

**COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (COVE) LOCALIDAD USME - SUMAPAZ**  
**JULIO 2020**

**SIVIGILA – SSR - SMI**

## TABLA DE CONTENIDO

1. INFORMACION GENERAL .....	3
2. OBJETIVOS .....	3
3. CARACTERIZACIÓN DE PARTICIPANTES .....	3
4. METODOLOGÍA .....	3
5. DESCRIPCIÓN GENERAL .....	4
6. MODULO VIRUS HEPATITIS B .....	5
7. COMPORTAMIENTO DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y DEFECTOS CONGÉNITOS BOGOTÁ D.C. ....	9
8. GENERALIDADES DE SSR-SMI .....	17
9. INTERVENCIÓN SISVAN.....	22
10. SOCIALIZACIÓN TABLEROS DE CONTROL PAI .....	26
11. INDICADORES TRASMISIBLES .....	29
12. SOCIALIZACIÓN TABLEROS DE CONTROL SIVIGILA .....	35
13. PRESENTACION MAITE .....	37
14. COMPROMISOS .....	38

## 1. INFORMACION GENERAL

Para la presente vigencia la realización de los Comités de Vigilancia Epidemiológica (COVE) para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur se agrupó por localidades Ciudad Bolívar y Tunjuelito y en otro espacio Usme y Sumapaz se realizarán mensualmente. El presente informe da cuenta del COVE de la localidad de Usme y Sumapaz correspondiente al mes de julio 2020.

<b>FECHA</b>	17 de julio 2020	<b>HORA</b>	8:00 AM – 12:00 M
<b>LUGAR</b>	USS Vista Hermosa sala de juntas 4 – Metodología virtual – plataforma Teams		
<b>TEMA</b>	Generalidades del Proceso SSR-SMI y situación de COVID-19 en la Subred Sur		

## 2. OBJETIVOS

- Socializar las generalidades de VIH Y HB
- Socializar el Comportamiento de la Mortalidad Infantil y Defectos Congénitos Bogota D.C.
- Socializar las generalidades del proceso SSR-SMI
- Socializar los indicadores de SISVAN
- Socializar Presentar tableros de coberturas de Vacunación
- Socializar los tableros de control de SIVIGILA
- Socializar la situación de COVID 19 en la Subred Sur

## 3. CARACTERIZACIÓN DE PARTICIPANTES

Participaron representantes de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD), líder de salud sexual y reproductiva, referente distrital, Representante Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), referente de SISVAN, Infectólogo de la Subred Sur, líder de transmisibles y líder SIVIGILA.

## 4. METODOLOGÍA

Se da claridad de la metodología a implementar por contingencia vigente a la fecha relacionada con ALERTA AMARILLA POR PANDEMIA POR CORONAVIRUS, se recomendó desde secretaría de salud el máximo confinamiento posible de la población en sus hogares y evitar actividades que requieran aglomeraciones, por tal motivo el COVE se realizara virtual. En el auditorio se reúnen líder SIVIGILA, equipo SSR – SMI, líder PAI, líder UYE, responsable aplicativo SIVIGILA USS Vista

hermosa, con uso correcto de los elementos de protección personal, con el distanciamiento de 2 metros respetando la directriz como norma para la prevención del congio de COVID.

En un primer momento se convocó a los encargados de participar en el COVE del mes de julio a una reunión en donde se establecieron las temáticas y tiempos para el desarrollo de cada una; se definió la siguiente agenda:

Tema	Hora	Responsables
Apertura Y Verificación de Quorum	08:10 am	Equipo SSR-SMI
Generalidades del Proceso SSR-SMI	08:20 am	Equipo SSR-SMI
Comportamiento de la Mortalidad Infantil y Defectos Congénitos Bogota D.C.	09:00 am	Referente de Mortalidad Perinatal y Defectos Congénitos SDS
Generalidades de VIH Y HB	09:30 am	Infectólogo de la Subred Sur
Modelo MAITE	10:00 am	Enfermera programas
Socialización tableros de control PAI	10:15 am	Líder PAI
Socialización tableros de control SIVIGILA	10:30 am	Líder SIVIGILA
Indicadores Trasmisibles	10:50 am	Líder Trasmisibles
Intervención Sisvan	11:15 am	Líder Sisvan
Varios	11:30 am	Varios

Descripción COVE LOCAL JULIO USME Y SUMAPAZ

Fecha: viernes 17 de julio de 08:00 a 12:00.

Plataforma Microsoft Teams:

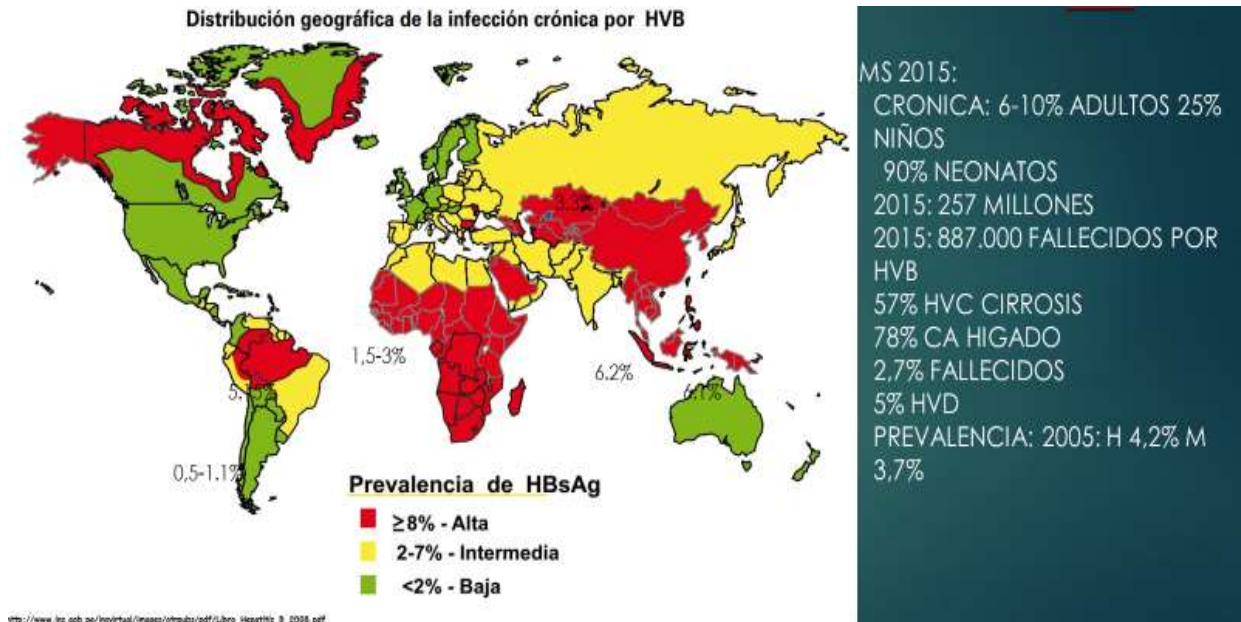
[https://teams.microsoft.com/dl/launcher/launcher.html?type=meetup-join&deeplinkId=a8a8f448-9a3c415205e4506a5e79&directDl=true&msLaunch=true&enableMobilePage=true&url=%2F\\_%23%2FI%2Fmeetupjoin%2F19%253ameeting\\_N2ZIZTFiZGEtOWEzZC00MjM4LTk2M2ItYWJhMDQyMDQ4ZTlx%2540thread.v2%2F0%3Fcontext%3D%257b%2522Tid%2522%253a%25224ab1183e-75d6-4b87-b4b5-bfcb968c1d57%2522%252c%2522Oid%2522%253a%252269d117f9-eb95-4bfa-a77f-735e2e635254%2522%257d%26anon%3Dtrue&suppressPrompt=true](https://teams.microsoft.com/dl/launcher/launcher.html?type=meetup-join&deeplinkId=a8a8f448-9a3c415205e4506a5e79&directDl=true&msLaunch=true&enableMobilePage=true&url=%2F_%23%2FI%2Fmeetupjoin%2F19%253ameeting_N2ZIZTFiZGEtOWEzZC00MjM4LTk2M2ItYWJhMDQyMDQ4ZTlx%2540thread.v2%2F0%3Fcontext%3D%257b%2522Tid%2522%253a%25224ab1183e-75d6-4b87-b4b5-bfcb968c1d57%2522%252c%2522Oid%2522%253a%252269d117f9-eb95-4bfa-a77f-735e2e635254%2522%257d%26anon%3Dtrue&suppressPrompt=true)

## 5. DESCRIPCIÓN GENERAL

Se da la bienvenida por parte del equipo de SIVIGILA de Vigilancia en Salud Pública de la Subred Sur E.S.E., se socializa la agenda cuyo tema central es las generalidades de salud sexual y reproductiva y de COVID-19 en la Subred Sur. Se continúa con el desarrollo de los diferentes temas planteados en la agenda.

## 6. MODULO VIRUS HEPATITIS B

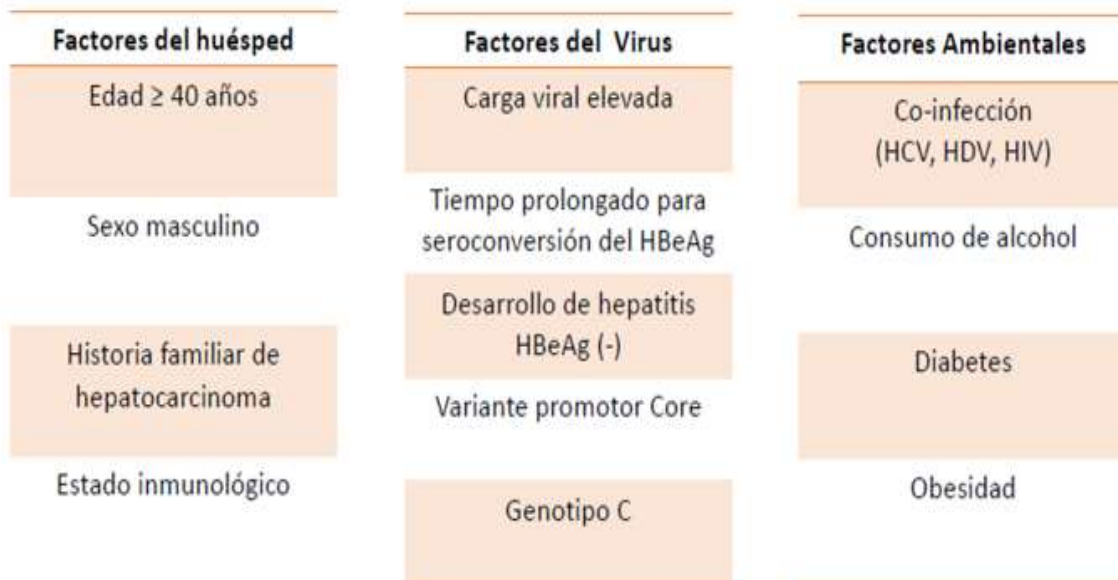
La presentación del tema la realiza el Dr. Hugo Fernando Rojas especialista en Infectología de la Sub red Sur, inicia mencionando la epidemiología de virus de la Hepatitis B:



De acuerdo la biología molecular del Virus de Hepatitis B, se menciona que pertenece a la Familia: Hepadnaviridae, Genero: Orthohepadnavirus, Grupo: VII (virus DNA Bicatenario Retrotranscrito). La molécula mide: 42 nm, existen 4 serotipos y 10 genotipos. La infección del Virus de la Hepatitis B, puede ser aguda o crónica, depende especialmente de la edad, de la respuesta inmune Innata, de la respuesta inmune adaptativa y de las mutaciones virales; la Hepatitis B crónica puede generar complicaciones como cirrosis, en el 20% de los pacientes es descompensada y en el 2 a 8% puede terminar en carcinoma Hepatocelular.

La detección de Hepatitis B, C y coinfección B/Delta se realizará dando cumplimiento a las recomendaciones de la Guía de práctica clínica diagnóstico y tratamiento de Hepatitis B crónica; la Guía de práctica clínica para la tamización, diagnóstico y tratamiento de personas con infección por el virus de la Hepatitis C y la Estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil de la Hepatitis B, emitidas por Ministerio de Salud y Protección Social en año 2016.

