o retrasos en los procesos de confirmación. Este patrón puede impactar la precisión de la vigilancia y la respuesta epidemiológica. Se recomienda fortalecer la toma oportuna de muestras, optimizar los tiempos de confirmación y mantener la coherencia entre la clasificación inicial y final de los casos para mejorar la calidad del dato y la sensibilidad del sistema de vigilancia.

OPORTUNIDAD EN LA NOTIFICACION SEMANAL

DESARROLLO

NOMBRE RAZÓN SOCIAL	OPORTUNIDAD EN LA NOTIFICACION SEMANAL		
	TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS	TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS DENTRO DE LOS 8 DIAS DE CONSULTA	% DE OPORTUNIDAD
ARIZALUD	1	1	100%
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	18	18	100%
CARMENZA FORERO BUITRAGO	1	0	0%
CENTRO DE SALUD EL PORVENIR	3	3	100%
CENTRO DE SALUD JOSE MARIA CARBONELL	1	1	100%
CENTRO DE SALUD LA ESTACION	9	9	100%
CENTRO DE SALUD NUEVAS DELICIAS	0	0	NA
CENTRO DE SALUD OLARTE	2	2	100%
CENTRO DE SALUD PABLO VI BOSA	9	9	100%
CENTRO DE SALUD VILLA JAVIER	7	6	86%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA	18	15	94%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	10	10	100%
CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	6	6	100%
DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE HEROES DE S	8	8	100%
GEORGE RENE NOEL CORONADO	0	0	NA
HECTOR BERNARDO CERON BENAVIDES	0	0	NA
HOSPITAL DE BOSA	474	474	100%
JORGE ENRIQUE ORTIZ BOJACA	0	0	NA
JOSE ALFONSO VEJAR MONTANEZ	0	0	NA
LUIS RAMON CRUZ FERIA	0	0	NA
OCTAVIO REYES QUIN	0	0	NA
ROGER GUTIERREZ RODRIGUEZ	1	1	100%
SERVIMED IPS SA UNIDAD MEDICA BOSA	2	2	100%
SOMOS PRIMERO IPS TREBOLIS	0	0	NA
UNIDAD MEDICA BOSA NOVA IPS SAS	4	4	100%
VIRREY SOLIS IPS SA GRAN PLAZA BOSA	5	4	80%
WILLIAM GERMAN CUBILLOS ALVAREZ	0	0	NA
YADIRA MATA HERNANDEZ	0	0	NA

El tablero de oportunidad en la notificación semanal refleja un desempeño óptimo en la mayoría de las unidades notificadoras, con porcentajes de oportunidad superiores al 80% y varias instituciones alcanzando el 100% de notificación dentro de los ocho días posteriores a la consulta. Esto evidencia un adecuado flujo de información y compromiso institucional con la vigilancia oportuna. Sin embargo, se identifican algunas unidades con valores inferiores al estándar (<90%) o sin registro (NA), lo cual podría deberse a baja casuística o fallas en la captura de datos. Se recomienda mantener el seguimiento semanal, fortalecer la trazabilidad de los tiempos de notificación y garantizar la capacitación continua del personal para conservar la alta oportunidad observada.

OPORTUNIDAD EN LA NOTIFICACION INMEDIATA

DESARROLLO

NOMBRE RAZÓN SOCIAL	OPORTUNIDAD EN LA NOTIFICACION INMEDIATA		
	TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS	TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS DENTRO DE 1 DIAS	% DE OPORTUNIDAD
ARIZALUD	0	0	NA
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	69	65	94%
CARMENZA FORERO BUITRAGO	0	0	NA
CENTRO DE SALUD EL PORVENIR	83	83	100%
CENTRO DE SALUD JOSE MARIA CARBONELL	11	11	100%
CENTRO DE SALUD LA ESTACION	4	4	100%
CENTRO DE SALUD NUEVAS DELICIAS	8	8	100%
CENTRO DE SALUD OLARTE	14	14	100%
CENTRO DE SALUD PABLO VI BOSA	29	29	100%
CENTRO DE SALUD VILLA JAVIER	57	56	98%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA	12	9	75%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	18	15	94%
CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	14	11	79%
DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE HEROES DE S	28	28	100%
GEORGE RENE NOEL CORONADO	0	0	NA
HECTOR BERNARDO CERON BENAVIDES	0	0	NA
HOSPITAL DE BOSA	481	459	100%
JORGE ENRIQUE ORTIZ BOJACA	0	0	NA
JOSE ALFONSO VEJAR MONTANEZ	0	0	NA
LUIS RAMON CRUZ FERIA	0	0	NA
OCTAVIO REYES QUIN	0	0	NA
ROGER GUTIERREZ RODRIGUEZ	0	0	NA
SERVIMED IPS SA UNIDAD MEDICA BOSA	3	3	100%
SOMOS PRIMERO IPS TREBOLIS	6	3	50%
UNIDAD MEDICA BOSA NOVA IPS SAS	1	1	100%
VIRREY SOLIS IPS SA GRAN PLAZA BOSA	188	183	98%
WILLIAM GERMAN CUBILLOS ALVAREZ	0	0	NA
YADIRA MATA HERNANDEZ	0	0	NA

El tablero de oportunidad en la notificación inmediata muestra un cumplimiento global favorable, con la mayoría de las unidades notificadoras alcanzando porcentajes superiores al 95%, lo que refleja una adecuada respuesta ante eventos de notificación inmediata y un flujo de información oportuno hacia el sistema de vigilancia. Sin embargo, se observan algunos servicios con desempeños inferiores al estándar ($\leq 80\%$) o sin registros (NA), lo que podría asociarse a ausencia de casos o a demoras en el reporte inicial. Se recomienda fortalecer la sensibilización del personal asistencial sobre la importancia de la notificación en tiempo real y mantener el monitoreo permanente de los tiempos de reporte para garantizar la respuesta temprana frente a eventos de interés en salud pública.

OPORTUNIDAD EN EL AJUSTE DE CASOS/ CUMPLIMIENTO EN EL AJUSTE DE CASO ACUMULADO

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	ACTA	Versión:	5	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/07/2024	
		Código:	02-01-F0-0001	

