

Gestión con valores para resultados

Dimensión 3

A continuación se realiza un documento donde se encuentra el diseño, de la Dimensión 3 del MIPG.

Componentes principales de la Dimensión 3:

1. Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos

Mejorar la estructura hospitalaria y reducir trámites innecesarios para hacer más eficiente la atención en salud.

2. Servicio al ciudadano

Poner al paciente y su familia en el centro de la gestión hospitalaria, con canales efectivos de comunicación, PQRSD y encuestas de satisfacción.

3. Racionalización y estandarización de trámites

Eliminar duplicidades, simplificar requisitos y avanzar en trámites digitales (citas, autorizaciones, historia clínica).

4. Participación ciudadana en la gestión pública

Incluir la voz de los usuarios y la comunidad en las decisiones hospitalarias mediante comités de usuarios, audiencias y mesas de participación.

5. Gobierno Digital

Implementar herramientas tecnológicas como portales web, historia clínica electrónica, agendamiento en línea y telemedicina.

6. Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción



Garantizar la publicación de información obligatoria, la rendición de cuentas y la gestión de conflictos de interés.

7. Seguridad digital

Proteger la información clínica y administrativa del hospital, asegurar la continuidad operativa y mitigar riesgos cibernéticos.

8. Defensa jurídica

Prevenir y gestionar eficazmente demandas, reclamaciones y litigios, protegiendo el patrimonio institucional.

9. Mejora normativa

Revisar y actualizar las normas internas del hospital, y proponer ajustes normativos que fortalezcan la gestión en salud.

1.Descripción

La Dimensión 3 del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) tiene como propósito central orientar la gestión institucional hacia la obtención de resultados efectivos y útiles para los ciudadanos, asegurando que cada acción pública se realice con valores de integridad, transparencia, participación y eficiencia.

2. Propósito

Asegurar que la gestión institucional del hospital esté orientada a resultados, con integridad, transparencia y mecanismos que permitan la participación ciudadana, la simplificación de trámites, la gobernanza digital y la defensa jurídica, entre otros.

Ámbito: aplica a todos los procesos misionales (atención al paciente), de apoyo (financiero, compras, talento humano) y de gestión (planificación, control interno, jurídico, TIC) del hospital.

3. Objetivo

Esta dimensión articula acciones para mejorar la prestación del servicio y la confianza ciudadana.



4. Políticas

4.1 Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos

Objetivo: optimizar estructura organizacional y procesos para aumentar eficiencia, reducir tiempos en la atención y garantizar mejor correspondencia entre recursos (personal, insumos, infraestructura) y prioridades clínicas.

4.1.1 Soportes requeridos:

- Diagnóstico organizacional.
- Organigrama vigente y propuestas alternativas.
- Mapa de procesos institucional.
- Fichas de procesos y procedimientos (con entradas, salidas, controles, responsables).
- Registro de análisis de carga y asignación de personal (planta por proyecto/proceso).
- Actas de comités que avalen cambios organizacionales.
- Análisis de impacto presupuestal (estimación costo/beneficio de ajustes).
- Acto administrativo (resolución/acta) que formalice ajustes estructurales (cuando aplique).

4.1.2 Documentos soportes:

- Mapa de procesos publicado y aprobado fichas de procesos consolidadas.
- Manual operativo con procesos simplificados y flujos aprobados.
- Documento de decisión (acta / resolución) sobre ajustes organizacionales.
- Registro de indicadores de procesos (tiempos, costos, cuellos de botella).
- Fichas de procesos disponibles.
- Acta de aprobación para cambios estructurales (si aplica).
- Informe de impacto presupuestal disponible.

4.1.3 Responsables sugeridos

- Gerencia general (aprobación).
- Oficina de Planeación / Calidad (coordinación técnica).



- Jefes de servicio (validación operativa).
- Oficina Jurídica (revisión de actos administrativos).

4.2 Servicio al ciudadano

Objetivo en hospital: garantizar atención oportuna, humana y transparente al paciente y familiares; facilitar y monitorear canales de interacción y resolución de quejas y peticiones (PQRSD).