Factores que predisponen con mayor frecuencia a la infección con VHB

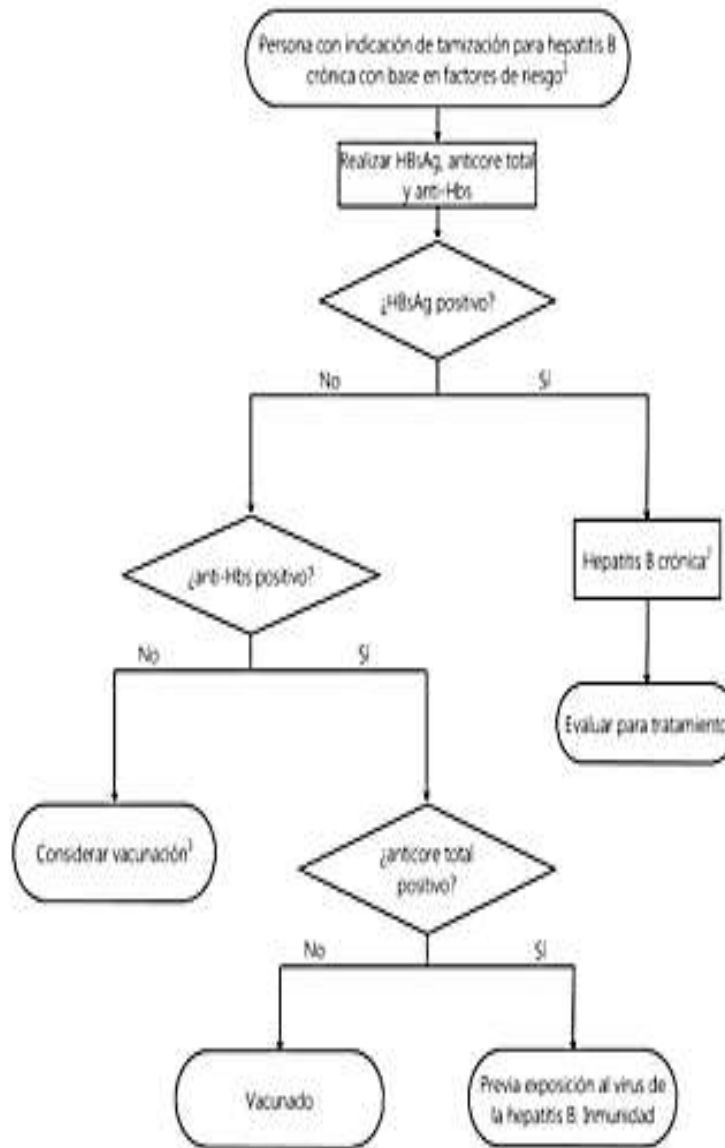


Vías de transmisión:

1. Parenteral: por el uso de drogas, transfusiones, acupuntura, tatuajes, etc. Riesgo de contagio post transfusional, trasplante de órganos.
2. Sexual: Principal forma de transmisión.
3. Perinatal o vertical, con mayor frecuencia en zonas endémicas en el momento del parto, riesgo del 90% si la madre es AgHBe+, del 10% si solo es AgHBs+
4. Horizontal: cuando se comparte utensilios de uso personal como cepillos de dientes, cuchillas de afeitar, cubiertos, ya que el virus sobrevive fuera del cuerpo humano hasta 7 días. En el 35% de los casos no se identifica la fuente de la infección y se aclara que no se contagia por heces, alimentos contaminados, agua, insectos ni leche materna.

Se presenta el algoritmo de diagnóstico de la hepatitis B crónica:

**Algoritmo de diagnóstico de hepatitis B crónica**



Fases de la infección crónica por virus de la Hepatitis B según la respuesta inmune

Definiciones	Criterios diagnósticos
Fase de inmunotolerancia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. HbsAg positivo &gt; 6 meses</li> <li>2. HbeAg positivo, Anti-Hbe negativo</li> <li>3. DNA sérico &gt; 20 000 IU/ml</li> <li>4. niveles ALT persistentemente normales</li> <li>5. Biopsia normal</li> </ol>
Fase de Inmunoclaramiento Hepatitis B Crónica Hbe Ag Positivo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. HbsAg positivo &gt; 6 meses</li> <li>2. HbeAg positivo, anti-Hbe negativo</li> <li>3. DNA sérico &gt; 20 000 IU/ ml</li> <li>4. ALT persistente o intermitente ↑</li> <li>5. Biopsia: hepatitis viral Crónica (Score necroinflamatorio ≥4)</li> </ol>
Estado de portador inactivo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. HbsAg positivo &gt; 6 meses</li> <li>2. HbeAg negativo, anti-Hbe positivo</li> <li>3. DNA sérico &lt; 20 000 IU/ ml o negativo</li> <li>4. ALT persistentemente normales</li> <li>5. Biopsia: ausencia de hepatitis significativa (Score necroinflamatorio ≤ 4)</li> </ol>
Fase de reactivación Hepatitis crónica b HBeAg negativo (la mayoría de estos pacientes tienen variantes del promotor core o precore)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. HbsAg positivo &gt; 6 meses</li> <li>2. HbeAg negativo, anti-Hbe positivo</li> <li>3. DNA sérico &gt; 2 000 IU/ml</li> <li>4. ALT persistentemente o intermitente ↑</li> <li>5. Biopsia: hepatitis crónica (Score necroinflamatorio ≥ 4)</li> </ol>

Yim HJ, Lok ASF. Hepatology. 2006;43:S173-S181.

Tratamiento:

Medicamentos recomendados para tratamiento en adultos		
Indicación	Tratamiento recomendado	Dosis
Adultos	Tenofovir	300 mg / día
	Tenofovir emtricitabina	Tenofovir 245mg Emtricitabina 200mg
Adultos con enfermedad hepática compensada y sin tratamiento previo con lamivudina	Entecavir	0.5 mg / día
Adultos con enfermedad hepática descompensada	Tenofovir + o emtricitabina+ efavirenz	Combinación de dosis fija
Indicación	Alternativas	Dosis
Adultos sin contraindicaciones	Interferón pegilado alpha-2a	180 µg / semana
	Interferón pegilado alpha-2b	0.5 o 1.0 µg / kg / semana

El Doctor concluye intervención con las recomendaciones para la prevención del Virus de la Hepatitis B de la OMS:

- Higiene de las manos: incluyendo la preparación de las manos para cirugía, lavado de manos y uso de guantes.



- Manejo seguro y eliminación de elementos cortantes y desechos.
- Limpieza segura de los equipos
- Pruebas a la sangre donada
- Acceso mejorado a sangre segura
- Entrenamiento de personal de la salud

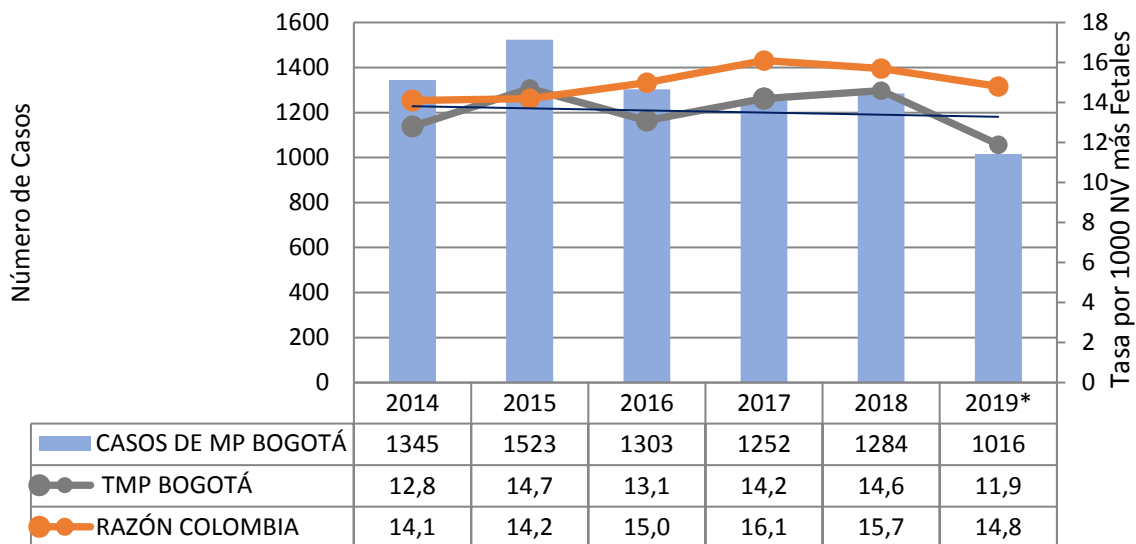
Indaga dudas e inquietudes, la Epidemióloga Gloria Laverde pregunta: Que, si se toma simultáneamente las 3 pruebas para Hepatitis B dando cumplimiento al algoritmo, lo que el Dr. Hugo responde q si es posible.

### 7. COMPORTAMIENTO DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y DEFECTOS CONGÉNITOS BOGOTÁ D.C.

Continuando con el COVE realiza su intervención la Dra. Ana María Urueña Serrano referente distrital quien habla Comportamiento de la Mortalidad Infantil y Defectos Congénitos Bogotá D.C.

La expositora recuerda que la Tasa de mortalidad perinatal, se define como la relación entre defunciones de fetos de 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso y los siete días completos después del nacimiento, por cada 1.000 nacimientos. La mortalidad perinatal es un indicador importante de la atención de la madre y la salud materna y la nutrición, también refleja la calidad de la atención obstétrica y pediátrica disponible.

Gráfica. Comparativo de Tendencia Tasa de Mortalidad Perinatal. Bogotá D.C. Años 2014 – 2019p



En la gráfica la línea naranja es la razón de mortalidad perinatal para Colombia que para el año 2014 es 14.1, para el 2015 es 14.2, 2016 es 15, 2017 es 16.1, 2018 es 15,7 y para el 2019 se estima en 14.8 dado que la información para este año es preliminar. En la gráfica la línea azul es la mortalidad perinatal para Bogotá que para el año 2014 es 12.8, para el 2015 es 14.7, 2016 es 13,1, 2017 es 14.2, 2018 es 14,6 y para el 2019 se estima en 11.9 dado que la información para este año es preliminar. El número de casos presenta una disminución, pero dado que los nacidos vivos más fetales son menores y está en disminución la tasa aumenta

## Mortalidad Perinatal

Tabla. Mortalidad Perinatal Discriminada por Localidad de Residencia- Sub Red Enero- Abril 2019- 2020 SE 18. Bogotá D.C

SUBRED	LOCALIDAD	2019		2020	
		CASOS	TASAS	CASOS	TASAS
		Total	Total	Total	Total
RED NORTE	01 USAGUEN	19	10,7	14	9,1
	02 CHARINERO	5	9,3	4	7,7
	10 ENGATIVA	26	10,9	26	10,9
	11 SUBA	41	10,9	49	13,0
	12 BARRIOS UNIDOS	6	14,3	5	11,1
	13 TEUSAQUILLO	4	9,3	5	15,3
<b>Total RED NORTE</b>		<b>101</b>	<b>10,5</b>	<b>104</b>	<b>11,5</b>
RED SUR OCCIDENTE	07 BOSÁ	26	8,8	36	12,7
	08 KENNEDY	30	12,6	31	13,6
	09 FONTIBÓN	8	7,2	14	12,8
	16 FUENTE ARANDA	9	11,1	9	13,0
<b>Total RED SUR OCCIDENTE</b>		<b>69</b>	<b>10,6</b>	<b>110</b>	<b>13,1</b>
RED CENTRO ORIENTE	03 SANTAFÉ	8	15,4	9	17,2
	04 SAN CRISTÓBAL	12	8,0	16	11,9
	14 LOS MARTINES	7	16,9	5	12,8
	15 ANTONIO NARIÑO	3	9,7	4	12,4
	17 LA CAÑALERRÍA	0	0,0	0	25,9
18 RAFAEL URIBE URIBE	20	13,4	25	17,6	
<b>Total RED CENTRO ORIENTE</b>		<b>50</b>	<b>11,7</b>	<b>62</b>	<b>14,7</b>
RED SUR	05 URBIVIE	22	14,0	24	16,7
	06 TIVULUEITO	12	17,1	9	13,0
	19 CIUDAD BOLÍVAR	31	10,1	30	17,7
	20 SUWAYAZ	1	150,0	0	0,0
<b>Total RED SUR</b>		<b>66</b>	<b>12,4</b>	<b>83</b>	<b>16,7</b>
SIN LOCALIDAD		12		12	
<b>TOTAL</b>		<b>322</b>	<b>11,4</b>	<b>371</b>	<b>13,9</b>

FUENTE 2010-2018 : Bases de datos DANE- RUAF-ND - Sistema de Estadísticas Vitales - ADE Finales ( año 2015 publicación 30-06-2017)-(año 2016 publicación 30-12-2017) | Año 2017 publicación 28-12-2018)-(Año 2018 publicación 20-12-2019) FUENTE 2019 : Aplicativo -RUAF-ND - Sistema de Estadísticas Vitales -ADE - preliminares ajustados 15-01-2020.