DESARROLLO

NOMBRE RAZÓN SOCIAL	OPORTUNIDAD EN EL AJUSTE DE CASOS / CUMPLIMIENTO EN EL AJUSTE DE CASOS ACUMULADO										
	TOTAL DE CASOS SUSPECHOSOS Y PROBABLES NOTIFICADOS	AJUSTADOS DESCARTADOS (AJUSTE)	AJUSTADOS CONFIRMADOS POR LABORATORIO (AJUSTE)	AJUSTADOS CONFIRMADOS POR CLÍNICA (AJUSTE)	AJUSTADOS CONFIRMADOS POR NEQX EPIDEMIOLOGICO (AJUSTE)	AJUSTADOS ERROR DE DIGITACIÓN (AJUSTE)	TOTAL DE CASOS AJUSTADOS	CASOS PENDIENTES POR AJUSTE	% DE CASOS AJUSTADOS	NO APLICA REGIÓN	% DE CASOS AJUSTADOS OPORTUNIDAD
ARIZALUD	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	69	0	0	0	0	1	0	3	97%	66	
CARMENZA FORERO BUITRAGO	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
CENTRO DE SALUD EL PORVENIR	83	0	0	0	0	0	0	0	100%	83	
CENTRO DE SALUD JOSE MARIA CARBONELL	11	0	0	0	0	0	0	0	100%	11	
CENTRO DE SALUD LA ESTACION	5	1	0	0	0	0	0	0	100%	5	
CENTRO DE SALUD NUEVAS DELICIAS	8	0	0	0	0	0	0	0	100%	8	
CENTRO DE SALUD OLARTE	14	0	0	0	0	0	0	0	100%	14	
CENTRO DE SALUD PABLO VI BOSA	29	0	0	0	0	0	0	0	100%	29	
CENTRO DE SALUD VILLA JAVIER	57	0	0	0	0	0	0	0	100%	57	
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA	12	0	0	0	0	0	0	0	100%	12	
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	17	2	0	0	0	0	1	0	100%	16	100%
CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	15	0	0	0	0	0	0	0	100%	15	
DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE HEROES DE	28	0	0	0	0	0	0	0	100%	28	
GEORGE RENE NOEL CORONADO	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
HECTOR BERNARDO CERON BENAVIDES	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
HOSPITAL DE BOSA	428	48	8	0	0	2	29	3	100%	396	100%
JORGE ENRIQUE ORTIZ BOJACA	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
JOSE ALFONSO VEJAR MONTANEZ	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
LUIS RAMON CRUZ FERIA	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
OCTAVIO REYES QUIN	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
ROGER GUTIERREZ RODRIGUEZ	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
SERVIMED IPS SA UNIDAD MEDICA BOSA	3	0	0	0	0	0	0	0	100%	3	
SOMOS PRIMERO IPS TREBOLIS	6	0	0	0	0	0	0	0	100%	6	
UNIDAD MEDICA BOSA NOVA IPS SAS	1	0	0	0	0	0	0	0	100%	1	
VIRREY SOLIS IPS SA GRAN PLAZA BOSA	185	0	0	0	0	0	0	0	100%	185	
WILLIAM GERMAN CUBILLOS ALVAREZ	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	
YADIRA MATA HERNANDEZ	0	0	0	0	0	0	0	0	NA	0	

El tablero de oportunidad en el ajuste de caso muestra un cumplimiento acumulado favorable, ya que la mayoría de las unidades notificadoras registran porcentajes superiores al 95%, evidenciando un adecuado desarrollo de los ajustes. Sin embargo, al analizar la oportunidad en los tiempos de ajuste, solo el 30% de las UPGD los realizan dentro del periodo establecido. Asimismo, se identifican servicios con desempeños inferiores al estándar ($\leq 80\%$) o sin registro (NA), lo cual podría estar asociado a la ausencia de notificación de casos que requieran toma de laboratorio.

CUMPLIMIENTO Y CALIDAD EN EL INGRESO DE LABORATORIOS DE LOS EVENTOS CONFIRMADOS POR LABORATORIO

DESARROLLO

NOMBRE RAZÓN SOCIAL	CUMPLIMIENTO Y CALIDAD EN EL INGRESO DE LABORATORIOS DE LOS EVENTOS CONFIRMADOS POR LABORATORIO		
	NUMERO DE CASOS CONFIRMADOS POR LABORATORIO (INGRESO Y AJUSTE)	NUMERO CASOS CON REPORTE POSITIVO, REACTIVO O COMPATIBLE INGRESADO EN EL MODULO LABORATORIO DEL SI	% CUMPLIMIENTO
ARIZALUD	0	0	
BIENESTAR IPS GRAN PLAZA BOSA	17	17	100,0%
CARMENZA FORERO BUITRAGO	1	1	100,0%
CENTRO DE SALUD EL PORVENIR	2	2	100,0%
CENTRO DE SALUD JOSE MARIA CARBONELL	1	1	100,0%
CENTRO DE SALUD LA ESTACION	7	7	100,0%
CENTRO DE SALUD NUEVAS DELICIAS	0	0	
CENTRO DE SALUD OLARTE	2	2	100,0%
CENTRO DE SALUD PABLO VI BOSA	8	8	100,0%
CENTRO DE SALUD VILLA JAVIER	8	8	100,0%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA	10	10	100,0%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	2	2	100,0%
CLINICA DE LA POLICIA SEDE SUR	3	3	100,0%
DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE HEROES DE S	1	1	100,0%
GEORGE RENE NOEL CORONADO	0	0	
HECTOR BERNARDO CERON BENAVIDES	0	0	
HOSPITAL DE BOSA	83	83	100,0%
JORGE ENRIQUE ORTIZ BOJACA	0	0	
JOSE ALFONSO VEJAR MONTANEZ	0	0	
LUIS RAMON CRUZ FERIA	0	0	
OCTAVIO REYES QUIN	0	0	
ROGER GUTIERREZ RODRIGUEZ	1	1	100,0%
SERVIMED IPS SA UNIDAD MEDICA BOSA	0	0	
SOMOS PRIMERO IPS TREBOLIS	0	0	
UNIDAD MEDICA BOSA NOVA IPS SAS	4	4	100,0%
VIRREY SOLIS IPS SA GRAN PLAZA BOSA	2	2	100,0%
WILLIAM GERMAN CUBILLOS ALVAREZ	0	0	
YADIRA MATA HERNANDEZ	0	0	

El tablero de cumplimiento y calidad en el ingreso de laboratorios de los eventos confirmados por laboratorio evidencia un comportamiento general favorable, dado que la mayoría de las unidades notificadoras registran porcentajes superiores al 95%, lo que refleja un adecuado diligenciamiento de la información de laboratorio. No obstante, al analizar la oportunidad en el ingreso de estos resultados, solo un 30% de las UPGD cumple con los tiempos establecidos.

CONCLUSIÓN GENERAL

En conjunto, los tableros evidencian un desempeño sólido del sistema de vigilancia, con altos niveles de cumplimiento, oportunidad y notificación oportuna en la mayoría de las unidades. No obstante, persisten brechas puntuales en la confirmación diagnóstica y la notificación inmediata en algunos servicios, lo que requiere acciones de fortalecimiento en la calidad del dato, seguimiento técnico y sostenibilidad del reporte oportuno.

7. INDICADORES DE LA CALIDAD DEL AGUA

Objetivos:

1. Presentar el IRCA consolidado mayo 2026.

Desarrollo

Se realiza la presentación del índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano – IRCA para el mes de Mayo, teniendo en cuenta que del consolidado de las 64 muestras de control a lo largo del mes en los 181 puntos de

	ACTA	Versión:	5	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/07/2024	
		Código:	02-01-F0-0001	

DESARROLLO

monitoreo arrojaron un nivel de riesgo “Sin Riesgo”, sin embargo el 7,81% (5) de las muestras analizadas presentaron una no aceptabilidad respecto a los parámetros fisicoquímicos y microbiológicos establecidos en la resolución 2115 de 2007, los cuales fueron los puntos Pileta Maranta (Sin Riesgo), Pileta Altablanca (Sin Riesgo), Tanque Jalisco (Sin Riesgo), Tanque Castillo (Sin Riesgo) y Tanque Quiba (Riesgo Medio) tal como se observa en el mapa, esto producto de un cambio en las válvulas de suministro que provoco aumento en los niveles manganeso en el agua.

Conclusión

Las condiciones de calidad del agua presentes en el distrito entregada por la EAAB son variables razón por la que es importante mantener un proceso de vigilancia y control sobre estas garantizando así la calidad suministrada a todos los usuarios.

