

PLAN DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y ESTADÍSTICA 2026



CONTENIDO

INTRODUCCION.....	3
1. OBJETIVO GENERAL	3
1.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS	3
2. ALCANCE.....	3
3. MARCO NORMATIVO	3
4. PRINCIPIOS DE GESTION DE LA INFORMACION ESTADISTICA.....	4
5. GOBIERNO DEL DATO (ROLES Y RESPONSABILIDADES).....	4
5.1. Matriz RACI mínima por operación.....	5
6. INVENTARIO DE OPERACIONES ESTADISTICAS 2026.....	5
7. FLUJO INSTITUCIONAL: REGISTRO - PROCESAMIENTO - VALIDACION - REPORTE - PUBLICACION	6
7.1. Gestión de solicitudes internas (ad-hoc).....	6
8. ASEGURAMIENTO DE CALIDAD DEL DATO	6
8.1. Gestión de inconsistencias y reprocesos.....	7
9. CUSTODIA, TRAZABILIDAD, ARCHIVO Y PRESERVACION.....	7
10. SEGURIDAD, PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD.....	7
11. CRONOGRAMA MACRO Y CALENDARIO OPERATIVO	7
12. RIESGOS Y CONTROLES.....	8



INTRODUCCION

La E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona produce información estadística a partir de su operación asistencial y administrativa en la sede central y centros de salud. Esta información soporta la toma de decisiones, la planeación institucional, el seguimiento de la calidad, la gestión financiera y el cumplimiento de obligaciones de reporte ante entes de control, aseguradores y demás partes interesadas.

El presente plan define el marco de trabajo para 2026: roles, flujo estándar, inventario de operaciones estadísticas, controles de calidad, custodia de evidencias y medidas de seguridad y confidencialidad.

1. OBJETIVO GENERAL

Generar, consolidar y dar a conocer información estadística oficial relacionada con el cumplimiento de la misión de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona.

1.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Estandarizar el flujo institucional para registro, procesamiento, validación, reporte y publicación de información.
- Definir el inventario de operaciones estadísticas y su esquema de responsabilidades para asegurar cumplimiento interno y externo.
- Aplicar controles de calidad que disminuyan inconsistencias y reprocesos, y mejoren la confiabilidad de los reportes.
- Garantizar trazabilidad documental (archivos finales, aprobaciones, radicados, pantallazos y certificaciones).
- Alinear la gestión estadística con los planes institucionales de seguridad y privacidad, preservación digital y tratamiento de riesgos.

2. ALCANCE

Aplica a la información estadística generada por la E.S.E. a partir de su registro en el sistema de información Kubapp y otras fuentes institucionales (financieras, administrativas y de calidad). Inicia con la captura/registro de información y finaliza con el reporte a plataformas externas, la entrega a partes interesadas y la publicación institucional cuando aplique.

3. MARCO NORMATIVO

El plan se sustenta en normatividad vigente aplicable al sector salud y en obligaciones de reporte y transparencia. Las fechas exactas, formatos y validaciones se verifican al inicio de cada vigencia conforme a los lineamientos oficiales de cada plataforma.



- Decreto 2193 de 2004 y lineamientos SIHO (producción, calidad y financiero).
- Normatividad vigente para RIPS (estructura, validaciones y soporte por periodo).
- resolución 0256 (indicadores de calidad establecidos por la norma).
- SISMED (reporte de compra, venta, precios y unidades de medicamentos).
- Circular conjunta 030 de 2013 (saneamiento de cartera - depuración y compromisos).
- Lineamientos de transparencia: publicación periódica de estadísticas e indicadores definidos.

Documentos institucionales relacionados:

- Procedimiento PR-GIF-01-01 Registro, procesamiento y reporte de la información.
- PETI vigente y planes 2026: Seguridad y Privacidad de la información; Tratamiento de Riesgos; preservación Digital; Mantenimiento de Servicios tecnológicos.

4. PRINCIPIOS DE GESTION DE LA INFORMACION ESTADISTICA

- Oportunidad: entrega dentro de tiempos definidos por normatividad y necesidades internas.
- Integridad: datos completos, sin omisiones relevantes.
- Consistencia: coherencia entre fuentes, periodos, totales e indicadores.
- Trazabilidad: evidencia verificable de cada paso del ciclo de vida del reporte.
- Confidencialidad: tratamiento seguro de información con datos personales y clínicos.
- Mejora continua: retroalimentación a responsables de registro y acciones correctivas.