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

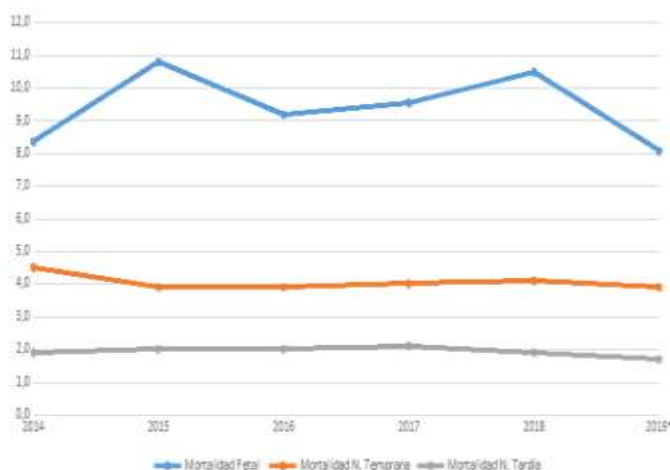
**BOGOTÁ**  
Secretaría de Salud



Los datos para la Subred Sur de mortalidad perinatal por residencia son preliminares, pero se presentaron 203 casos en el año 2019 para localidad de Usme 59 casos para la localidad de Tunjuelito 33 casos para la localidad de Ciudad Bolívar 111 casos y para la localidad de Sumapaz un caso con un indicador de 12.7 total Subred Sur. Para el año 2020 tenemos 35 casos para Usme, 18 casos para Tunjuelito, 76 casos para Ciudad Bolívar ningún caso para Sumapaz para un total de 129 casos en lo que va corrido del año y un indicador de 17.1.

## Mortalidad Perinatal

Gráfica. Comparativo de Tendencia Tasa de Mortalidad Fetal y Neonatal por momento de ocurrencia. Bogotá D.C. Años 2014 – 2019p.



FUENTE 2014-2018 : Bases de datos DAWE-RUIAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales -ADE Finales (año 2015 publicación 30-06-2017)-año 2016 publicación 30-12-2017 - Año 2017 publicación 28-12-2018)-Año 2018 publicación 30-12-2019)

FUENTE 2019 : Aplicativo -RUIAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales -ADE -preliminares ajustados 15-01-2020.

Se define defunción fetal como la muerte de un producto de la concepción, antes de su expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo; la muerte está indicada por el hecho que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria. Muerte perinatal: Es la muerte que ocurre en el periodo comprendido a partir de las 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal, hasta los siete días después del nacimiento. Muerte neonatal: Es la

muerte ocurrida entre el nacimiento y los primeros 28 días completos de vida. Esta a su vez se divide en: 1. Muertes neonatales tempranas. 2. Muertes neonatales tardías. Muertes neonatales tempranas Ocurren durante los primeros 7 días de vida (0-6 días). Muertes neonatales: tardías Ocurren después de los 7 días completos hasta antes del día 28 de vida (7-27 días).

## Mortalidad Perinatal

Tabla. Mortalidad perinatal por Causa Básica. Bogotá D.C. Años 2014 – 2019p

CAUSA BÁSICA MUERTE PERINATAL 2014 - 2019p BOGOTÁ D.C.	PORCENTAJE %
Muerte fetal de causa no especificada	11,8
Feto y recién nacido afectados por otras anomalías morfológicas y funcionales de la placenta y las no especificadas	8,4
Feto y recién nacido afectados por trastornos hipertensivos de la madre	7,8
Feto y recién nacido afectados por corioamnionitis	6,1
Feto y recién nacido afectados por otras complicaciones maternas del embarazo	3,8
Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido	3,5
Feto y recién nacido afectados por otras formas de desprendimiento y de hemorragia placenta	3,2
Feto y recién nacido afectados por ruptura prematura de las membranas	3,0
Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	2,7
Malformaciones congénitas múltiples, no clasificadas en otra parte	2,1
Otras Causas	47,5

FUENTE 2010-2018 : Bases de datos DANE-RIUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales -ADE-Finales | año 2015 publicación 30-06-2017-(año 2016 publicación 30-12-2017) | Año 2017 publicación 18-12-2018-(Año 2018 publicación 20-12-2019)

FUENTE 2019 : -Aplicativo -RIUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales -ADE -preliminares ajustados 15-01-2020.



la causa de muerte básica perinatal tiene un 47.5% donde se define Otra Causa. La expositora recuerda que el certificado de defunción es la fuente fundamental de información de mortalidad. A partir de esta información se elaboran las estadísticas de mortalidad que permiten establecer las prioridades en salud y la planificación sanitaria. Los errores en el diligenciamiento de las causas de muerte en el certificado de defunción afectan la validez de la información. y otra causa no permite establecer las razones reales de las mortalidades perinatales. La causa básica de muerte perinatal en el periodo comprendido entre el 2014 y 2019 de causa no especificado 11.8, recién nacido infectado por anomalías morfológicas y funcionales de la placenta es de 8.4, para feto y recién nacido

afectados por trastornos hipertensivos de la madre 7.8, para feto y recién nacido afectadas por la corianmiasis 6.1, complicaciones maternas respiratoria en recién nacido 3.5, entre otras.

## Mortalidad Perinatal

Tabla. Mortalidad perinatal por Causas Agrupadas. Bogotá D.C. Años 2015 – 2019p.

CAUSAS 667 MORTALIDAD PERINATAL 2015 - 2019P BOGOTÁ D.C.	PORCENTAJE %
4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	36,1
4,06 Resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	27,4
4,01 Feto o recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	11,2
6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	11,1
4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	8,4
4,03 Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	3,3
4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	2,4

FUENTE 2010-2018 : Bases de datos DANE-RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales -ADE Finales ( año 2015 publicación 30-06-2017)-(año 2016 publicación 30-12-2017) (Año 2017 publicación 28-12-2018)-(Año 2018 publicación 20-12-2019)

FUENTE 2019 : Aplicativo -RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales -ADE -preliminares ajustados 15-01-2020.



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.



La mortalidad perinatal por causas agrupadas causas 667 del año 2015 al año 2019 se presentan de la siguiente manera feto o recién nacido afectado por complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento 36.1 resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal 27.4 feto recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas 11.2 malformaciones congénitas deformidades y anomalías cromosómicas 11.1 trastornos respiratorios específicos del período perinatal 8.4 retardo del crecimiento fetal desnutrición fetal gestación corta y bajo peso al nacer 3.3 y sepsis bacteriana del recién nacido

Continua la Dra. Ana maría explicado sobre mortalidad infantil que según el Ministerio de Salud y Protección Social denomina la mortalidad como un fenómeno demográfico inevitable, irrepitible e irreversible y su análisis reviste especial importancia tanto para la demografía, como para la

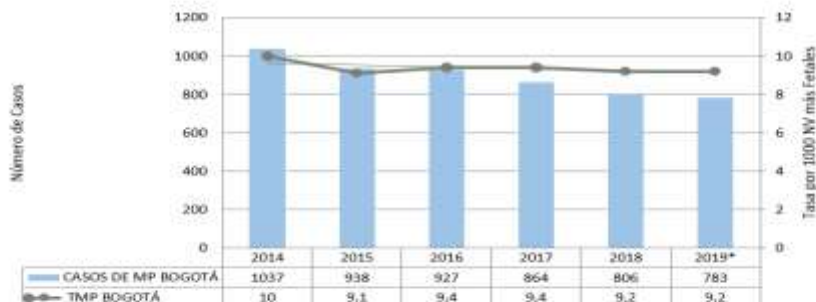




economía y la salud pública; también es considerada un indicador indirecto de las condiciones de salud de una población, refleja las condiciones de vida, los patrones de utilización de los servicios de salud, los avances tecnológicos, los niveles de educación y el urbanismo planificado.

### Mortalidad Infantil

Gráfica. Comparativo de Tendencia Tasa de Mortalidad Infantil. Bogotá D.C. Años 2014 – 2019p.



FUENTE 2014-2018 : Base de datos DANE-RUIF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales -ADE Financ ( año 2015 publicación 30-06-2017) (año 2016 publicación 09-12-2017) ( año 2017 publicación 28-12-2018) (año 2018 publicación 20-12-2019)

FUENTE 2019 : Aplicativo -RUIF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales -ADE -preliminarios ajustados 15-01-2020

Para Bogotá en el año 2014 se presentaron 1037 casos 2015, 938 casos 2016 927 casos 2017 864 casos 2018 806 casos y un preliminar para 2019 de 783 casos la tasa de mortalidad infantil para Bogotá en el año 2019 se encuentra en 9.2.

### Mortalidad Infantil

Tabla. Mortalidad Infantil por Causa Básica. Bogotá D.C. Años 2014 – 2019p

CAUSA BÁSICA MUERTE INFANTIL 2014 - 2019p BOGOTÁ D.C.	PORCENTAJE %
SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECIFICADA	7,4
SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO	6,1
ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE DEL FETO Y DEL RECIEN NACIDO	4,6
CONDUCTO ARTERIOSO PERSISTENTE	3,3
MUERTE SIN ASISTENCIA	3,0
FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR CORIOAMNIONITIS	2,9
MALFORMACION CONGENITA DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	2,8
FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DE LA MADRE	2,6
OTRAS AFECIONES (ESPECIFICADAS ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	1,8
SINDROME DE HIPOPLASIA DEL CORAZON IZQUIERDO	1,7
HEMORRAGIA PULMONAR NO ESPECIFICADA, ORIGINADA EN EL PERIODO PERINATAL	1,7
DISPLASIA BRONCOPULMONAR ORIGINADA EN EL PERIODO PERINATAL	1,6
FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS	1,2
PERSISTENCIA DE LA CIRCULACION FETAL	1,2
OTRAS CAUSAS	38,0
TOTAL	100,0

FUENTE 2014-2018 : Base de datos DANE-RUIF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales -ADE Financ ( año 2015 publicación 30-06-2017) (año 2016 publicación 09-12-2017) ( año 2017 publicación 28-12-2018) (año 2018 publicación 20-12-2019)

FUENTE 2019 : Aplicativo -RUIF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales -ADE -preliminarios ajustados 15-01-2020

la causa de muerte básica infantil tiene un 58% donde se define Otra Causa. La expositora recuerda que el certificado de defunción es la fuente fundamental de información de mortalidad. A partir de esta información se elaboran las estadísticas de mortalidad que permiten establecer las prioridades en salud y la planificación sanitaria. Los errores en el diligenciamiento de las causas de muerte en el certificado de defunción afectan la validez de la información. y otra causa no permite establecer las razones reales de las mortalidades infantiles. Para Bogotá la causa básica de muerte infantil entre 2014 y 2019P la primera causa es sepsis bacteriana del recién nacido 7.4, síndrome de dificultad respiratoria 6.1, enterocolitis necrotizante 4.6, conducto arterioso persistente 3.3, muertes inasistencia 3, y recién nacido afectados por corianmiasis 2.9, malformación congénita del corazón 2.8, feto y recién nacido afectados por trastornos hipertensivos de la madre 2.6, entre otros. El riesgo de muerte del niño es mayor durante el periodo neonatal (los primeros 28 días de vida). Para evitar estas muertes son esenciales un parto seguro y cuidados neonatales eficaces. las muertes de menores tienen lugar durante el periodo neonatal.

La Dra. Ana María continúa con su intervención donde explica la tendencia de mortalidad en menores de cinco años expresa que la probabilidad de morir antes de cumplir los primeros 5 años de vida estima que 5,9 millones de niños murieron antes de los cinco años y más de la mitad de esas muertes se debieron a enfermedades prevenibles que pudieron ser intervenidas oportunamente. La tasa de mortalidad en menor de 5 años en la ciudad entre los años 2014 y 2019, expone una tendencia a la disminución. Al igual que la mortalidad infantil, la mortalidad en menor de 5 años, se ve afectada por la reducción de nacimientos, que vienen siendo una constante con el paso de los años. La mortalidad en menor de 5 años en Bogotá desde el año 2014 ha presentado una leve disminución en el año 2014 se presenta una tasa de 11.6 en el año 2015 10.6 el año 2016 11.2 en el año 2017 11.2 en el año 2018 10.8 en el año 2019 información preliminar de 11.

### Mortalidad en Menores de 5 años

Tabla. Mortalidad en menores de 5 años por Causas Agrupadas. Bogotá D.C. Años 2015 – 2019p.