8. TEMA CENTRAL: ESTADISTICAS VITALES

RESOLUCIÓN 0717 DE ABRIL DE 2026

Se da inicio contextualizando sobre la resolución 0717 de 21 de abril de 2026 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, norma que establece el marco regulatorio para la gestión integral, sanitaria y epidemiológica del cadáver humano en Colombia, definiendo las responsabilidades de los diferentes actores que intervienen desde la ocurrencia de la muerte hasta la disposición final del cadáver.

Objetivo

La presente resolución tiene por objeto reglamentar los procedimientos para el manejo, preservación, traslado, inhumación, cremación y destino final en el marco de la gestión integral de los cadáveres humanos en el territorio nacional, en el ámbito hospitalario, extrahospitalario y funerario, en lo que se refiere a los aspectos sanitarios y de salud pública.

Ámbito de aplicación

Las disposiciones contenidas en la presente resolución aplican a los actores involucrados en la gestión de cadáveres, así como a las entidades promotoras de salud, instituciones prestadoras de servicios de salud, secretarías de salud o entidades que hagan sus veces, bancos de tejidos, cementerios, establecimientos que operen tecnologías para la transformación de cadáveres, cementerios parroquiales, autoridades judiciales, empresas de servicios funerario y población general.

Principios orientadores para la gestión del cadáver

- Principio de precaución: Para el manejo y gestión integral de cadáveres humanos independientemente de su procedencia o causa de muerte, que requieran procedimientos post mortem, trámites sanitarios, trasladados y destino final, se deben tomar las precauciones y aplicar cabalmente las medidas de bioseguridad correspondientes, con el fin de disminuir los riesgos y evitar la ocurrencia de accidentes y enfermedades al personal que los manipula, transporta y comunidad en general, desde el momento del deceso hasta su destino final.
- Principio de dignidad humana: Es un derecho fundamental, de eficacia directa, cuyo reconocimiento general compromete el fundamento político del Estado. En tal sentido, la dignidad es un valor constante y trasciende el hecho de la muerte, pues el cuerpo inerte perteneció a una persona y constituye un conjunto de memorias y relaciones con otros individuos.
- Principios de los rituales funerarios: El ritual funerario es considerado un acto organizado y solemne que se realiza al final de la vida de una persona en el que se reconoce y respeta la dignidad humana, la cual trasciende su condición vital. Los principios de dignidad, respeto e intimidad serán regidores de los actos que se realicen sobre el cadáver (traslados iniciales, intermedios y finales, el proceso de tanatopraxia o embalsamamiento, la presentación del cadáver en los actos fúnebres, los servicios complementarios y de destino final), en tanto se les reconoce como factor implicado en la salud mental de los deudos o dolientes, entendido por estos, aquellos que sufren la pérdida y están de luto.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	ACTA	Versión:	5	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/07/2024	
		Código:	02-01-F0-0001	

DESARROLLO

Clasificación de los cadáveres

- Categoría 1: Cadáver sin antecedente conocido ni sospecha de enfermedad infecciosa de interés en salud pública.
- Categoría 2: Cadáver con diagnóstico o antecedente conocido de enfermedad infecciosa de interés en salud pública como: hepatitis C, tuberculosis, infección viral respiratoria grave (influenza aviar, BARS, MERS), ántrax, plaga, rabia, fiebre hemorrágica (ébola), enfermedad de Creutzfeldt-Jacob (confirmada por autopsia), y los declarados como eventos sanitarios de interés internacional.

Los actores involucrados en la gestión de cadáveres, de acuerdo a su categoría, deberán dar cumplimiento a los criterios y medidas establecidas en el Anexo Técnico No. 1.

Fases de la atención post mortem

Primera fase postmortem

Las entidades promotoras de salud a través de su red de prestadores de servicios de salud, deben proveer la asistencia necesaria para la atención post mortem del afiliado fallecido, que permita determinar los diagnósticos y/o causas de la defunción incluyendo los procedimientos de comprobación a que hubiere lugar por medio de las autopsias clínicas, para determinar la causa de la muerte, conforme con lo dispuesto en los artículos 2.8.9.6, 2.8.9.7 y 2.8.9.15 del Decreto 780 de 2016, la certificación inmediata de la defunción con la herramienta dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social y la entrega prioritaria del cadáver a las empresas de servicios funerarios contratados por los familiares o deudos, dolientes, responsables legales o institucionales, según el caso.

Estos servicios deben ser garantizados por Entidades Promotoras de Salud - EPS y las entidades adaptadas, al tratarse de servicios incluidos dentro del Plan de Beneficios en Salud financiados con la UPO.

Realizadas las acciones de reconocimiento exhaustivo del cadáver, examen físico detallado, interrogatorio a familiares y revisión de registros médicos y antecedentes disponibles y la inspección de las condiciones del entorno en donde se encuentra el cadáver, de existir duda razonable sobre la causa de muerte, el profesional de la medicina o trabajador de la salud autorizado para certificar la misma, deberá solicitar la autopsia clínica a la EPS y en caso de corresponder a una muerte no natural o que persista la duda, comunicar a la autoridad judicial.

Responsabilidades en la primera fase de atención post mortem

- Entidades Promotoras de Salud: organizar y gestionar la red de prestadores de servicios de salud para la atención integral en salud a sus afiliados, disponiendo de redes integrales e integradas de servicios de salud con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS o cualquier otra que tenga prestación de servicios en modalidad extramural con el fin de atender la contingencia, incluidos los procedimientos para la comprobación de la muerte y certificación médica de la defunción cuando una persona afiliada fallece y se requiere para determinar la causa de su muerte, realizar autopsias clínicas, en esta última situación, deberá disponer de todo lo necesario para la realización del procedimiento, almacenamiento temporal cuando se requiera y el traslado de cadáver a la institución prestadora de servicios de salud que la efectuará, definir e informar a los afiliados sobre la red de prestadores de servicios de salud de primera fase post mortem y el procedimiento a seguir en caso de ocurrir una defunción en el domicilio del afiliado, garantizando la atención 24 horas, 7 días a la semana para atender estos casos.

Para el efecto, mantendrán un registro actualizado de las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud - IPS que hacen parte de su red con capacidad de ofrecer estos procedimientos.

- Secretaría de salud o quien haga sus veces: son responsables en la primera fase post mortem de las personas que pertenecen a la población pobre no afiliada y vulnerable en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que fallezcan y requieran la práctica de autopsia clínica.
- Instituciones prestadoras de servicios de salud: son responsables de la prestación de servicios en la primera fase de atención postmortem de las personas fallecidas que pertenecen a la población afiliada, sea por asignación con quienes ha contratado la prestación de sus servicios o por asignación de cobertura en la jurisdicción donde se ubica, o por atención obligatoria de las urgencias, hospitalización o cirugías. Deberán informar de manera oportuna a las Empresas de Servicios Funerarios sobre los riesgos biológicos conocidos o

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	ACTA	Versión:	5	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/07/2024	
		Código:	02-01-F0-0001	

DESARROLLO

razonablemente presumidos en el cadáver en concordancia con lo establecido en el Anexo Técnico 1 de la presente resolución.