5. GOBIERNO DEL DATO (ROLES Y RESPONSABILIDADES)

Roles mínimos para la operación 2026 (ajustables por acto administrativo interno):

Rol	Responsabilidades clave	Dependencia sugerida
Dueño del dato (Owner)	Define criterios de calidad y aprueba reportes estadísticos institucionales.	Subdirección científica
Administrador de la operación (Steward)	Orquesta el ciclo registro-procesamiento-validación-reporte; consolida evidencias; gestiona cronograma.	informática y Estadística
Responsables de registro	Captura/registra datos en Kubapp (asistenciales y administrativos) conforme parametrización.	facturación, Call center, personal asistencial
Validadores funcionales	Revisan consistencia clínica/administrativa y autorizan correcciones o ajustes.	Subdirección científica y líderes de proceso
Soporte TI	Asegura disponibilidad, exportaciones, accesos, respaldos y seguridad del entorno.	Oficina TIC / informática
Usuarios/partes interesadas	Solicitan y usan la información (comités, auditorias, planeación, gestión).	Procesos misionales y de apoyo



5.1. Matriz RACI mínima por operación

R = Responsable; A = Aprueba; C = Consultado; I = Informado.

Actividad	informática y estadística	Subdirección científica	líder del proceso (Calidad/Finanzas/facturación)	Gerencia
Consolidar y validar bases para reportes	R	A	C	I
Cargue / reporte en plataforma externa	R	A	C	I
publicación web institucional (cuando aplique)	R	A	C	I
Informe gerencial periódico	R	A	C	I

6. INVENTARIO DE OPERACIONES ESTADISTICAS 2026

El inventario integra las operaciones estadísticas priorizadas para 2026. Las periodicidades son de referencia y deben confirmarse con el lineamiento oficial y/o requerimiento contractual vigente.

Operacion	Descripción	Fuente	Periodicidad	Plataforma/medio	Responsable	Aprobacion
Decreto 2193 / SIHO	Producción, calidad y financiero (contabilidad, cartera, presupuesto, contratación, TH, facturación).	Kubapp + bases administrativas	Trimestral (ref.)	SIHO	informática y Estadística + líderes de proceso	Subdirección científica / Adm.
RIPS	Actividades facturadas con soportes clínicos por periodo.	Kubapp / facturación	Mensual (ref.)	según norma	facturación + informática y Estadística	Subdirección científica / Adm.
Indicadores de Calidad EPS	Medición de efectividad, eficiencia y seguridad de servicios.	Calidad + Kubapp	Mensual/Trimestral	Definido por EPS	Calidad + informática y Estadística	Subdirección científica
Producción Kubapp	Análisis consolidado por especialidad, servicio, contrato, centro de costos y aseguradora.	Kubapp	Mensual	Informe interno	informática y Estadística	Subdirección científica / Gerencia
Estadísticas Vitales	Nacidos y defunciones (sexo, edad, causa) para salud publica y demografía.	Registros asistenciales	Mensual (ref.)	según lineamiento	informática y Estadística + asistencial	Subdirección científica
Resolución 0256	Indicadores de calidad establecidos por norma.	Calidad + fuentes internas	Semestral/Trimestral	PISIS u otra	Calidad + informática y Estadística	Subdirección científica
SISMED	Compra, venta, precios y unidades de medicamentos.	Farmacia / compras	Trimestral (ref.)	SISMED	Farmacia/Finanzas + informática y Estadística	Subdirección Administrativa
Circular 030 (Cartera)	Depuración y compromisos de pago para saneamiento de cartera.	Cartera/Finanzas	Trimestral (ref.)	según aplique	Cartera + informática y Estadística	Subdirección Administrativa
Morbilidad	análisis epidemiológico de enfermedades y defunciones; tendencias y riesgos.	Kubapp + clínico	Mensual/Trimestral	Informe interno	informática y Estadística + Epidemiología/Calidad	Subdirección científica
Indicadores Gerenciales	KPIs (apéndices, Infartos, HTA Gestacional) vs metas; decisiones estratégicas.	Bases internas	Mensual/Trimestral	Informe gerencial	informática y Estadística	Gerencia
Seguridad del Paciente	Eventos adversos, errores y riesgos; planes de mejora.	Calidad / SP	Mensual	Comités internos	Calidad + informática y Estadística	Subdirección científica



7. FLUJO INSTITUCIONAL: REGISTRO - PROCESAMIENTO - VALIDACION - REPORTE - PUBLICACION

Para 2026 se adopta un flujo estándar, coherente con el procedimiento institucional de registro, procesamiento y reporte, con evidencias mínimas por etapa.