CAUSAS 667 MORTALIDAD MENORES DE 5 AÑOS 2015 - 2019P BOGOTÁ D.C.		Porcentaje %	EDAD		
6.13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas		26,3	De 1 a 4 años	137	14,6
Otras Causas		14,1	Mayor de 1 año	205	25,5
4.04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal		13,4	<b>Total</b>	<b>943</b>	<b>100,0</b>
4.05 Resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal		12,1			
0 Signos, síntomas y afecciones mal definidas		7,3			
4.02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del n.		6,6			
4.05 Sepsis bacteriana del recién nacido		6,6			
1.08 Infecciones respiratorias agudas		6,5			
4.01 Feto o recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas		3,1			
6.04 Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis		2,5			
4.03 Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nac		1,6			
<b>Total</b>		<b>100</b>			

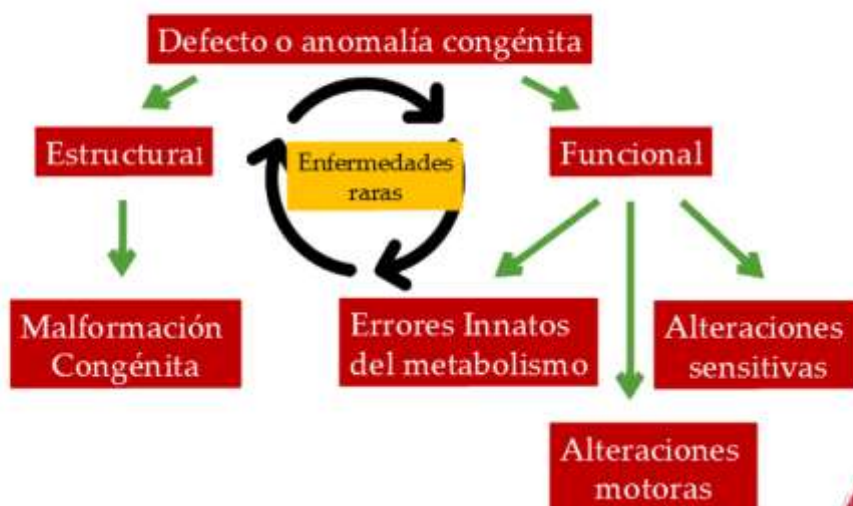
FUENTE 2010-2018 - Base de datos DANE RIJAF-IC - Sistema de Estadísticas Vitales - ADE Tronco ( año 2010 publicación 02-06-2012) ( año 2018 publicación 02-12-2017 )  
 año 2017 publicación 28-12-2018 ( año 2019 publicación 20-12-2019 )  
 FUENTE 2019 - Aprobado - RIJAF-IC - Sistema de Estadísticas Vitales - ADE - información preliminar 15-02-2020



La mortalidad infantil por causas agrupadas en menores de 5 años de 2015 a 2019, tuvo el siguiente comportamiento malformaciones congénitas 26.3, nuevamente aparecen otras causas con un 14.1, trastornos respiratorios específicos del período perinatal 13.4, resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal 12.1, signos síntomas y afecciones más definidas 7.3, entre otros. Asimismo, en la reducción de la mortalidad en mortalidad infantil, es fundamental la disminución de la tasa de mortalidad infantil, dado que las defunciones de los niños menores de un año representan entre 85.5% del total de las defunciones de menores de 5 años.

Se presenta la mortalidad en menores de 5 años por defectos congénitos una presentación realizada por el equipo de infancia de la Secretaría Distrital de Salud, presentación de la doctora Gloria Gracia, Ignacio Sarante, Graciela Zamora y Ana María Ureña, donde muestra y explica la clasificación del evento.

## CLASIFICACIÓN



La clasificación de los defectos o anomalías congénitos son de causa estructural o funcional, si son de tipo estructural son malformaciones congénitas y son de tipo funcional son errores innatos del metabolismo, alteraciones sensitivas y alteraciones motoras. La prevalencia de malformaciones congénitas en el año 2017 como primeras causas tuvo la malformación congénita cardíaca, en el año 2018 malformación congénita cardíaca y en el año 2019 malformación congénita cardíaca. Para el año 2018 los resultados de la vigilancia neonatal arrojan que existieron 1669 casos de defectos congénitos reportados 620 diagnosticados en el período prenatal para un 37.1% de los cuales 137



eran cardiopatías congénitas 10 fichas de no nacido vivo de las que 0 eran cardiopatías congénitas en el año 2019 1517 defectos congénitos reportados 484 con diagnóstico prenatal para un 31.9% de los cuales 118 eran cardiopatías congénitas 30 fichas de no nacidos vivos de las que 8 eran cardiopatías congénitas.

Las estrategias de prevención son en la etapa preconcepcional prevenir factores de riesgos en la etapa prenatal detección temprana en la etapa postnatal detección temprana manejo integral seguimiento de las rutas integrales de atención en salud y un programa especial para cardiopatías congénitas. Se debe realizar la notificación de las mortalidades antenatales en la cara hace referencia los datos básicos del caso en este caso la variable fecha de nacimiento no es obligatoria para la notificación lo que indica que puede ser notificados en el registro de la misma colocando 0000 en la cara B hace referencia a datos complementarios de defectos congénitos cómo se observa en el documento adjunto no se tiene variable de fecha de parto sin embargo se cuenta con la variable Naty vivo dónde pueden marcar la opción 3 nona ha nacido y de esta forma se inicia las siguientes variables edad gestacional al momento del nacimiento peso y permite cefálicos muy importante la notificación de las cardiopatías congénitas ya que Bogotá es centro de referencia las mortalidades por defectos congénitos en Bogotá del 2014 al 2019 está en un 48.7 en el 2015 44.8 en el 2016 46.9 en el 2017 42 en el 2018 y en este momento con datos preliminares al 2019 38.8. Bogotá es un centro de referencia para cardiopatías congénitas Ficha de notificación 215 La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09. El objetivo general de notificar la mortalidad por defectos congénitos es reducir la mortalidad evitable niños y niñas de 0 a 5 años incrementar la detección temprana y manejo integral de niños y niñas con defectos congénitos a través de intervenciones orientadas a la promoción de la salud y la gestión del riesgo preconcepcional prenatal y posnatal la meta es aumentar en un 20% la detección precoz y atención integral de niños y niñas con defectos congénitos a través de intervenciones orientadas a la promoción de la salud y la gestión del riesgo preconcepcional es prenatal y posnatal.

## 8. GENERALIDADES DE SSR-SMI

Realiza la presentación la epidemióloga Gloria Cecilia la verde de salud sexual y reproductiva de la Subred Sur y comienza describiendo los temas del subsistema.

- ❖ Morbilidad Materna Extrema
- ❖ Mortalidad Perinatal-Neonatal
- ❖ Defectos Congénitos
- ❖ Sífilis Gestacional y Congénita
- ❖ VIH / SIDA
- ❖ Chagas Gestante Recién Nacidos
- ❖ Hepatitis B, Hepatitis C y Delta HB

❖ COVID – 19 en Gestantes

Salud sexual y reproductiva y salud materno infantil, se como función esencial de la salud pública, es la vigilancia intensificada de los eventos de morbilidad y mortalidad materno-perinatal se desarrollan en el marco del plan decenal de salud pública en la dimensión de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos, tomando como eje las líneas operativas: promoción de la salud, gestión integral del riesgo y gestión de la salud pública; a través del monitoreo crítico de los determinantes y condiciones de salud colectiva a partir de la notificación, análisis y divulgación de los resultados de los eventos.

Se continua con la exposición donde se habla de Morbilidad Materna Extrema que se define como una complicación severa que ocurre durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, que pone en riesgo la vida de la mujer, pero sobrevive.

LOCALIDAD	No CASOS NOTIFICADOS	No CASOS INTERVENIDOS
USME	75	1
TUNJUELITO	35	0
C. BOLIVAR	136	0
SUMAPAZ	0	0

De los 246 eventos notificados al sivigila durante el trascurso del año 2020 por morbilidad materna solo se hace intervenciones epidemiológicas de campo a las que sean notificadas para unidad de análisis distrital.

Mortalidad Perinatal-Neonatal se refiere a las mortalidades que ocurren desde las 22 semanas completas (154 días después de la gestación) y termina a los siete días después del nacimiento. La mortalidad neonatal hace referencia a los recién nacidos que fallecen antes de alcanzar los 28 días de vida. Estas muertes son consideradas indicadores universales tanto de condiciones de vida y desarrollo humano.

Tipo de caso	Características de la clasificación
<b>Muerte perinatal</b>	Es la muerte que ocurre en el periodo comprendido entre las 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal, hasta los siete días después del nacimiento.
<b>Muerte neonatal</b>	Es la muerte ocurrida entre el nacimiento y los primeros 28 días completos de vida. Esta a su vez se divide en: 1. Muertes neonatales tempranas 2. Muertes neonatales tardías
<b>Muertes neonatales tempranas</b>	Ocurren durante los primeros 7 días de vida (0-6 días)
<b>Muertes neonatales tardías</b>	Ocurren después de los 7 días completos hasta antes del día 28 de vida (7-27 días)

De los cuales al 47,6% se le ha realizado investigación epidemiológica de campo por cumplir con los criterios según la línea técnica de secretaria de salud

LOCALIDAD	No CASOS NOTIFICADOS	No CASOS INTERVENIDOS
USME	21	10
TUNJUELITO	6	2
C. BOLIVAR	38	19
SUMAPAZ	0	0

La epidemióloga continúa explicada sobre la Sífilis Gestacional y Congénita Inicia explicando que Las infecciones de transmisión sexual disminuyen considerablemente la calidad de vida, la salud sexual y reproductiva, y la salud infantil; además tienen efectos indirectos, ya que facilitan la transmisión sexual del VIH y repercuten en la economía de los países y los hogares. Además de las consecuencias de la sífilis en los casos de transmisión sexual, el Treponema Palladium puede pasar de la gestante al feto y causar sífilis congénita la cual puede producir aborto espontáneo, muerte perinatal, bajo peso al nacer, infección neonatal y otros trastornos, como sordera, déficit neurológico, retraso del crecimiento y deformidades óseas. La notificación de casos de sífilis congénita en Colombia ha tenido una disminución marcada desde el año 2014, debido a dos grandes acontecimientos que modificaron la vigilancia; el primero en ese mismo año, relacionado con la unificación de las fichas de notificación de los dos eventos y el segundo, en el 2015, referente a la entrada en vigencia de la nueva Guía de práctica clínica, la cual transforma las definiciones de caso cambiando entre otros, el algoritmo diagnóstico de la enfermedad.

Tabla N°1. Descripción del evento

Aspecto	Características de la clasificación
Agente infeccioso	Espiroqueta <i>Treponema pallidum</i> , bacteria del género <i>Treponema</i>
Modo de transmisión	1. Exposición sexual: corresponde a cerca del 90 % de las infecciones. La contagiosidad va disminuyendo hacia el segundo año de la infección. 2. Prenatal/vertical: se adquiere por vía hematógeno-transplacentaria o durante el parto por el contacto sanguíneo o con lesiones de los genitales de la madre.
Reservorio	Los seres humanos.
Periodo de incubación	De 10 a 90 días, por lo común tres semanas.
Periodo de transmisibilidad	Es transmisible mientras las lesiones mucocutáneas presentes estén húmedas en la sífilis primaria y secundaria. Las lesiones de la sífilis secundaria pueden recurrir, con frecuencia cada vez menor, durante un lapso de hasta cuatro años después de la infección, pero es raro que se transmita la infección después del primer año. La transmisión materno-fetal es más probable durante la fase temprana de la enfermedad de la madre, pero puede producirse durante todo el período de latencia. Los recién nacidos infectados pueden tener lesiones mucocutáneas húmedas, más generalizadas que en la sífilis del adulto y constituyen una fuente posible de infección.
Susceptibilidad y resistencia	La susceptibilidad es universal, aunque solo cerca de 30 % de las exposiciones terminan en infección. La infección genera inmunidad gradual contra el <i>Treponema pallidum</i> , es frecuente que no se genere inmunidad si el paciente se ha sometido a tratamiento temprano en las fases primaria y secundaria. La infección concurrente por el VIH puede reducir la respuesta normal del huésped contra el <i>Treponema pallidum</i> .

## CASO CONFIRMADO DE SÍFILIS GESTACIONAL

Toda mujer gestante, puérpera o con aborto en los últimos 40 días con o sin signos clínicos sugestivos de sífilis (como, por ejemplo: úlcera genital, erupción cutánea, placas en palmas y plantas), con prueba treponémica rápida positiva acompañada de una prueba no treponémica reactiva (VDRL, RPR) a cualquier dilución, que no ha recibido tratamiento adecuado para sífilis durante la presente gestación o que tiene una reinfección no tratada, Reinfección es aquel caso que cumpla al menos uno de los siguientes criterios:

Gestante o mujer en puerperio (40 días postparto) que después de haber recibido tratamiento adecuado para sífilis de acuerdo con el estadio de la enfermedad, presenta durante el seguimiento clínico y serológico, la aparición de lesiones compatibles en genitales o en piel, o un aumento en los títulos de la prueba no treponémica (VDRL, RPR) de cuatro veces o de dos diluciones con respecto a la prueba no treponémica inicial.