- Médicos tratantes y no tratantes: profesionales de la medicina inscritos en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (Rethus) o que se encuentren adelantando el Servicio Social Obligatorio (SSO), autorizados para brindar la atención en la primera fase post mortem de cualquier individuo, mediante la comprobación y declaración de la muerte de una persona, en los ámbitos donde ocurre la defunción, actuando en representación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Deberán informar de manera oportuna a las Empresas de Servicios Funerarios sobre los riesgos biológicos conocidos.
- Autoridades judiciales: la autoridad judicial realizará la inspección y traslado del cadáver a las sedes del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF en los casos señalados en los artículos 2.8.9.6 y 2.8.9.7. del Decreto 780 de 2016. Así mismo, deberán atender la solicitud de acompañamiento que demanden los médicos y otros profesionales de salud, cuando exista una duda razonable sobre la existencia de una causa externa, ya sea en un ámbito institucional o no institucional. Cuando se determine que la manera de muerte fue natural, pero exista duda razonable frente a su causa y no existan elementos que motiven la intervención de un agente externo, se realizará autopsia clínica, conforme a lo establecido en la norma citada.
- Autoridades forenses: de conformidad con las normas vigentes, los médicos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF y los profesionales de la salud que prestan sus servicios como auxiliares de justicia, solicitados por las autoridades competentes, son responsables del peritaje para establecer, entre otros, la causa y manera de muerte, mediante la práctica de la autopsia médico-legal de la persona fallecida, siempre que sea requerida por las autoridades competentes como resultado de la inspección técnica al cadáver.
- Bancos de tejidos: responsables de la entrega del cadáver después de la extracción de tejidos y al momento de la entrega de este a la empresa de servicios funerarios y a los familiares. Deberán garantizar el diligenciamiento de registros que aseguren la reconstrucción del cadáver, cumplir con las disposiciones normativas legales de la entrega y trazabilidad de la extracción de tejidos, así como con lo dispuesto en la Resolución 5108 de 2005 de este Ministerio, o la norma que la modifique o sustituya, y con los lineamientos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF en cuanto al manejo, restitución y entrega del cadáver a quienes se les haya extraído tejidos.

Atención post mortem en las Instituciones prestadoras de servicios de salud

La atención postmortem empieza inmediatamente fallece el paciente:

- Comprobar y declarar la muerte.
- Conservar en el cadáver la manilla o mecanismo de identificación utilizado desde el ingreso del paciente a las instalaciones.
- Realizar consulta al registro nacional de donantes, como derecho establecido en la Ley 1805 de 2016, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el coordinador nacional de la Red de Donación y Trasplantes.
- Informar a los familiares sobre el fallecimiento del paciente y el procedimiento de amortajamiento y permitir el acompañamiento de quien la familia decida. En caso de enfermedad contagiosa del paciente se procede a un amortajamiento especial.
- En caso de extracción de órganos y/o tejidos, la institución encargada del proceso garantizará el restablecimiento estructural y conservación estética del cadáver, para ello, se contará con el acta de entrega del cadáver sometido a extracción de órganos y tejidos con fines de trasplante, que se encuentra en el Anexo Técnico No. 9 de la presente resolución, con el fin de informar sobre el procedimiento realizado a la IPS y a los servicios funerarios.
- Diligenciar el certificado de defunción en caso de muerte natural.
- Preservar la intimidad de la persona fallecida.
- Realizar el lavado de manos después de tener contacto directo con el cadáver y uso de elementos de

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	ACTA	Versión:	5	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/07/2024	
		Código:	02-01-F0-0001	

DESARROLLO

bioseguridad durante el manejo de este.

- Retirar los catéter y drenajes al fallecido, salvo en caso de necropsia.
- Realizar higiene completa a la persona fallecida.
- Taponar las salidas de sangre y secreciones colocando el apósito perianal tras un taponamiento rectal y vaginal si precisa, excepto en caso de muerte no natural con sospecha de violencia sexual.
- Cerrar los ojos bajando los párpados, tirando de las pestañas y colocando la dentadura si se le hubiese retirado.
- Entregar las pertenencias del difunto en una bolsa debidamente identificada con el nombre de la persona fallecida
- Proceder al traslado a la morgue o depósito de cadáveres para la entrega a los servicios funerarios y familiares.
- Dar aviso al personal de servicios generales para realizar la limpieza y desinfección y aseo terminal de la habitación o sitio del fallecimiento de la persona.

Cuando una persona fallece por causa natural en una IPS, la declaratoria de muerte, la determinación de su causa y certificación, deben ser realizados por profesionales médicos tratantes o no tratantes. A partir del reconocimiento físico del cadáver, su examen, la revisión de su historia clínica y otras fuentes que aporten datos pertinentes, el médico procederá a dejar constancia del hecho vital en la historia clínica, ingresará el certificado en el Módulo de Nacimiento y Defunciones del Registro Único de Afiliados - RUAF ND y expedirá el certificado de defunción.

Si la información del examen físico y los registros clínicos complementados con el interrogatorio a familiares no es suficiente para establecer el diagnóstico clínico, o persiste la duda sobre las causas que condujeron a la muerte, se debe realizar autopsia clínica.

Atención post mortem en una muerte natural que ocurre en el domicilio

Cuando la muerte natural ocurre en el ámbito domiciliario, los familiares o testigos deben contactar a la IPS que le brindó la última atención en salud, o en su defecto, comunicarse con el prestador de servicios de salud que le indique la EPS a la que se encontraba afiliado el fallecido.

La comprobación y certificación de una defunción debe realizarla el médico o una Institución Prestadora de Servicios de Salud, para lo cual el informante deberá reportar la ocurrencia del hecho para obtener dicho servicio.

Si es una muerte natural esperada en una persona con enfermedad terminal, o con enfermedad grave con hospitalización extramural domiciliaria, el médico tratante o designado por la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS expedirá el certificado de defunción.

Podrá practicarse la autopsia clínica, aun cuando no exista consentimiento de los deudos, en los casos de emergencia sanitaria, en aquellos en los cuales la investigación científica con fines de salud pública así lo demande, y en los casos en que sea exigida por el médico que deba expedir el certificado de defunción.

Tratándose de eventos de interés en salud pública, la solicitud de autopsia debe establecer claramente los objetivos de la misma. El personal de las IPS que intervenga en la cadena de custodia de las autopsias clínicas y otros procedimientos deberá garantizar la protección de la información, verificando que los resultados de las autopsias sean manejados con estricta confidencialidad para proteger la privacidad. La información debe compartirse solo con las partes relevantes y para fines específicos de salud pública. El procedimiento debe registrar la desidentificación, cuando se utilizan datos para investigación o estudios epidemiológicos, con el propósito de evitar la identificación de las personas.

Atendiendo a los principios bioéticos, se debe garantizar el respeto por creencias culturales y religiosas, buscando alternativas cuando sea posible y la transparencia del procedimiento, verificando que los resultados de las autopsias se comuniquen de manera transparente a las partes interesadas y a las familias, siempre que sea posible y adecuado, respetando la confidencialidad. Las instituciones donde se realizan autopsias clínicas, están obligadas a cumplir con los lineamientos para la toma, almacenamiento, transporte y envío de muestras de tejidos al Instituto Nacional de Salud - INS para la confirmación de las causas de muerte, siempre que se trate de eventos de interés en salud pública sujetos a vigilancia y se requiera para la confirmación de diagnósticos presuntivos, de acuerdo con los protocolos publicados por el Instituto Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco del sistema de vigilancia en salud pública - SIVIGILA.