4.2.1 Soportes requeridos

- Carta de Servicios / Compromisos al usuario (publicada).
- Procedimiento PQRSD (flujos, tiempos, responsables).
- Registro y plataforma de PQRSD (ticketing o software, si no, base de datos).
- Instrumentos de medición de satisfacción y encuestas periódicas (metodología, resultados).
- Protocolos de atención diferencial (niños, embarazadas, discapacidad).
- Material de comunicación (rotulación, folletería, página web con canales).
- Registros de formación del personal en trato al usuario y humanización.

4.2.2 Soportes

- Carta de Servicios publicada en portal y en instalaciones.
- Procedimiento PQRSD vigente y evidencia de gestión de quejas.
- Informes periódicos (mensual/trimestral) con indicadores de atención al usuario.
- Programas de capacitación en humanización.

4.2.3 Responsables:

- Oficina de Atención al Usuario / Calidad.
- Jefes de enfermería y servicios clínicos (aplicar protocolos).
- Comunicaciones (publicación y divulgación).

4.2.4 Evidencias

Screenshot de sección "Carta de Servicios" en la web.



- Exportación de tickets PQRSD y tiempo de respuesta.
- Informe de satisfacción del paciente (encuesta trimestral).
- Plan de capacitación y listas de asistencia.

4.2.5 Indicadores sugeridos

- % PQRSD.
- Índice de satisfacción promedio
- Tiempo promedio de espera en admisión/consulta.

4.3 Racionalización y estandarización de trámites

Objetivo en hospital: reducir trámites innecesarios, estandarizar formularios y digitalizar trámites prioritarios (citas, autorizaciones, historia clínica).

4.3.1 Soportes

- Catálogo de trámites (listado oficial publicado).
- Acto administrativo o acuerdo que formalice la racionalización (cuando aplique).
- Formularios estandarizados y sus versiones electrónicas (si existen).
- Manual de procedimientos para trámites y guía de atención en taquilla/portal.
- Informe de tiempos comparativos (antes/después).

4.3.2 Responsables

- Oficina de Gestión Documental / Calidad.
- Oficina de Atención al Usuario.
- Oficina Jurídica (validación de actos).

4.3.3 Evidencias

- Publicación del catálogo en portal.
- Acta de racionalización y resultados.
- Formatos publicados y accesibles en sede electrónica.



4.3.4 Indicadores sugeridos

- % trámites con versión electrónica.
- Tiempo promedio por trámite.
- % reducción de requisitos documentales.

4.4 Participación ciudadana en la gestión pública

Objetivo en hospital: articular mecanismos de participación (consejos de usuarios, mesas de trabajo, audiencias) para incorporar la voz del ciudadano en decisiones sobre servicios de salud.

4.4.1 Soportes requeridos

- Plan de participación ciudadana (documento).
- Cronograma de actividades públicas (audiencias, jornadas, mesas).
- Actas y acuerdos de mesas de trabajo (con compromisos y responsables).
- Póliza/procedimiento para recepción e incorporación de aportes ciudadanos.
- Informes de implementación y trazabilidad de recomendaciones.
- Registro de sesiones y actas
- Informe anual sobre incorporación de aportes ciudadanos

4.4.2 Responsables

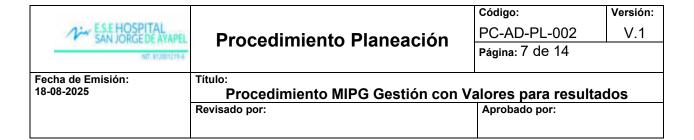
- Oficina de Atención al Usuario / Participación Ciudadana.
- Gerencia y Jefes de Servicio (seguimiento de compromisos).

4.4.3 Evidencias

- Actas firmadas, listados de asistentes, fotografías.
- Publicación de resultados y compromisos asumidos.

4.4.4 Indicadores sugeridos

- Número de mecanismos de participación implementados por año.
- % recomendaciones ciudadanas implementadas.