Gestante o mujer en puerperio (40 días postparto) con diagnóstico de sífilis primaria o secundaria que recibió tratamiento adecuado y seis meses después los títulos de la prueba no treponémica (VDRL, RPR) no descienden cuatro veces o dos diluciones, o con sífilis latente (temprana, tardía o de duración desconocida) y en quien 12 meses después los títulos de la prueba no treponémica no descienda cuatro veces o dos diluciones.

## CASO CONFIRMADO DE SÍFILIS CONGÉNITA

Es aquel caso que cumpla al menos uno de los siguientes criterios:

**Nexo epidemiológico:** fruto de la gestación (mortinato o nacido vivo) de madre con sífilis gestacional sin tratamiento o con tratamiento inadecuado para prevenir la sífilis congénita, sin importar el resultado de la prueba no treponémica (VDRL, RPR) del neonato. Se considera tratamiento adecuado para prevenir la sífilis congénita haber recibido al menos una dosis de penicilina benzatínica de 2´400.000 UI intramuscular (IM) aplicada 30 o más días antes del momento del parto.

**Laboratorio:** todo fruto de la gestación con prueba no treponémica (VDRL, RPR) con títulos cuatro veces mayores que los títulos de la madre al momento del parto, lo que equivale a dos diluciones por encima del título materno.

**Clínica:** todo recién nacido hijo de gestante con diagnóstico de sífilis en el embarazo actual, con una o varias manifestaciones sugestivas de sífilis congénita al examen físico con exámenes para clínicos sugestivos de sífilis congénita.

**Laboratorio:** todo fruto de la gestación con demostración de Treponema Palladium por campo oscuro, inmunofluorescencia u otra coloración o procedimiento específico en lesiones, secreciones, placenta, cordón umbilical o en material de necropsia. Se informa que todas Sífilis gestacional y congénitas se les realiza investigación epidemiológica de campo al 100% de la notificación

Para terminar la epidemióloga explica que desde el proceso de salud sexual y reproductiva se realiza seguimiento a todas las gestantes sospechosas y positivas Notificación de evento con covid -19 con código del INS 345-346-348 en gestantes ,donde se realiza abordaje integral desde vigilancia epidemiológica correspondiente a salud sexual y reproductiva a las usuarias que se encuentran en estado de gestación con el fin de mitigar barreras administrativas abordando todo lo relacionado con los controles prenatales, síntomas y signos de alarma.

Informa que desde secretaria de salud se suspende la matriz de seguimiento, y se adopta el formulario web Gestantes COVID -19, donde los seguimientos serán solo a casos positivos por residencia de la Subred Sur una vez a la semana. Desde la SDS con apoyo de la estrategia de ángeles hará descarga cada viernes (corte 5 pm) de la Base Distrital para análisis y envío de información al Instituto Nacional de Salud.

## 9. INTERVENCIÓN SISVAN

La Epidemióloga Andrea Robayo realiza presentación de SISVAN en torno a los temas: eventos de SIVIGILA – SISVAN, Indicadores SALUDATA, recomendaciones para la toma correcta de los datos antropométricos y desnutrición crónica.

La profesional inicia haciendo referencia al que hacer de SISVAN, que es el subsistema que aporta información actual y oportuna sobre la situación alimentaria y nutricional de la población, focalizando hacia la más vulnerable, dicha información se origina en la consulta médica de los niños y niñas menores de 5 años, gestantes y persona mayor. En cuanto los eventos que se notifican al SIVIGILA, se encuentran evento 110 que es la vigilancia que se realiza al bajo peso al nacer y se define como todos los recién nacidos con peso menor a 2500gr y edad gestacional igual o mayor a 37 semanas, evento 113 que vigila la desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años, evento 591-1 que vigila las mortalidades evitables en menores de 5 años como desnutrición aguda.

En cuanto a los indicadores SALUDATA



La profesional presenta el comportamiento de la prevalencia de la desnutrición aguda en Bogotá de 2007 a 2019 donde se evidencia una reducción progresiva ya que pasa de 3.1% en 2007 a 1.2% en 2019 gracias a las acciones que se implementan como la vigilancia de la desnutrición aguda evento 113 y a la sensibilización frecuente que se realiza desde vigilancia en salud pública a los profesionales del área asistencial. En cuanto a la desnutrición crónica en el mismo periodo de tiempo también muestra una reducción progresiva en 2007 se evidencia una prevalencia del 20.9% y en 2019 pasa a 16.2%.

En cuanto a la desnutrición crónica o talla baja para la edad, conforme al indicador Talla para la Edad - T/E, se presenta con mayor frecuencia en hogares con inseguridad alimentaria, bajo acceso a servicios de salud, agua y saneamiento básico. El retraso en talla es más severo si se inicia a edades

tempranas, asociado a bajo peso materno, peso y talla bajos al nacer, prácticas inadecuadas de lactancia materna y alimentación complementaria, y enfermedades infecciosas recurrentes.

Presenta los puntos de corte para desnutrición crónica o talla baja

INDICADOR	PUNTO DE CORTE	CLASIFICACIÓN ANTROPOMETRICA
TALLA PARA LA EDAD (T/E)	>-1	Talla adecuada para la edad
	>-2 a <-1	Riesgo de baja talla
	<-2	Talla baja para la edad o retraso en talla

En cuanto a las recomendaciones para la toma de las medidas antropométricas menciona

TOMA DE TALLA O LONGITUD	MENORES DE DOS AÑOS	MAYORES DE DOS AÑOS
<b>Instrumento para la toma de la talla</b>	- Infantómetro: Precisión de 1 mm Capacidad de 110 a 120 cm	- Tallímetro en un material Resistente Liviano y no deformable.
<b>Características</b>	Garantizar 90 grados espaldar, con una base de 25 cm de ancho y pieza móvil rodante.	Base de 25 cm de ancho. No se recomienda el uso de metros de modistería, cintas métricas, de papel o plástico, adheridos a la pared
<b>Recomendaciones</b>	No se recomienda el uso de Infantómetro en materiales susceptibles a (dilatación) en diferentes ambientes (Temperatura).	No se recomienda el uso del Tallímetro con balanzas mecánicas.



Ejemplos de los equipos para la toma de longitud en menores de 2 años



Ejemplos de equipos para la toma de la talla en niños de 2 años en adelante



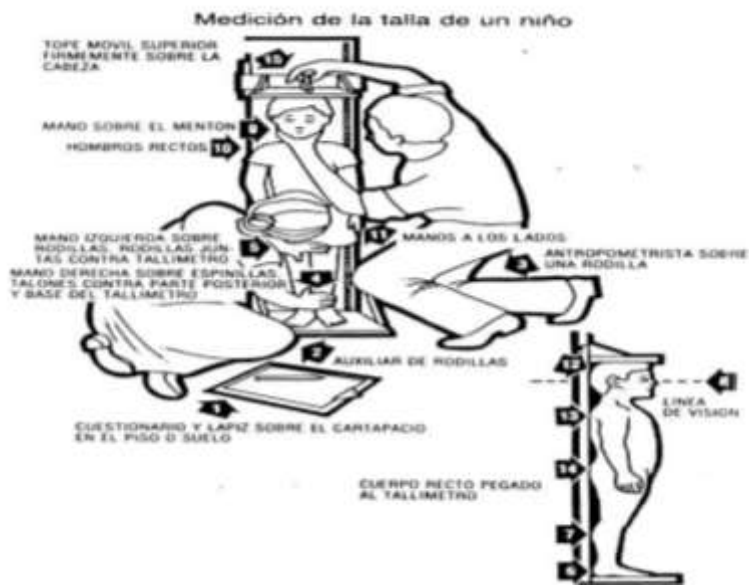
Los equipos presentados cuentan con las características técnicas establecidas en la resolución 2465 y garantizan la calidad del dato. Se recomienda tener en cuenta dichas recomendaciones en el momento de realizar cambios o compras de equipos.



Socializa técnica para la toma correcta de la longitud con la siguiente imagen:



Técnica para la toma de la talla



Ac  
W

La talla insuficiente respecto de la edad se denomina retraso del crecimiento. Es consecuencia de una desnutrición crónica o recurrente, por regla general asociada a unas condiciones socioeconómicas deficientes, una nutrición y una salud de la madre deficientes, a la recurrencia de enfermedades y/o a una alimentación o unos cuidados no apropiados para el lactante y el niño pequeño. El retraso del crecimiento impide que los niños desarrollen plenamente su potencial físico y cognitivo.

## 10. SOCIALIZACIÓN TABLEROS DE CONTROL PAI

Inicia el jefe Janeth Alape de PAI informando que a partir del mes de junio se han hecho algunas modificaciones con relación a la responsabilidad que tienen los aseguradores con su población. ¿Y ahora cambia la vacunación? Antes como red pública estábamos vacunando a todos los usuarios independientemente de su aseguramiento a partir del 01 de junio se han generado acuerdos con las EAPB, la SDS y las Subredes para que cada uno asuma la responsabilidad de vacunar a su población. Esto quiere decir que el extramural y la red pública tiene la responsabilidad y la obligación de vacunar y asegurarse que la población de capital salud, Unicaja, el no asegurado y el que pertenece a EAPB que no pertenecen a Bogotá por ejemplo Mutual ser, con esos usuarios tenemos una responsabilidad directa y los vamos a priorizar, las Subredes tiene compromiso directo con estos usuarios, y cuando se revisan las bases de datos, o en las jornadas de vacunación, o en las actividades extramurales le vamos dar prioridad a esta población, y los que tienen convenios EAPB. Se ha vacunado a partir de dos estrategias la extramural que son todas las actividades que se realizan fuera del centro de atención y la intramural que son todos aquellos que se encuentra al interior de la institución, y para las dos modalidades las Subredes tienen convenios con las EAPB y nuestra Subred de manera particular tienen convenio con NUEVA EPS, COMPARTA, FAMISANAR y ALIANZASALUD. Desde extramural no se vacunarán población con la que no se tenga ningún convenio con la Subred o con las aseguradoras. El cambio es que cada uno va a realizar seguimiento a su población. Se evidencia una disminución en la meta anual se pasa de 16532 a partir de junio se pasa 8542 que es la tarea de extramural, nuestro reto como entidad pública es lograr ubicar estos niños pobres no asegurados, porque son muchos los niños que nos reportan la base de datos que no tienen aseguramiento.

AVANCE COBERTURAS 30 DE JUNIO DE 2020											
TERCERAS DOSIS DE PENTAVALENTE - NIÑOS MENORES DE UN AÑO											
LOCALIDAD	META ANUAL	META MENSUAL	META A 30 DE JUNIO	ENERO	FEB	MAR	ABR	MAYO	JUN	DOSIS APLICADAS, ACOMULADO (01 DE ENERO A 30 DE JUNIO)	% DE CUMPLIMIENTO
05. USME	4836	403	2418	405	335	438	311	348	303	2140	88,5
06. TUNJUELITO	2566	214	1283	150	139	158	156	146	129	878	68,4
19. CIUDAD BOLIVAR	9105	759	4553	709	675	782	692	618	584	4060	89,2
20. SUMAPAZ	25	2	13	2	2	4	1	2	3	14	112,0
<b>TOTAL SUBRED SUR</b>	<b>16532</b>	<b>1378</b>	<b>8266</b>	<b>1266</b>	<b>1151</b>	<b>1382</b>	<b>1160</b>	<b>1114</b>	<b>1019</b>	<b>7092</b>	<b>85,8</b>
TRIPLE VIRAL - DOSIS DE UN AÑO											
LOCALIDAD	META ANUAL	META MENSUAL	META A 30 DE JUNIO	ENERO	FEB	MAR	ABR	MAYO	JUN	DOSIS APLICADAS, ACOMULADO (01 DE ENERO A 30 DE JUNIO)	% DE CUMPLIMIENTO
05. USME	4900	408	2450	450	380	392	333	333	303	2191	89,4
06. TUNJUELITO	2827	236	1414	171	209	195	147	162	156	1040	73,6
19. CIUDAD BOLIVAR	8730	728	4365	848	655	653	718	652	626	4152	95,1
20. SUMAPAZ	25	2	13	4	1	1	2	1	4	13	104,0
<b>TOTAL SUBRED SUR</b>	<b>16482</b>	<b>1374</b>	<b>8241</b>	<b>1473</b>	<b>1245</b>	<b>1241</b>	<b>1200</b>	<b>1148</b>	<b>1089</b>	<b>7396</b>	<b>89,7</b>
TRIPLE VIRAL - DOSIS REFUERZO DE 5 AÑOS											
LOCALIDAD	META ANUAL	META MENSUAL	META A 30 DE JUNIO	ENERO	FEB	MAR	ABR	MAYO	JUN	DOSIS APLICADAS, ACOMULADO (01 DE ENERO A 30 DE JUNIO)	% DE CUMPLIMIENTO
05. USME	5000	417	2500	555	343	312	248	396	399	2253	90,1
06. TUNJUELITO	2992	249	1496	219	165	152	148	174	162	1020	68,2
19. CIUDAD BOLIVAR	9128	761	4564	989	686	498	422	606	544	3745	82,1
20. SUMAPAZ	25	2	13	6	3	4	5	4	3	25	200,0
<b>TOTAL SUBRED SUR</b>	<b>17145</b>	<b>1429</b>	<b>8573</b>	<b>1769</b>	<b>1197</b>	<b>966</b>	<b>823</b>	<b>1180</b>	<b>1108</b>	<b>7043</b>	<b>82,2</b>