Atención post mortem en muerte no natural fuera de la IPS.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	ACTA	Versión:	5	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/07/2024	
		Código:	02-01-F0-0001	

DESARROLLO

Cuando ocurre la muerte en el domicilio o en otro lugar distinto, y se encuentran evidencias físicas o testimoniales de causa externa, sospecha o duda razonable respecto de la causa de esta, el médico que está asignado para certificar la muerte, los familiares o testigos, deberán notificar a la policía judicial para el respectivo trámite de inspección y direccionamiento del cadáver a una unidad del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF. Esta actuación también procede cuando la persona fallecida no puede ser identificada.

Segunda fase postmortem

Esta fase comprende desde la entrega del cadáver a los servicios funerarios contratados por los familiares o deudos, dolientes o responsables legales e institucionales, hasta el destino final del cadáver, restos humanos, restos óseos o cenizas.

Responsabilidades en la segunda fase de atención post mortem. Corresponde a las responsabilidades de los actores involucrados en la segunda fase de atención post mortem, así:

Empresas de servicios funerarios: Prestar los servicios de preparación del cadáver, obtención de licencias de inhumación, exhumación, cremación y traslado del cadáver, suministro de carroza fúnebre para el servicio, cofre fúnebre, sala de velación, trámites civiles y eclesiásticos, servicios complementarios.

Entidad territorial municipal o distrital: atención post mortem desde la entrega por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud o el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses hasta el destino final del cadáver, a través de empresas de servicios funerarios, de las personas fallecidas que pertenecen a la población pobre de solemnidad y vulnerable que fallezcan.

Secretarías de salud o las entidades que hagan sus veces: realizar la inspección, vigilancia y control sanitario de los establecimientos de servicios funerarios, salas de velación, vehículos para el transporte de cadáveres, cementerios, morgues, salas de tanatopraxia, establecimiento de destino final y depósitos de almacenamiento de cadáveres, entre otros, presentes en su jurisdicción.

Deudos, doliente, responsables legales: Son los encargados de coordinar y contratar, los rituales funerarios con las empresas de servicios funerarios en el menor tiempo posible a fin de reducir los riesgos para la salud pública.

Retiro del cadáver de las instalaciones

Los deudos, dolientes o responsables legales o institucionales del fallecido, son responsables de coordinar con las IPS o el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, cuando aplique, y con las empresas de servicios funerarios, el retiro del cadáver de sus instalaciones en el menor tiempo posible y acorde con los protocolos de bioseguridad y rutas de evacuación.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud, así como el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, deberán llevar registro de la entrega y recepción de cadáveres, el que deberá contar como mínimo con los siguientes datos:

- Nombre y número de documento de identificación del fallecido o en su defecto soportes del procedimiento de identificación realizado por los peritos de medicina legal, en caso de tratarse de un cadáver no identificado.
- Nombre y documento de identidad del responsable de la entrega del cadáver al servicio funerario.
- Nombre y documento de identidad del deudo, doliente o responsable legal institucional que autoriza al servicio funerario el retiro del cadáver de las instalaciones.
- Razón social y NIT de la empresa de servicio funerario que retira el cadáver. 20.5. Hora de salida del cadáver de las instalaciones.
- Mecanismo de marcación del cadáver (manilla, microchip, tarjeta, rotulo, marcación externa).
- Placa del vehículo o coche fúnebre.

Anexo 1 Criterios y medidas para el manejo de cadáveres

- Momento de inicio: al establecer diagnóstico de muerte y certificarla.
- Responsable de la clasificación del cadáver: médico que certifica la muerte.
- Personal involucrado con el manejo del cadáver: personal médico y de atención en salud, personal de la morgue, trabajadores de las empresas de servicios funerarios y operarios de los cementerios.
- Requisitos básicos para el manejo de cadáveres por parte del personal de las empresas de servicios funerarios:
- Vacunación completa contra Hepatitis B, Tétano y Difteria o comprobación de inmunidad.
- Uso de equipo de protección personal adecuado (se recomienda uso rutinario de mascarilla N95 de alta

DESARROLLO

eficiencia, ropa de protección corporal, guantes, monogafas).

- Practicar higiene de manos con agua y jabón después de cualquier tipo de manejo del cadáver (posterior a la remoción del equipo de protección personal).
- No consumir alimentos o bebidas en lugares designados para el manejo de cadáveres (morgues, salas de tanatopraxia, salas de exhumación).
- Práctica de autopsias/autopsias medico legales: Para cadáveres de categoría 2 la realización de autopsias clínicas solo será bajo criterio médico y en casos de salud pública para la confirmación de la enfermedad de ser estrictamente necesario. Para este tipo de cadáveres (categoría 2), en casos de requerirse autopsias clínica o médico -legales, se recomienda tomar estrictas medidas de precaución y menor manipulación posible.

ASPECTO / CONSIDERACIONES DE MANEJO DEL CADÁVER	CATEGORÍA 1	CATEGORÍA 2
Código de color etiqueta para el manejo del cadáver	AZUL RIESGO BAJO	ROJO RIESGO ALTO
Descripción del tipo de cadáver por agente causante de muerte	Sin condiciones especiales, cualquier cadáver que no cumpla los criterios para la clasificación 2.	Cadáver con diagnóstico o antecedente conocido de infección por Hepatitis C, tuberculosis, infección viral respiratoria grave (e.g. influenza aviar, SARS, MERS), ántrax, plaga, rabia, fiebre hemorrágica (e.g. ébola), enfermedad de Creutzfeldt-Jacob (confirmada por autopsia). Declarada como Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional – ESPII.
Embalaje	Mortaja usual en tela, no requiere embalaje plástico.	Si se realiza la tanatopraxia o el embalsamamiento, se podrá utilizar la mortaja usual en tela, sin requerir embalaje plástico. Si no se realiza la tanatopraxia o embalsamamiento, será obligatorio en plástico de alta densidad (una bolsa). Impregnar por aspersión con agente desinfectante la bolsa en la cara en contacto con el cadáver – cerrar e impregnar por aspersión la cara externa.
Rituales funerarios	Permitido.	Permitidos cuando se realiza la tanatopraxia; de lo contrario, deberá garantizarse el destino final del cadáver antes de 24 horas, con el fin que el mismo no genere un riesgo sanitario en el ritual funerario.
Tanatopraxia	Permitido.	Permitido, fortaleciendo los equipos y elementos de protección personal, higiene del personal y demás recomendaciones establecidas en el sistema de salud y seguridad en el trabajo.
Destino Final	•Inhumación. •Cremación. •Otras tecnologías de destino final.	•Inhumación. •Cremación. La determinada para el ESPII particular por entidad nacional o internacional.
Equipo de protección personal necesario para el manejo de cadáveres	Durante la tanatopraxia: 1. Ropa de protección corporal antifluido.	Manejo antes y durante el embalaje o tanatopraxia: 1. Ropa de protección corporal antifluido y

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	ACTA	Versión:	5	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/07/2024	
		Código:	02-01-F0-0001	

DESARROLLO

	2. Guantes (nitrilo o similares). 3. Protector respiratorio con máscara Full Face.	traje de protección corporal encima de éste. 2. Protector respiratorio (preferiblemente N95, obligatoria en caso de tuberculosis) o mascarilla tipo 3 y/o máscara Full Face. 3. Doble par de guantes. 4. Gafas de seguridad o mascarilla tipo 3 y/o máscara Full Face.
--	--	--

PRETEST Y POSTEST

Según la Resolución 717 de 2026 las categorías del riesgo sanitario se dividen en:

- Categoría 1 y 2
- Fase postmortem 1 y 2
- Categoría 1,2 y 3

Según la Resolución 717 de 2026 en la 1ra Fase Postmortem una de las responsabilidades de la EPS es:

- Coordinación y gestión de la red de prestadores de servicios de salud para dar respuesta oportuna.
- Ejecución de la segunda fase: preparación, estética y rituales.
- Vigilancia, control sanitario y gestión de poblaciones vulnerables.