4.5 Gobierno Digital

Objetivo en hospital: avanzar en servicios digitales que soporten la atención (citas, HCE, telemedicina) y la interoperabilidad, reducir trámites presenciales y mejorar la trazabilidad de la información.

4.5.1 Soportes requeridos

- Plan de Gobierno Digital (o componente TIC del plan estratégico).
- Portal institucional actualizado con servicios en línea (citas, PQRSD, informes).
- Plataformas de gestión clínica: Historia Clínica Electrónica (HCE) y/o módulos de atención.
- Especificaciones de interoperabilidad (HL7/FHIR si aplicable) y acuerdos de intercambio con EPS/entidades.
- Acuerdos y contratos con proveedores TIC (SLA).
- Inventario de sistemas y repositorios de datos.
- Registro de pruebas y evidencias de seguridad e interoperabilidad.
- Servicios digitales operativos: agendamiento en línea, acceso a resultados, teleconsulta si aplicara
- Informes de interoperabilidad (logs y conciliaciones).

4.5.2 Responsables:

- Oficina TIC / Responsable de Gobierno Digital.
- Jefaturas clínicas (adecuación de procesos clínicos al sistema).
- Oficina de Gestión Documental .

4.5.3 Evidencias

- URL de servicios, reportes de accesos, SLA con proveedores.
- Registro de integración con aseguradores y/o dispensadores (pruebas de interoperabilidad).

4.5.4 Indicadores sugeridos

• % de servicios transaccionales disponibles (citas, resultados).



- % de transacciones digitales vs. presenciales.
- Tiempo de disponibilidad del sistema (uptime).

4.6 Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción

Objetivo: garantizar publicación de información relevante, prácticas de integridad y mecanismos para prevenir y detectar corrupción y conflictos de interés.

4.6.1 Soportes requeridos

- Política/Plan de Transparencia y Anticorrupción Portal de transparencia actualizado
- Sección de transparencia activa en la web (contratos, PAA, POs, estructura, gastos).
- Registro y procedimientos de conflictos de interés y posturas de integridad.
- Programa de capacitación en integridad y anticorrupción.
- Mecanismos de denuncia confidenciales.
- Registro de capacitaciones e informe de cumplimiento.
- Actas y seguimiento de procesos disciplinarios y de denuncias.

4.6.2 Responsables

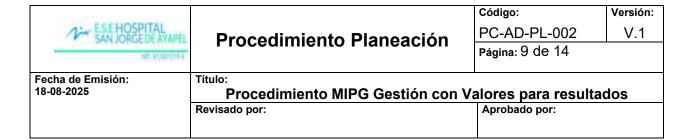
- Oficina de Transparencia / Control Interno / Oficina Jurídica.
- Gerencia (promoción y compromiso).

4.6.3 Evidencias

- Capturas de página del portal con información exigida.
- Listado de capacitaciones y asistentes.
- Registro de declaraciones de bienes y conflictos.

4.6.4 Indicadores sugeridos

- % de información obligatoria publicada en portal.
- Nº de denuncias recibidas y tiempo promedio de gestión.
- % de servidores con formación en integridad.



4.7 Seguridad digital

Objetivo: proteger la información clínica y administrativa del hospital, asegurar continuidad operativa y mitigar incidentes cibernéticos.

4.7.1 Soportes requeridos

- Política de Seguridad de la Información (PSI) y Anexo de tratamiento de datos sensibles aprobados.
- Inventario de activos de información (bases de datos, servidores, aplicaciones).
- Análisis de riesgos y plan de continuidad del negocio / recuperación ante desastres (BCP/DRP).
- Plan de respuesta a incidentes (CSIRT interno o acuerdo).
- Procedimientos de control de acceso, autenticación y segregación de funciones.
- Registro de incidentes y evidencia de gestión.
- Informe de auditoría de seguridad (interno/externo).

4.7.2 Responsables

- Jefe TIC / Responsable de seguridad de la información.
- Oficina de Gestión de Riesgos / Control Interno.