COHORTE 1 al 30 JUNIO DE 2020	TABLERO DE SUBRED SUR					
	DOSIS	META DEL MES	META DIARIA	APLICADAS A 30 DE JUNIO	COBERTURA ALCANZADA %	COBERTURA GENERAL
3 PENTAVALENTE (451/712)	CAPITAL SALUD	241	12	291	121	63%
	UNICAJAS	48	2	54	113	
	NO ASEGURADOS - EAPB FB	423	21	106	25	
TV 1 AÑO (439/593)	CAPITAL SALUD	302	15	270	89	74%
	UNICAJAS	44	2	54	123	
	NO ASEGURADOS - EAPB FB	247	12	115	47	
TV 5 AÑO (375/467)	CAPITAL SALUD	307	15	255	83	80%
	UNICAJAS	41	2	24	59	
	NO ASEGURADOS - EAPB FB	119	6	96	81	

Estos tableros son el porcentaje del cumplimiento por asegurador, en cuanto al no asegurado se supera el 81% tanto para niños menores de 1 año, de 1 año y de 5 años. Este tablero de control tiene corte a 30 de junio de como quedaron las coberturas, porque una cosa es a los que corresponden a nuestra Subred y otra cosa los que viven en nuestra Subred. Y aproximadamente niños menores de 1 año viven 16.000 pero si ustedes recuerdan ahora la meta es de 8.000 para la Subred Sur el resto de niños es responsabilidad directa de las EAPB o a través del convenio que se haga con la Subred. También debemos garantizar las coberturas mínimo del 95%. A pesar de tener la emergencia sanitaria no debemos descuidar la vacunación en menores recordemos que existen más enfermedades que se pueden prevenir con la vacunación.

La jefe nos comenta sobre la Jornada de vacunación contra el virus de la influenza: donde se gestionó y garantizo la vacunación para los trabajadores de la salud la vacuna para influenza AH1N1. Se priorizo servicios como pediatría, neonatología, UCI, pero se debe garantizar el 100% del personal de salud.

USS/ CAPS/UMHES	COLABORADORES A VACUNAR - SERVICIOS PRIORIZADOS	COLABORADORES VACUNADOS CON CORTE A 09/07/2020	% DE CUMPLIMIENTO
CAPS VISTA HERMOZA	87	87	100,0
USS PARAISO			
USS JERUSALEN	15	5	33,3
CAPS PERDOMO			
USS SAN ISIDRO			
CAPS CANDELARIA	13	11	84,6
USS MOCHUELLO			
UMHES DE MEISSEN	701	470	67,0
CAPS ABRAHAM LINCON			
USS EL CARMEN	24	8	33,3
CAPS SAN BENTO			
UMHES EL TUNAL	522	265	50,8
CAPS MARCHUELA			
USS LA FLORA			
USS DESTINO			
USS USME	31	31	100,0
CAPS BETANA			
USS DANUBIO AZUL			
USS NAZARETH	38	23	60,5
USS SAN JUAN DE SUMAPAZ	6	6	100,0
MANUELA BELTRAN	7	6	85,7
SANTA LBRADA	46	19	41,3
TUNJUELITO	51	46	90,2
SALUD PUBLICA	856	550	64,3
<b>TOTAL</b>	<b>2297</b>	<b>1627</b>	<b>63,7</b>

	TOTAL	SERVICIO PRIORIZADOS
TOTAL FUNCIONARIOS BASE	5063	2397
TOTAL VACUNADO POR LA SUBRED SUR	1609	1527
% DE VACUNACUNADOS	32	63,7

Fuente: Aplicativo PAI - CORTE 09/07/2020

- ❖ Talento humano asistencias de los servicios de urgencias unidad de cuidado intensivos – UCI – pediátrica y de adulto, servicios de pediatría neonatología, laboratorios clínico, terapia respiratorio área de atención para asintomáticos respiratorios
- ❖ Talento humano en salud pública. vacunadores vigilancia epidemiológica que dan respuesta a brotes, Talento humano que opera en ambulancias, paramédicos, médicos y auxiliares

Para finalizar la jefe proporciona datos para la consulta y generación de dudas referente al proceso de vacunación [lider.pai.prog@subredsur.gov.co](mailto:lider.pai.prog@subredsur.gov.co) Tel: 3045961492 y socializa resultados jornada

### RESULTADOS JORNADA INFLUENZA

SUBRED SUR	CRONICOS		
	META	EJECUCION	COBERTURA
05 - USME	6382	2401	38
19 - CIUDAD BOLIVAR	6694	4172	62
06 - TUNJUELITO	26333	1198	5
20 - SUMAPAZ	387	945	244
<b>TOTAL</b>	<b>39796</b>	<b>8716</b>	<b>22</b>

## 11. INDICADORES TRASMISIBLES

La líder de transmisibles Lina Barrera inicia presentando situación actual de covid-19 en la subred sur. La profesional inicia presentado la situación actual COVID19 a nivel mundial con corte al 23 de julio de 2020 donde se evidencian 9.063.264 casos con un incremento del 9%, 471.681 mortalidades con un porcentaje de letalidad del 5.2 con una reducción de 0.2%.

En América se reportan 4.372.358 casos, con 221.797 mortalidades con un incremento del 6.8%, con porcentaje de letalidad del 5.1 con una reducción del 0.1%, en Colombia se encuentran 71.183 casos con un incremento del 18.2% de casos, 2310 mortalidades con un incremento del 18.5% y porcentaje de letalidades de 3.2 que se mantiene igual.

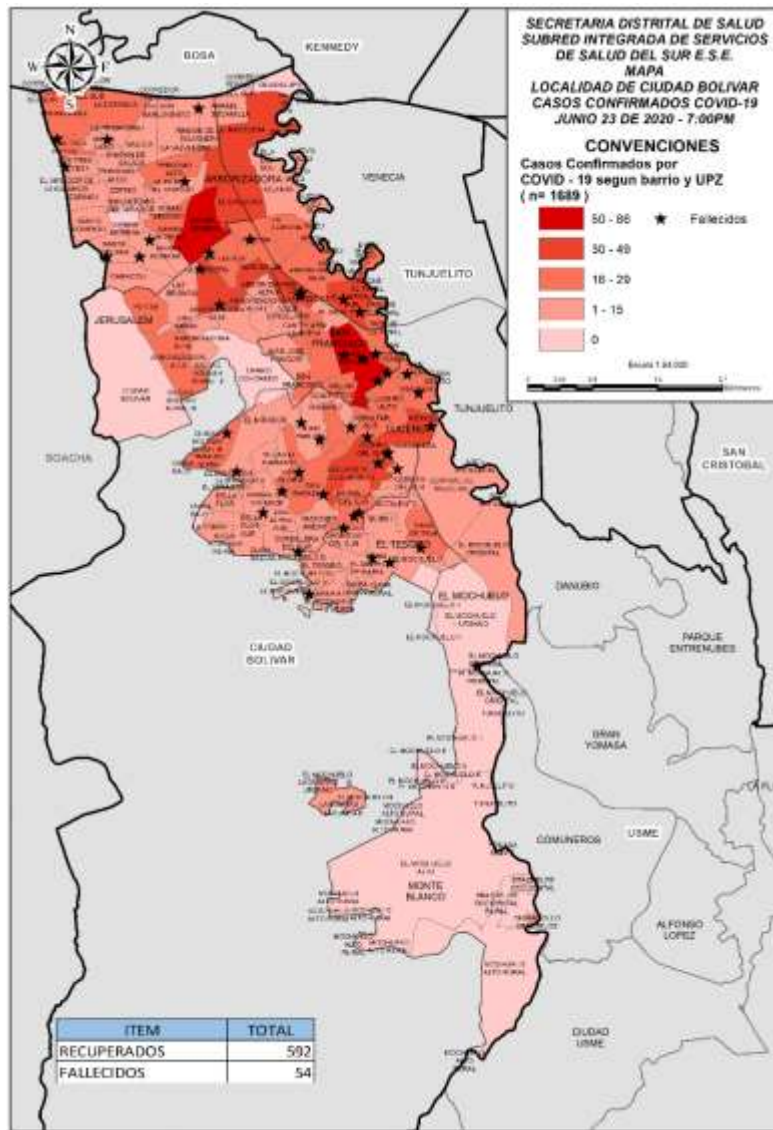
En cuanto al comportamiento distrital de los casos positivos de Covid con corte al 23 de junio se encuentra que Bogota aporta el 30.3% de casos al país con aumento del 0.1%, y al total de fallecidos aporta 22.4% con una disminución del 1.2%, al verificar la información por localidades para la subred sur se encuentra que la Localidad de Ciudad Bolívar ocupando el cuarto lugar con 7.4% de casos, Usme puesto 11 con el 3.3%, Tunjuelito con e 2% en puesto 14 y Sumapaz sin casos que corresponde a la única localidad libre de COVID en el Distrito.

### Comportamiento distrital de casos positivos COVID-19, Bogotá D.C. 23 de junio 2020

N°	Localidad	Femenino	Masculino	Total	%
1	Kennedy	2625	2792	5417	25,1
2	Bosa	1107	1071	2178	10,1
3	Suba	978	930	1908	8,9
4	Ciudad Bolivar	790	806	1596	7,4
5	Engativá	784	766	1550	7,2
6	Fontibón	472	504	976	4,5
7	San Cristobal	534	439	973	4,5
8	Rafael Uribe Uribe	447	484	931	4,3
9	Usaquen	409	470	879	4,1
10	Puente Aranda	335	399	734	3,4
11	Usme	391	318	709	3,3
12	Los Martires	148	396	544	2,5
13	Chapinero	213	250	463	2,1
14	Tunjuelito	210	218	428	2,0
15	Santafe	192	235	427	2,0
16	Teusaquillo	191	218	409	1,9
17	Antonio Nariño	205	198	403	1,9
18	Barrios Unidos	142	128	270	1,3
19	La Candelaria	39	118	157	0,7
20	Sumapaz	0	0	0	0,0
	Fuera de Bogota	72	101	173	0,8
	Sin Dato	178	238	416	1,9
	<b>Total</b>	<b>10462</b>	<b>11079</b>	<b>21541</b>	<b>100</b>