Según la Resolución 717 de 2026 la EPS con su red prestadora deberán en el caso de Necropsia Clínica:

- Disponer todo lo necesario para realizar el procedimiento, además del almacenamiento temporal y traslado si se requiere,
- Solicitar a los servicios funerarios realizar el proceso de solicitud de licencias de inhumación o cremación lo más pronto posible.
- En casos de EISP solicitar de manera obligatoria la autorización de familiares o dolientes del paciente fallecido.

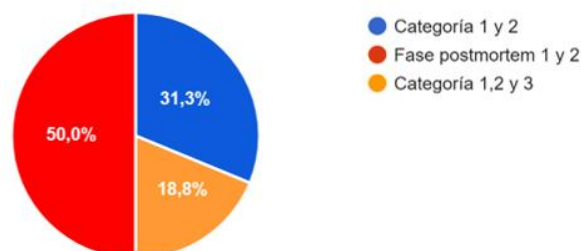
ANÁLISIS DE PRE - TEST Y POS – TEST COVE LOCAL DE BOSA

A continuación, se relaciona el análisis de cada una de las preguntas realizadas.

PRE TEST

Realizado por 16 asistentes.

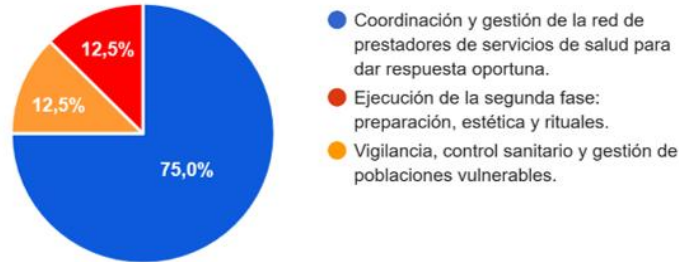
1.Según la Resolución 717 de 2026 las categorías del riesgo sanitario se dividen en:



El 31,3% contestó de manera correcta la respuesta (a) categoría 1 y 2. El 68,7% no tiene claridad sobre las categorías del riesgo sanitario.

DESARROLLO

2. Según la Resolución 717 de 2026 en la 1ra Fase Post mortem una de las responsabilidades de la EPS es:



El 75,0% contestó de manera correcta la respuesta (a) la coordinación y gestión de la red de prestadores de servicios de salud para dar respuesta oportuna.

3. Según la Resolución 717 de 2026 la EPS con su red prestadora deberán en el caso de Necropsia Clínica:

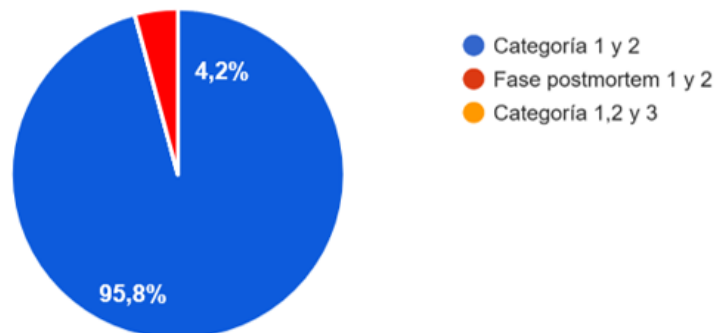


El 50,0% contestó de manera correcta la respuesta (a) disponer todo lo necesario para realizar el procedimiento, además del almacenamiento temporal y traslado si se requiere.

POST TEST

Realizado por 24 asistentes.

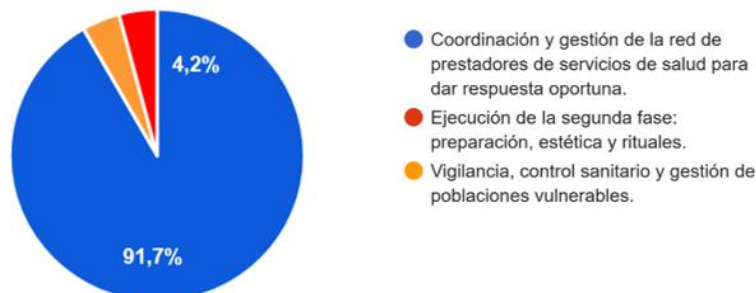
1. Según la Resolución 717 de 2026 las categorías del riesgo sanitario se dividen en:



El 95,8% contestó de manera correcta la respuesta (a) y tiene claridad de las categorías para el riesgo sanitario en el manejo de cadáveres, porcentaje que aumentó en un 64,5% respecto al pre test, mostrando claridad en el tema.

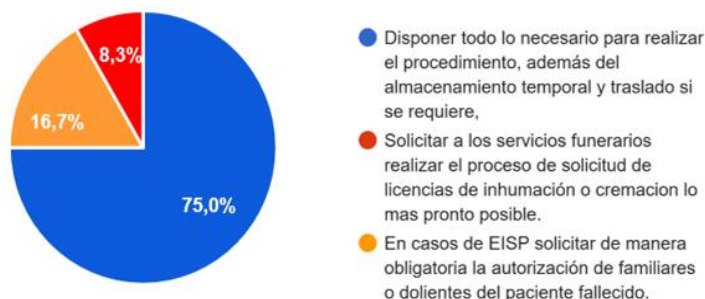
DESARROLLO

2. Según la Resolución 717 de 2026 en la 1ra Fase Post mortem una de las responsabilidades de la EPS es:



El 91,7% contestó de manera correcta la respuesta (a) la coordinación y gestión de la red de prestadores de servicios de salud para dar respuesta oportuna, con un aumento del 16,7% respecto al pre test aplicado, mostrando claridad en el tema.

3. Según la Resolución 717 de 2026 la EPS con su red prestadora deberán en el caso de Necropsia Clínica:



El 75,0% contestó de manera correcta la respuesta (a) disponer todo lo necesario para realizar el procedimiento, además del almacenamiento temporal y traslado si se requiere, con un aumento del 25,0% respecto al pre test aplicado.

De acuerdo al análisis realizado de las respuestas del post test aplicado, se concluye que la socialización realizada permitió que los asistentes al COVE, adquirieran conocimientos Y conocieran los temas relacionados en la resolución 717 /2026 frente al manejo y gestión integral del cadáver humano en el ámbito hospitalario. Se recomienda socializar la información con los médicos certificadores de cada institución.

Análisis de la Evaluación del COVE Local de Bosa

Los resultados obtenidos reflejan un alto nivel de satisfacción y un marcado sentido de cumplimiento frente al desarrollo del COVE Local. Las respuestas evidencian una valoración ampliamente favorable por parte de los participantes, destacando la claridad en la convocatoria, la pertinencia de los temas abordados, la utilidad práctica de los conocimientos compartidos y la adecuada selección de las herramientas empleadas. Estos hallazgos confirman el adecuado cumplimiento de los objetivos propuestos. No obstante, se identifican algunos aspectos susceptibles de mejora, los cuales se orientan principalmente al fortalecimiento de elementos operativos y metodológicos, como la optimización de los horarios y el fortalecimiento de las dinámicas para promover una mayor participación e interacción durante las sesiones.