4.7.3 Evidencias

- Inventario, matrices de riesgos, reportes de incidentes, bitácoras de backup.
- Indicadores sugeridos:
- Nº incidentes de seguridad reportados por periodo.
- % de sistemas con parches al día.
- Tiempo promedio de respuesta a incidentes.

4.8 Defensa jurídica

Objetivo: garantizar la defensa y la gestión jurídica eficiente de las actuaciones del hospital (contratación, responsabilidad, gestión de demandas).



4.8.1 Soportes requeridos

- Procedimiento de gestión de procesos judiciales y administrativos.
- Registro centralizado de procesos judiciales y contingencias.
- Matriz de riesgos jurídicos (contratos, cumplimiento normativo).
- Informes jurídicos y criterios de actuación (opiniones, conceptos).
- Soporte documental: contratos, actas, procesos de contratación y supervisión.
- Protocolos y guías para manejo de demandas y notificaciones.
- Registro actualizado de procesos jurídicos.
- Informe anual de contingencias y provisiones.

4.8.2 Responsables

- Oficina Jurídica.
- Oficina Financiera (provisiones).
- Gerencia (decisiones estratégicas).

4.8.3 Evidencias

- Base de datos de procesos (con estado y fechas).
- Opiniones jurídicas y actas de seguimiento.

4.8.4 Indicadores sugeridos

- Nº de procesos judiciales abiertos por periodo.
- % de decisiones favorables.
- Tiempo promedio de resolución.

4.9 Mejora normativa

Objetivo: identificar y proponer ajustes normativos internos (reglamentos, procedimientos) y participar en instancias para mejora normativa que afecten prestación del servicio.



4.9.1 Soportes requeridos:

- Inventario normativo (reglamentos, circulares, protocolos internos).
- Informe de brechas normativas que afectan gestión hospitalaria.
- Actas de mesas técnicas con propuestas de modificación.
- Propuesta de norma interna / oficio / proyecto de resolución.
- Propuestas de mejora normativa (documento técnico)
- Registro de envíos a instancias superiores (Ministerio, Entidad Territorial).
- Acta de adopción o archivo de seguimiento.

4.9.2 Responsables

- Oficina Jurídica / Oficina de Planeación.
- Jefes de área (insumos técnicos).

4.9.3 Evidencias

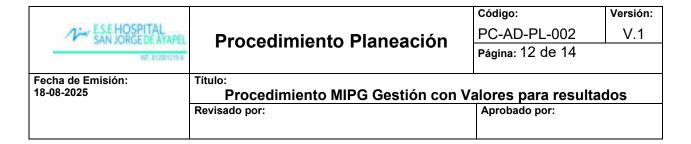
- Documento "Propuesta Mejoramiento Normativo 2025.pdf".
- Rutas de remisión y respuesta.

4.9.4 Indicadores sugeridos

- Nº de iniciativas normativas propuestas por año.
- Tiempo promedio de trámite interno.
- Inventario normativo actualizado.
- Registro de propuestas y su estado.

5.Entregables consolidados de la Dimensión 3 - Plan de Gestión con Valores (o sección en Plan Estratégico que incorpore Dimensión 3).

- Mapas y fichas de procesos (publicados).
- Carta de Servicios y Procedimiento PQRSD.
- Catálogo de trámites y actas de racionalización.
- Plan de Participación Ciudadana y actas.
- Plan de Gobierno Digital y servicios publicados.



- Portal de Transparencia activo y evidencias de publicaciones.
- Política y plan de seguridad digital, registro de incidentes.
- Protocolos de Defensa Jurídica y registro de procesos.
- Informes de seguimiento (tablero/CMI) y reportes FURAG.