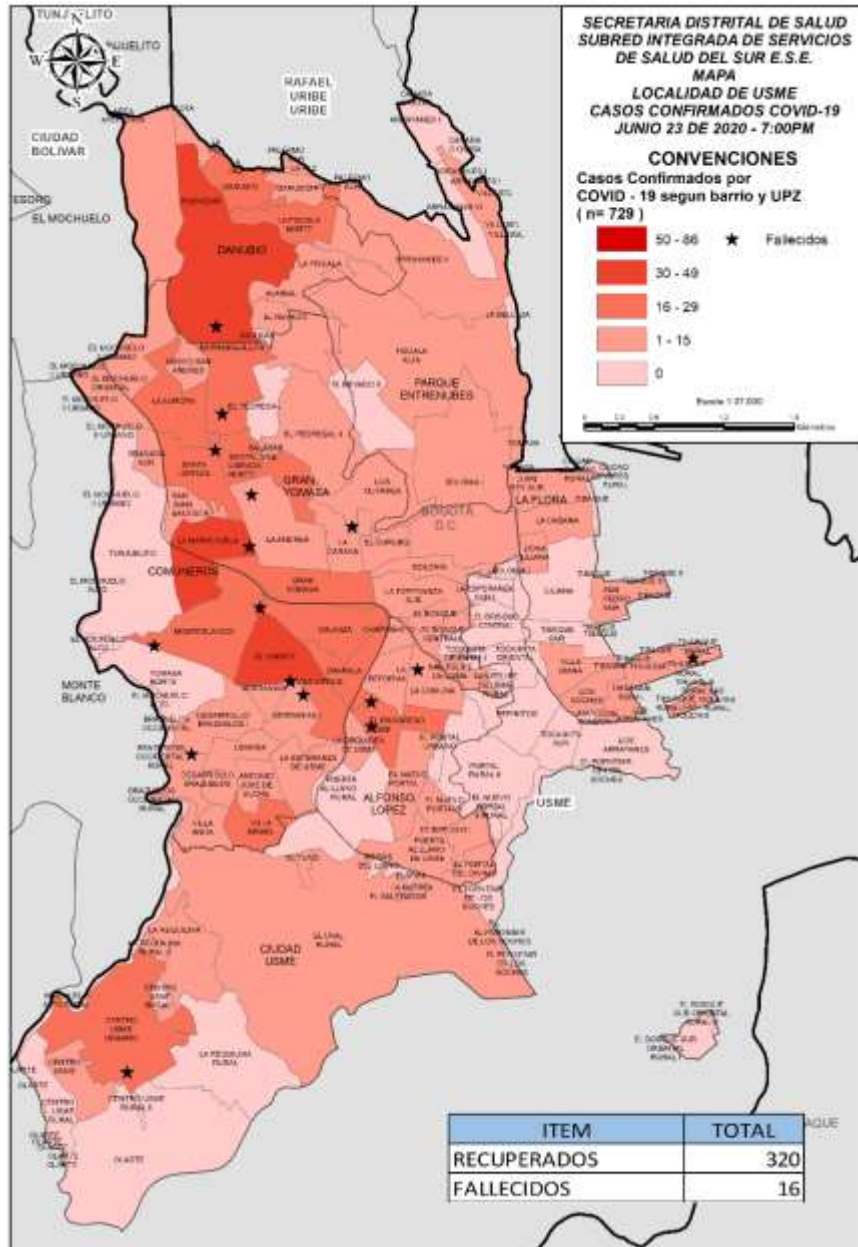
Fuente: <http://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/enfermedades-trasmisibles/covid19/> (23/06/2020 10:00 am)

La líder de trasmisible muestra el mapa el comportamiento de los casos positivos por localidad a corte al 23 de junio 2020, en las zonas de color rojo corresponden a las zonas por el distrito, entre ellas UPZ Lucero, Jerusalén, Ismael Perdomo, como se evidencia en el siguiente mapa, donde además se representan las mortalidades que se han presentado con estrellas.

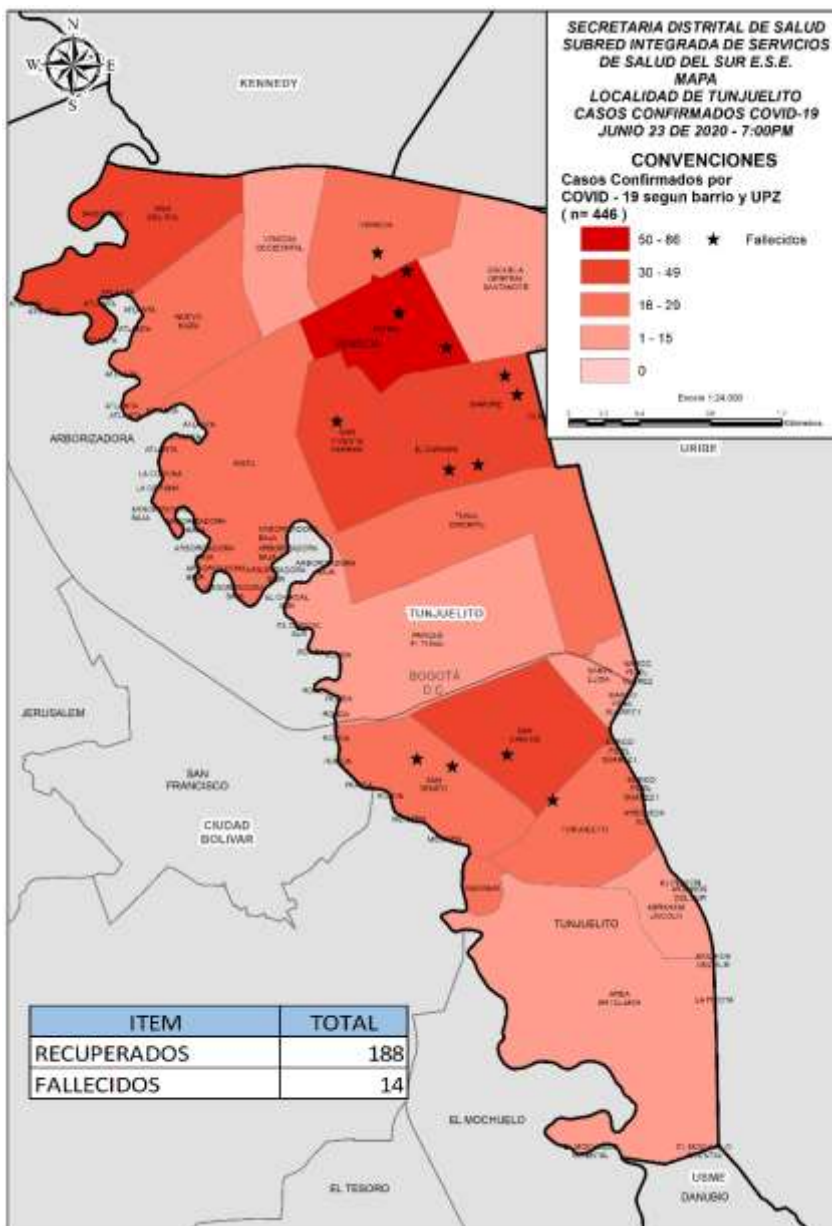




En la localidad de Usme las UPZ con mayor número de casos corresponde a Danubio, Comuneros y Virrey como se observa en el siguiente mapa:



En la localidad de Tunjuelito las UPZ con mayor número de casos corresponde a Venecia como se observa en el siguiente mapa:

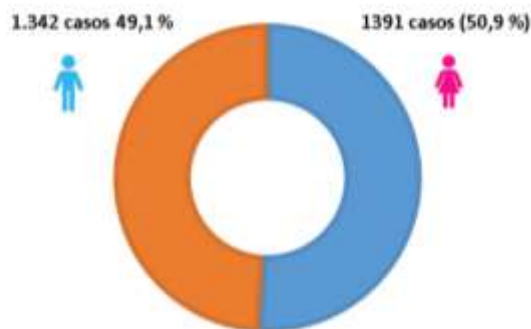




En cuanto al comportamiento por momentos de curso de vida, en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, se han presentado 2733 casos confirmados de los cuales, el 50,9% son mujeres, y la mayor concentración de casos de acuerdo con la edad, está entre los 20 a 45 años con un peso porcentual de 5%.

Momento del curso de vida	Ciudad Bolívar	Usme	Tunjuelito	Total	%
Primera infancia	46	30	18	94	3,4
Infancia	53	33	18	104	3,8
Adolescencia	81	37	20	138	5,0
Juventud	352	150	89	591	21,6
Adultez	813	353	220	1386	50,7
Vejez	251	106	63	420	15,4
Total	1596	709	428	2733	100

Fuente: <https://www.datos.gov.co/secretaria-salud/subred-integrada-de-servicios-de-salud-sur-e-s-e/07460000-0100-460>



Al verificar el estado de los casos positivos en la Subred sur con corte al 23 de junio se evidencia que los recuperados corresponden a 1.100 casos y representan el 40.2%, y 1305 de los casos se encuentran en casa en recuperación y representan el 47.7%, el 8.6% (N=231) de los casos se encuentran hospitalizados, 0.7% en UCI (N=20), y el 2.8% (N=77) fallecidos.

Se presenta la distribución de casos positivos en profesionales de la salud que son residentes en las localidades de la Subred Sur, se tenían 64 casos en las instituciones de salud como se conoció en su momento en la Clínica Nuestra Señora de la Paz, en nuestra USS Tunjuelito, tres en la Subred Sur puesto que no se pudo identificar a que unidad de atención pertenecen. Dentro de los perfiles están las auxiliares de enfermería en mayor proporción, seguido de los enfermeros profesionales y médicos y una población que, a pesar de no ser trabajador de la salud, está inmersa en el ámbito hospitalario como las personas de servicios generales, auxiliares de facturación, auxiliar de cocina ingenieros, entre otros.

En resumen, de los 1624 casos positivos 917 (56,5%) se encuentran recuperándose en casa, hospitalizados 97 (6,0%), en la UCI 15 (0,9%), fallecidos 50 (3,1%) y recuperados 545 (33,6%).

La Distribución de casos recuperados para Ciudad Bolívar 288, Usme 148, Tunjuelito 148, fallecidos por localidades de residencia Usme 8 personas, Tunjuelito 8 personas, Ciudad Bolívar 34 personas que es la más afectada y Sumapaz con cero casos.

Institución de salud	Casos	%
Clínica Nuestra Señora de la Paz	9	14,1
Hospital Tunjuelito	4	6,3
Centro Policlínico del Olaya	3	4,7
Subred Sur	4	4,7
Clínica del Occidente	2	3,1
Hospital Central de la Policía Nacional	2	3,1
Hospital de Kennedy	2	3,1
UMHES Tunal	3	3,1
Otras Instituciones de salud	48	37,5
Sin dato	17	10,9
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100</b>

Profesionales de la salud



94 casos (3,4 %)  
Incrementó 22,1 %  
17 casos

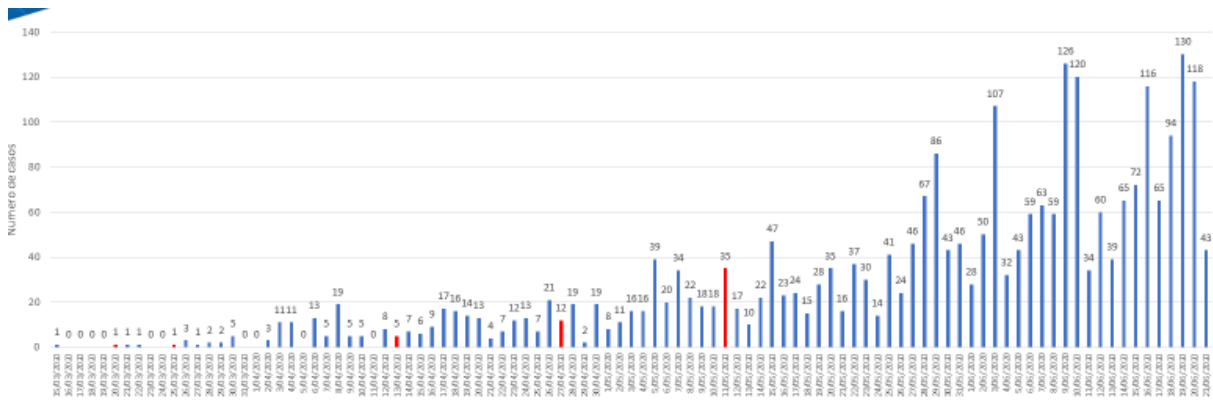
Perfil	Casos	%
Auxiliar de enfermería	37	39,4
Enfermero profesional	17	18,1
Medico	9	9,6
Practicante y asistente medico	4	4,3
Servicios generales	4	4,3
Auxiliar de facturación	2	2,1
Lavandería hospitalaria	2	2,1
Analista de atención al usuario	1	1,1
Atención al usuario	1	1,1
Auxiliar de cocina	1	1,1
Auxiliar de farmacia	1	1,1
Auxiliar de veterinaria	1	1,1
Coordinador salud y seguridad en el trabajo	1	1,1
Cordinador area administraiva	1	1,1
Ingeniero biomédico	1	1,1
Secretaria	1	1,1
Supervisor de salud ocupacional	1	1,1
Técnico en regulación medica	1	1,1
Sin dato	8	8,5
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100</b>

**Hospitalizado**  
3 casos (3,2 %)

**Casa**  
30 casos (31,9 %)

**Recuperado**  
61 casos (64,9 %)

En la siguiente grafica se muestra el incremento de los casos en la Subred sur con seguimiento diario al 23 de junio de 2020



Se muestra el comportamiento de la notificación de COVID-19 ha ido aumentando y se relacionan los decretos, y se entiende que es debido a que no se respetan las medidas indicadas por el gobierno nacional y distrital para aislamiento. Se evidencia en esta diapositiva en la cual nos refleja el aumento de los casos y definitivamente la curva no tiende a aplanarse todavía.