A continuación, se presenta un análisis detallado por pregunta:

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	ACTA	Versión:	5	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/07/2024	
		Código:	02-01-F0-0001	

DESARROLLO

1. ¿La convocatoria enviada para el COVE local fue clara y oportuna?

La mayoría de los participantes respondieron “Sí”, indicando que la convocatoria fue enviada con tiempo adecuado y con información suficiente. No se registran observaciones negativas relevantes, por lo que se concluye que la comunicación inicial fue efectiva.

2. ¿Los contenidos fueron claros, concretos y comprensibles?

Las respuestas fueron casi en su totalidad afirmativas, lo que refleja que los temas tratados se explicaron de manera adecuada, con buena estructura y lenguaje comprensible. Los comentarios mencionan “claridad” como un aspecto destacado.

3. ¿Los conocimientos adquiridos son útiles y aplicables en su campo de desempeño?

La mayoría respondió “Sí”, lo que indica que los contenidos fueron pertinentes para las labores de los asistentes. Algunos comentaron que la información fue “interesante”, “útil”, “importante” y que aportó “aprendizaje”.

4. ¿La reunión aportó nuevos conocimientos?

Las respuestas fueron ampliamente positivas. Varios participantes destacaron que la reunión fue “Aporto nuevos conocimientos”, que recibieron “muchísimas gracias”.

5. ¿La metodología empleada permitió el cumplimiento de los objetivos?

La totalidad respondió “Sí”, indicando que la metodología fue adecuada para el desarrollo de la sesión. No se evidencian barreras metodológicas significativas.

6. Las herramientas de apoyo (presentaciones, material didáctico, listas de chequeo, etc.) facilitaron la comprensión de los temas

Las respuestas fueron mayormente afirmativas, resaltando que las herramientas permitieron fortalecer la comprensión de los temas tratados. Algunos mencionaron que facilitaron la comprensión de los temas.

Aspectos positivos del COVE local (según los participantes)

- Nuevos conocimientos y aclarar dudas del proceso de notificación
- Aclaración de conceptos nuevos
- Conocer indicadores de salud para localidad
- Muy organizado cumplimiento de tiempos
- Claridad en la información
- El tema central fue puntual, conciso y claro
- La actualización
- Aprendizaje continuo
- La información y el dominio de los expositores
- Buen manejo de los temas por parte de los expositores
- Adquirir y aclarar conocimientos
- Información es clara y oportuna
- Puntualidad
- Aclarar las dudas sobre las alertas epidemiológicas
- Cordialidad
- Temas acordes a las necesidades de formación
- Los referentes fueron muy amables y respondieron nuestras inquietudes
- Amabilidad del equipo
- Información interesante e importante

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	ACTA	Versión:	5	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	12/07/2024	
		Código:	02-01-F0-0001	

DESARROLLO

- Buen COVE en general (percepción positiva del espacio)

9. CONCLUSIONES

El desarrollo del COVE Local permitió realizar un análisis integral y actualizado de la situación epidemiológica de las localidades de Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda, consolidando este espacio como un escenario técnico clave para la toma de decisiones en salud pública. A través del seguimiento a indicadores PAI, alertas ERI, indicadores SIVIGILA, se identificaron tendencias relevantes y alertas prioritarias que orientan la gestión del riesgo en el territorio.

El análisis de los indicadores del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) evidenció avances en algunas coberturas de vacunación; sin embargo, persisten brechas importantes en el cumplimiento de metas, especialmente en los refuerzos de DPT para población de 5 años, así como en la captación de usuarios para refuerzos de triple viral y terceras dosis de pentavalente/hexavalente en algunas localidades de la Subred Sur Occidente.

La Jornada Nacional de Vacunación realizada en abril de 2026 mostró resultados favorables gracias a la articulación entre programas de salud pública, actores comunitarios e instituciones de salud, fortaleciendo la demanda inducida y el acceso a los servicios de vacunación. No obstante, se requiere continuar fortaleciendo las estrategias extramurales y de búsqueda activa para mejorar las coberturas pendientes.

Frente al riesgo epidemiológico nacional e internacional por sarampión, se reiteró la importancia de mantener coberturas útiles de vacunación, implementar las estrategias distritales de vacunación con SR y SRP y fortalecer las acciones preventivas dirigidas a población infantil y viajeros internacionales.

Las alertas internacionales relacionadas con sarampión, influenza y hantavirus resaltan la necesidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica, la detección temprana de casos, el seguimiento de viajeros y la respuesta oportuna ante eventos de interés en salud pública.

En relación con los eventos colectivos 995 y 998, se aclararon los criterios de notificación, enfatizando la correcta identificación de casos por persona y no por atenciones, así como la necesidad de revisar oportunamente los ajustes, duplicados y silencios epidemiológicos identificados en las UPGD para garantizar la calidad de la información reportada.

Los indicadores de vigilancia epidemiológica de eventos transmisibles reflejan un adecuado seguimiento institucional de enfermedades inmunoprevenibles, tuberculosis, meningitis bacteriana, sarampión, rubéola y tosferina. No obstante, se identifican oportunidades de mejora en la confirmación diagnóstica por laboratorio y en la oportunidad de algunos procesos de ajuste y cierre de casos.

Los resultados de los indicadores SIVIGILA correspondientes a abril de 2026 muestran un desempeño satisfactorio de las UPGD de Kennedy y Puente Aranda en términos de cumplimiento, oportunidad de notificación y calidad del reporte. Sin embargo, persisten desafíos relacionados con la oportunidad en el ingreso de resultados de laboratorio y la realización oportuna de ajustes de casos.

La actualización técnica sobre SIVIGILA permitió fortalecer las competencias del talento humano en salud respecto a las novedades normativas, los criterios de clasificación de eventos, el registro adecuado de laboratorios y la aplicación correcta de los algoritmos diagnósticos, aspectos fundamentales para garantizar información confiable y útil para la toma de decisiones en salud pública.

Se reafirma la importancia de mantener los espacios de Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE) como escenarios de articulación interinstitucional, análisis técnico y fortalecimiento de capacidades, orientados a mejorar la calidad, oportunidad y utilidad de la vigilancia en salud pública en las localidades de la Subred Sur Occidente E.S.E.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	ACTA		Versión:	5	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
			Fecha de aprobación:	12/07/2024	
			Código:	02-01-F0-0001	

FECHA: 18/06/2026	TEMA: COVE local de Bosa junio 2026.
-------------------	--------------------------------------

COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Participar en el COVE local	UPGD de la localidad	Mensualmente
Desarrollar en COVE local.	Subred Sur Occidente – VSP	Mensualmente

Nota: Al firmar el presente documento me comprometo a cumplir con las actividades de mejoramiento propuesto, y que son de mi competencia