6. Matriz de evidencias

7. Gobernanza y roles recomendados.

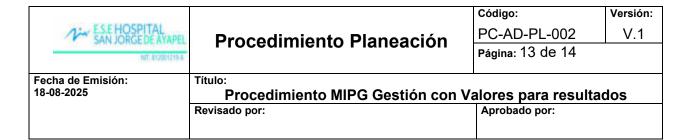
- Oficina de Planeación: coordinador técnico para articulación con POAI y Plan Estratégico.
- Oficina de Calidad / Atención al Usuario: responsable operativo de Carta de Servicios, PQRSD, encuestas.
- Oficina TIC: responsable del Plan de Gobierno Digital y seguridad digital.
- Oficina Jurídica: defensa jurídica, mejora normativa, revisión de actos.
- Oficina de Compras / Finanzas: coordinación con PAA y evidencias de adquisiciones.
- Control Interno: seguimiento de controles, mapa de riesgos y auditorías.
- Comités transversales: Comité de Transparencia, Comité TIC, Comité de Compras, Mesa de Participación Ciudadana.
- Sugerir la creación de una "Mesa de Seguimiento Dimensión 3" donde responsables reporten estado de entregables.

8 Indicadores

Los indicadores se crean con base a los procesos en la primera etapa, segunda etapa gestión y tercera etapa resultados. Aunque en algunos casos hay robustes de avances es probable que el estado de los procesos nos lleve a evaluar resultados.

9. Riesgos frecuentes y controles

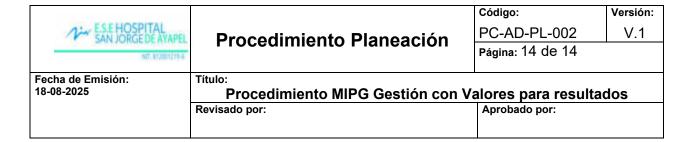
Los riesgos que podemos encontrar en la gran mayoría de esta dimensión es el escaso tiempo con que cuentan los funcionarios para lograr la construcción de la estructura.



- a. Información de transparencia incompleta: obligatorio de publicación con validación por Control Interno.
- b. Demoras en respuesta a PQRSD: Acuerdo de nivel de servicio o soporte de servicio (SLA) interno, panel de alertas y escalamiento.
- c. Incidentes de seguridad en HCE: autenticación multifactor en accesos privilegiados, backup periódico, pruebas DRP.
- d. Contratación opaca : plan anual de adquisiciones, uso SECOP II y actas de comité técnico.

10. Beneficios tempranos

- 1. Diseñar Carta de Servicios y el procedimiento PQRSD (impacto alto, esfuerzo bajo).
- 2. Verifica que la transparencia activa (PAA, contratos, presupuesto) esté completa en la web baja complejidad y alto valor frente a control.
- 3. Mapeo y publicación de 3 procesos críticos (admisión/urgencias, atención quirúrgica, gestión de camas) para mostrar resultados rápidos.
- 4. Registro de incidentes TIC y un procedimiento de escalamiento (preparación para seguridad).
- 5. Configuración de un dashboard de mínimo un indicador por política
- 6. Crear carpeta decontrol por política con evidencias indexadas que sirven de soporte a órganos de control
- 7. En cada reporte FURAG se vinculara a la matriz de evidencias y adjunta los documentos clave
- 8. Cuadro rápido de correspondencia: Política \rightarrow Soporte prioritario \rightarrow Entregable clave
- 9. Socializar el Manual Operativo de procesos de MIPG
- 10. Publicación de carta de Servicio al ciudadano, y tickets PQRSD



- 11. Consecusión de formularios electrónicos y el Catálogo publicado de los mismos formularios electrónicos.
- 12. Informe anual de Participación ciudadana, plan y actas
- 13. Publicación del Plan Digital de los Servicios en línea Gobierno Digital
- 14. Manual o procesos de Transparencia → Portal transparencia
- 15. Seguridad digital → Política y BCP → Plan de continuidad y reportes de pruebas.
- 16. Base de datos de Defensa jurídica actualizada estado de los procesos registrados
- 17. Base de Inventario normativo

Numero	Control Cambios Descripción (en caso de no ex cambio, escriba no hay cambio		V:	
	versión)	Página: 14 de 4	Página: 14 de 4	
Elaborado por:		Aprobado por Gerencia:		
Revisado por:		Aprobado por coordinador de Proceso:		