También se muestra la tendencia de casos COVID-19 para las localidades de la Subred Sur y como se puede observar ninguna tiende a la disminución, además de los tamizajes que se están realizando a nivel hospitalario y de comunidad.

En cuanto a la notificación de casos que residen las UPGD de la localidad de Ciudad Bolívar reportó 3716, Usme 1992, Tunjuelito 1386 y Sumapaz dos inicialmente, pero al realizar la IEC se logró ajustar esta información, de los notificados existen 584 que residen en otras localidades.

A parte de intervenir los casos probables y positivos de COVID-19, también realizamos seguimiento a los contactos de los pacientes para ese momento llevamos 10815 seguimientos, en mayor proporción la localidad de Ciudad Bolívar con 5578, Usme con 3211, Tunjuelito con 2026. También dentro del seguimiento de contactos se encuentran contactos que no residen en ninguna de nuestras localidades corresponde al 4,36% y de otros municipios 6%.

Se informan los conglomerados donde hay más o dos casos positivos en un mismo tiempo y espacio, en primer lugar, Ciudad Bolívar 77 (57,9%), en Usme 33 (24,8%), Tunjuelito con 23 representa el 17,3%, para un total en la Subred Sur de 133. La UPZ de Ismael Perdomo y UPZ de Lucero en Ciudad Bolívar con 20 conglomerados, UPZ Comuneros en Usme con 14 conglomerados y la UPZ Venecia con 17.

Se continúa con la revisión que realizó el equipo de análisis en la cual se realiza el comparativo con los países vecinos y algunos países del mundo con los cuales nos podemos comparar, Perú y Chile realizan más pruebas de identificación en su población y por lo tanto uno infiere que los datos que tiene Colombia son un sub registro muy importante de la información por lo tanto se requiere aplicación de pruebas y muy probablemente el número de casos positivos será muchísimo mayor. Es importante recalcar que muchos de los casos asintomáticos pueden ser positivos y por lo tanto flexibilizan en el uso de los elementos de protección personal.

Para terminar el comportamiento de eventos transmisibles en la Subred Sur en el cual se evidencia el aumento desbordado de casos IRA por virus nuevo, ESI-IRAG e IRAG inusitado, se mantiene la notificación de casos de tuberculosis, sarampión y tosferina.

## **12. SOCIALIZACIÓN TABLEROS DE CONTROL SIVIGILA**

La epidemióloga Yeimy Florido Bejarano presenta los tableros de control correspondientes al mes de junio 2020, lo cuales aporta la oportunidad de la notificación, se evalúa con los días comprendidos entre la consulta y la notificación del caso al SIVIGILA.

### LOCALIDAD USME

Se realiza presentación de los indicadores de oportunidad de las UPGD que se encuentran en la Localidad evidenciando que la Institución con la mayor frecuencia en la notificación es USS Santa Librada con 39 eventos y una oportunidad de (97.4%), seguido de Colsubsidio Santa Librada (75%) y USS Usme con un (100%) de oportunidad, las demás Instituciones presentaron menos frecuencia en los eventos.

### LOCALIDAD USME

LOCALIDAD	UPGD	OPORTUNIDAD EN LA NOTIFICACION SEMANAL		
		TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS	TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS DENTRO DE LOS 7 DIAS DE CONSULTA	% DE OPORTUNIDAD
USME	VLADIMIR QUINTERO	0	0	# DIV/0!
USME	GILBERTO CASTRO CORRALES	0	0	# DIV/0!
USME	MARIA TERESA DIAZ GUEVARA	0	0	# DIV/0!
USME	COLSUBSIDIO SANTA LIBRADA	28	21	75,0
USME	SERVIMED IPS USME	0	0	# DIV/0!
USME	CENTRO DE SALUD JUAN BONAL	0	0	# DIV/0!
USME	UNIDAD MEDICA Y ODONTOLÓGICA SANTA PILAR EU	0	0	# DIV/0!
USME	USS USME	15	15	100,0
USME	USS SANTA LIBRADA	39	38	97,4
USME	USS REFORMA	0	0	# DIV/0!
USME	USS BETANIA	5	3	60,0
USME	USS MARICHUELA	5	4	80,0
USME	USS YOMASA	0	0	# DIV/0!
USME	USS DESTINO	0	0	# DIV/0!
USME	USS SANTA MARTHA	0	0	# DIV/0!
USME	USS FLORA	0	0	# DIV/0!
USME	USS LORENZO DE ALCANTUZ	0	0	# DIV/0!
USME	USS DANUBIO AZUL	0	0	# DIV/0!

11 Eventos inoportunos  
4 por fuente BAI  
DNA en menores de 5 años  
IRA por nuevo virus  
ESI - IRAG

FUENTE: Tableros de control SIVIGILA 2020

### LOCALIDAD SUMAPAZ

En las 2 UPGD de la localidad sólo se presentó un evento en USS San Juan el cual fue notificado oportunamente.

No.	LOCALIDAD	UPGD	OPORTUNIDAD EN LA NOTIFICACION SEMANAL		
			TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS	TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS DENTRO DE LOS 7 DIAS DE CONSULTA	% DE OPORTUNIDAD
1	SUMAPAZ	USS SAN JUAN DE SUMAPAZ	1	1	100
2	SUMAPAZ	USS NAZARET	0	0	# DIV/0!

FUENTE: Tableros de control SIVIGILA 2020

Se socializan los errores más frecuentes en la notificación:

Mal diligenciamiento en variables como: estrato, barrio, dirección, pertenencia étnica, fecha de nacimiento, el evento 346 debe estar registrado como probable en la ficha de notificación. Eventos 346, 345 y 348 deben ser enviados con Historia Clínica, los casos confirmados por laboratorio deben ser cargados al SIVIGILA, y los reportes enviados con la ficha de notificación.

Los casos deben ser individuales por archivo PDF y marcados con evento y documento: 345\_454566 si tienen HC o laboratorio: 345\_454566\_HC y 345\_454566\_LAB

Se socializa la programación de las asistencias técnicas, se solicita sea informado si alguna Institución tiene alguna observación o presenta cierre temporal pero no se evidencia respuesta.

### PROGRAMACION ASISTENCIAS

LOCALIDA	RAZON SOCIAL	AT AGOSTO	AT AGOSTO HORA
05 - Usme	CENTRO DE SALUD JUAN BONAL	11/08/2020	8:00 am presencial
05 - Usme	MARIA TERESA DIAZ GUEVARA	10/08/2020	8:00 am presencial
05 - Usme	UNIDAD MEDICA Y ODONTOLOGICA SANTA PILAR EU	11/08/2020	2:00 pm Presencial
05 - Usme	USS DANUBIO AZUL	12/08/2020	8:00 am Presencial
05 - Usme	USS DESTINO	12/08/2020	2:00 pm Presencial
05 - Usme	USS LORENZO DE ALCANTUZ	10/08/2020	2:00 pm Presencial
06 - Tunjuelito	DISPENSARIO MEDICO CANTON SUR - TUNJUELITO	14/08/2020	8:00 am Presencial
06 - Tunjuelito	ESCUELA DE CADETES GENERAL SANTANDER - TUNJUELITO	14/08/2020	2:00 pm Presencial
06 - Tunjuelito	GABRIEL RODRIGUEZ SERNA - TUNJUELITO	18/08/2020	2:00 pm Presencial
06 - Tunjuelito	PEDRO JOSE SANCHEZ MANRIQUE	19/08/2020	2:00 pm Presencial
06 - Tunjuelito	USS ISLA DEL SOL	13/08/2020	8:00 am Presencial
06 - Tunjuelito	VIRREY SOLIS IPS SA VENEZIA	13/08/2020	2:00 pm Presencial
19 - Ciudad Bolívar	FISDECO	24/08/2020	2:00 pm Presencial
19 - Ciudad Bolívar	MEDISALUD	25/08/2020	8:00 am Presencial
19 - Ciudad Bolívar	USS MOCHUELO	20/08/2020	8:00 am Presencial
19 - Ciudad Bolívar	USS PASQUILLA	20/08/2020	2:00 pm Presencial
19 - Ciudad Bolívar	USS POTOSI	21/08/2020	8:00 am presencial
19 - Ciudad Bolívar	USS SAN FRANCISCO	CERRADO	CERRADO
19 - Ciudad Bolívar	USS SAN ISIDRO	21/08/2020	2:00 pm Presencial
19 - Ciudad Bolívar	USS SIERRA MORENA	24/08/2020	8:00 am presencial

Se recuerdan los correos de notificación:

[notificaciones.tunjuelito@subredsur.gov.co](mailto:notificaciones.tunjuelito@subredsur.gov.co), [notificaciones.ciudad.bolivar@subredsur.gov.co](mailto:notificaciones.ciudad.bolivar@subredsur.gov.co)  
[sp.vig.sivigila.usme@subredsur.gov.co](mailto:sp.vig.sivigila.usme@subredsur.gov.co), [notificaciones.sumapaz@subredsur.gov.co](mailto:notificaciones.sumapaz@subredsur.gov.co)

Se continúa a la espera del nuevo instalador con novedades 2020 por parte del INS, administrador del SIVIGILA y así realizar la caracterización de la red de operadores de Vigilancia en Salud pública.

### 13. PRESENTACION MAITE

Por disponibilidad de tiempo de la expositora no se realiza presentación.

#### 14. COMPROMISOS

- Las presentaciones del COVE serán enviadas por SIVIGILA a cada UPGD con el fin de ser socializadas al interior de cada entidad.
- El equipo SIVIGILA publicara el informe del COVE realizado del mes de Julio.

LISTADO DE ASISTENCIA, PROFESIONALES PRESENTES EN EL COVE:



	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	LISTA DE ASISTENCIA A REUNIONES Y MESAS DE TRABAJO	MI-SIG-SIG-FT-02 V4

FECHA (DD-MM-AA): 17-07-20      HORA DE INICIO: 8:00 a.m      HORA DE TERMINACIÓN: 12:00 m

LUGAR: SALA DE JUNTAS 4° PISO USS USTA HERMOSA / VIRTUAL PLATAFORMA TEAMS

NOMBRE DE LA REUNION	RESPONSABLE
COVE LOCAL USME - SUMAPAZ	

Nº	NOMBRE Y APELLIDO	DEPENDENCIA	USS	CARGO	CORREO	FIRMA
1	Jenny Fuentebello	G. del Riesgo/USP	Usta hermosa	Lider ssm-sre	salud.ssr@subred.gov.co	<i>[Signature]</i>
2	Luz Marina Alvarez	G. del Riesgo	Usta hermosa	Epidemióloga	salud.ssr@subred.gov.co	<i>[Signature]</i>
3	Yaimy Florida B	G. del Riesgo	U. Hermosa	Epidemióloga	ylugilasubred@subred.gov.co	<i>[Signature]</i>
4	Diana R. Torres	G. Riesgo	U. H.	Epidemióloga	diat0110@gmail.com	DraUNT
5	Oliverio Claverde	G. Riesgo	H. V. H.	Epidemiólogo	salud.ssr@subred.gov.co	<i>[Signature]</i>
6	Lina Barrera	G. Riesgo	H. V. H.	Epidemióloga	linamibarrera@subred.gov.co	<i>[Signature]</i>
7	Andrés Barbosa	G. de SRE	VH	Técnico	salud.ssr@subred.gov.co	<i>[Signature]</i>
8	Freddy Aballe	GRATISPA PAI	Subredocur	labor local	l.aballe@subred.gov.co	<i>[Signature]</i>
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						

LISTADO DE ASISTENCIA GENERADO POR EL APLICATIVO TEAM:

Nombre completo	Acción del usuario
SDS, Sivigila Red Sur	Unido
Consultorio médico Dra. María Teresa Díaz	Se unió antes
umedicosp (Invitado)	Se unió antes
Leidy Hernández (servimed IPS santa librada) (Invitado)	Se unió antes
USS SANTA LIBRADA (Invitado)	Se unió antes
HUGO	Unido
yayana_56	Unido
JUANBONAL (Invitado)	Unido
CAPS MARICHUELA (Invitado)	Unido
Marcela Morales (Invitado)	Unido
MARCELA MORALES FLORA DESTINO (Invitado)	Unido
ND ANDREA ROBAYO (Invitado)	Unido
SUBRED SUR SIVIGILA	Unido
Jeisson Castro España	Unido
Mónica	Unido
Urueña Serrano, Ana María	Unido
Dr. VLADIMIR QUINTERO REYES	Unido
Usuario desconocido	Unido
♪ D!@Ni R ♥ ♡ ☹	Unido
lowel Arteta	Unido
Rodrigo	Unido
Elizabeth Romero	Unido
SSR (Invitado)	Unido