ANEXO FIRMAS DE ASISTENTES

1	6/18/26 8:04:53	6/18/26 8:06:05	Lorena Arenas Benavides	1024569660	Dispensario medico sur	Auxiliar de enfermería	SIVIGILA	Sivigiladmsoccac@gmail.com
2	6/18/26 8:05:09	6/18/26 8:06:19	yajaira sney gomez avila	1043023861	centro de salud el porvenir	auxiliar de enfermería	ambulatorios	sivigilaporvenir2@gmail.com
3	6/18/26 8:05:03	6/18/26 8:06:23	Karen Stefany Barco Baez	1022985357	Centro medico colsudisio	Enfermera	Consulta externa	Pepcentromedico.colsudisio@porvenir@colsubsidio.com
4	6/18/26 8:05:04	6/18/26 8:06:59	Edgar Javier González T	80263120	Consultorio Dr. Alonso	Sux. Administrativo	El mismo	Avejamed@gmail.com
5	6/18/26 8:07:24	6/18/26 8:09:23	Edgar Javier González T	80263120	Dr. Héctor.Ceron	Aux. Administrativo	El mismo	Drhectorceron2020@gmail.com
6	6/18/26 8:09:20	6/18/26 8:10:40	Yadila Garcia Diaz	53119180	Centro de salud la esquadra	Auxiliar de enfermería	Ambulatorio	sivigila.estacion@gmail.com
7	6/18/26 8:09:16	6/18/26 8:11:05	Octavio Reyes Quin	320561	Centro médico Medisol	Médico General y Cirujano	Cove Bosa	policlinicomedisolbosa@gmail.com
8	6/18/26 8:09:29	6/18/26 8:11:37	Edgar Javier González T	80263120	Dr. Wilson. Alberto. Rojas	Aux. Administrativo	El mismo	Albertorojasfarias@hotmail.com
9	6/18/26 8:15:21	6/18/26 8:16:15	Blanca Noelis moreno g	52301479	Centro de salud villa javiera	Auxiliar de enfermería	Ambulatorios	villajaviervigila@gmail.com
10	6/18/26 8:15:40	6/18/26 8:16:30	STEPHANIE OTERO FERNANDEZ	1000153049	ESPCO Clínica de la Policía	Enfermera	Vigilancia Epidemiológica	disan.clisu-seg@policia.gov.co
11	6/18/26 8:16:03	6/18/26 8:16:30	Yurany Caterin Jajoy He	USS Carbonell		Auxiliar de enfermería	Ambulatorio	usscarbonell@gmail.com
12	6/18/26 8:15:39	6/18/26 8:16:31	Maria Isabel Quiroga Acosta	52175369	Centro de salud Pablo von	Auxiliar de enfermería	Ambulatorio	notificacionespablovi@gmail.com
13	6/18/26 8:15:44	6/18/26 8:16:47	Zulma Forero Bermudez	39627127	Centro de salud Nuevas	Auxiliar de enfermería	Ambulatorio	consultanuevasd53@gmail.com
14	6/18/26 8:13:54	6/18/26 8:16:49	Orlando garcia	19368707	Upgd jorge Enrique Ortíz	Logística	Sivigila	Odinolarte@gmail.com
15	6/18/26 8:15:43	6/18/26 8:17:17	Nubia yanira moreno m	52472646	Centro de salud olarte	Auxiliar de enfermería	Ambulatorio	sivigilaolarte@gmail.com
16	6/18/26 8:25:24	6/18/26 8:26:58	Jeraldly charry	1013646518	Centro médico colsudisio	Enfermera	Consulta externa	Zpyphic@colsubsidio.com
17	6/18/26 8:28:03	6/18/26 8:29:06	Olga Maritza Suta López	52178117	Subred Sur Occidente	Ingeniera Ambiental y S	Seguimiento a eventos	ingolgasutal@gmail.com
18	6/18/26 8:23:51	6/18/26 8:29:10	Roger Fernando Florez	1019026497	Dr Roger Gutierrez	Asistente administrativo	Administrativo	Polilalibertad1@gmail.com
19	6/18/26 8:27:59	6/18/26 8:29:49	Nidia Constanza Fajardo	52224050	Nueva eps Bienestar ips	Aux de enfermería	Pym	Fajardonidia156@gmail.com
20	6/18/26 8:30:23	6/18/26 8:31:07	Carlos Andrés Acevedo	1030570798	Subred sur occidente	Ingeniero ambiental	VSA	carlosacevedo001@gmail.com
21	6/18/26 8:35:40	6/18/26 8:37:20	Erika Martinez	52704546	SSO	Enfermera	Estadísticas Vitales	erikamartinezespinal@gmail.com
22	6/18/26 8:37:49	6/18/26 8:38:53	Nalzy giovanna Walteros	52792787	VSP	Epidemióloga	SIVIGILA	Nalzyepidemiologa@gmail.com
23	6/18/26 8:49:52	6/18/26 8:51:11	Arllyn carolina castiblanco	1030561700	Centro médico Boston	Epidemióloga.	Equipo de respuesta in	Arlincaroline0609@gmail.com
24	6/18/26 8:51:13	6/18/26 8:52:19	Tania Camila Grajales G	1032415230	Subred norte	Coordinadora médica	GAHD	lidergahdbogota@subrednorte.gov.co
25	6/18/26 8:57:25	6/18/26 8:58:23	Narda Cecilia González	52483887	CS Boston	Epidemiologa	VSP Transmisibles	lidertransmisibles@subredsuoccidente.gov.co
26	6/18/26 10:24:24	6/18/26 10:25:05	Angie Paola Montilla Fe	1032477096	Hospital de Bosa	Epidemiologa	Gestión del riesgo	Epidemiologiainstitucional16@subredsuoccidente.gov.co
27	6/18/26 10:24:54	6/18/26 10:25:25	Jesús Ivan Niño	1.094.163.939	Dr Luis Cruz Feria	Auxiliar	Ambulatorio	Feriacentromedicoangeles2023@gmail.com
28	6/18/26 10:25:27	6/18/26 10:25:53	Jesús Niño	1.094.163.939	Dra Yadira Mata	Auxiliar	Ambulatorio	Yadiracentromedicoangeles@gmail.com
29	6/18/26 10:25:54	6/18/26 10:26:19	Jesús Niño	1.094.163.939	Dr Alvaro Lleras Maldonado	Auxiliar	Ambulatorio	Sursaludbosa@gmail.com
30	6/18/26 10:24:33	6/18/26 10:27:27	Erika Cortes Navarro	1012371303	Zona franca	Ingeniera sanitaria	SUBSIVICAP	subsivicap@subredsuoccidente.com
31	6/18/26 10:32:04	6/18/26 10:33:03	MARIA CAMILA CRUZ FARIAS	1000929350	SERVIMED IPS UNIDAD	Coordinadora UM	Sivigila	Enfermeriaumbosa@servimedips.com
32	6/18/26 11:17:26	6/18/26 11:20:06	Myrian vanegas borda	39658664	Arizalud	Auxiliar de enfermería	Epidemiología	arizaludepidemiologia@gmail.com
33	6/18/26 11:20:08	6/18/26 11:21:46	Myrian vanegas borda	39658664	Unidad medica bosanova	Asesor	Calidad	unidadmedicabpsanova@gmail.com
34	6/18/26 11:21:49	6/18/26 11:23:27	Myrian vanegas borda	39658664	George Noel Coronado	Asesor	Calidad	georgeoelcoronado@gmail.com
35	6/18/26 11:39:04	6/18/26 11:40:15	Blanca moreno gaitan	52301479	Centro de salud villa javiera	Auxiliar de enfermería	Ambulatorios	villajaviervigila@gmail.com
36	6/18/26 11:38:33	6/18/26 11:40:39	Blanca Domínguez	52161520	Centro médico dra Carr	Apoyo	Apoyo	cjfranco@gmail.com