Paso	Actividad	Responsable	Evidencia mínima
1	Registrar información (solicitud de cita/atención y demás registros asociados) en Kubapp.	Call center / facturación / Personal asistencial	Registro en el sistema
2	Procesamiento automático según parametrización del sistema.	Sistema de información	consolidación interna
3	Descargar información según requerimiento (periodo, servicio, contrato, etc.).	informática y Estadística	Archivo exportado (Excel/CSV)
4	Revisar consistencia (vacíos, duplicados, rangos, cruces) y retroalimentar ajustes en fuente.	informática y Estadística	Bitácora + comunicación oficial
5	Consolidar reporte por operación estadística y remitir para verificación.	informática y Estadística	Informe preliminar
6	Verificar información y aprobar ajustes (si aplica).	Subdirección científica / Líder funcional	Visto bueno (correo/acta)
7	Registrar en matrices internas de indicadores cuando aplique.	Subdirección científica / Calidad	Matriz actualizada
8	Reportar/cargar en plataforma externa conforme calendario.	informática y Estadística (con apoyo del área dueña)	Radicado/pantallazo/certificado
9	Publicar información agregada en web institucional cuando aplique.	informática y Estadística	Enlace / evidencia de publicación

7.1. Gestión de solicitudes internas (ad-hoc)

- Se recomienda canal único y formato de solicitud (Anexo A).
- Tiempo de respuesta sugerido: 3 a 5 días hábiles, priorizando obligaciones regulatorias.
- Solicitudes urgentes deben justificarse y contar con aval del líder del proceso solicitante.

8. ASEGURAMIENTO DE CALIDAD DEL DATO

Controles mínimos antes de reportar o publicar información:

- Completitud: campos obligatorios completos y registros mínimos por operación.
- Validez: rangos de fechas, códigos y estructura de archivos (p. ej., RIPS).
- Consistencia interna: cruces entre producción, facturación, contratos, centros de costos y aseguradoras.
- Consistencia temporal: comparación con series históricas (variaciones atípicas) y explicación de cambios.



- Control de versión: identificación del archivo final (periodo, fecha, versión, responsable).
- Aprobación: visto bueno del responsable funcional antes de cargue externo.

8.1. Gestión de inconsistencias y reprocesos

Las inconsistencias se registran en bitácora, se comunican a responsables de registro para corrección en fuente y se realiza cierre con evidencia de ajuste.

9. CUSTODIA, TRAZABILIDAD, ARCHIVO Y PRESERVACION

- Archivar el archivo final y evidencias de reporte en repositorio institucional con control de acceso.
- Evidencia mínima por reporte: archivo final, validación/aprobación, radicado o pantallazo de cargue, soporte de publicación cuando aplique.
- Estructura sugerida de carpetas: 2026 / Operación / Periodo / Evidencias.
- Retención y disposición final alineada con TRD/TVD y Plan de preservación Digital 2026.

10. SEGURIDAD, PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

- Aplicar principio de mínimo privilegio para accesos a Kubapp y repositorios.
- Evitar envío de bases con datos sensibles por canales no autorizados; usar repositorio seguro o cifrado cuando aplique.
- Para publicaciones, divulgar información agregada sin datos personales.
- Articulación con el Plan de Seguridad y Privacidad y Plan de Tratamiento de Riesgos 2026.

11. CRONOGRAMA MACRO Y CALENDARIO OPERATIVO

El plan gestiona el cronograma en dos niveles: (1) calendario macro por periodicidad; y (2) calendario detallado por plataforma/circular vigente. El calendario detallado se actualiza en enero y se socializa con líderes de proceso.

Periodicidad	Operaciones típicas	Corte	Entrega interna (ref.)	Reporte externo (ref.)
Mensual	Producción Kubapp, Morbilidad, Seguridad del Paciente, indicadores EPS (según requerimiento)	Mes vencido	Dia 3-5 hábil	según lineamiento
Trimestral	SIHO (2193), SISMED (referencia), Circular 030 (referencia)	Trimestre vencido	Dia 5-7 hábil	según cronograma oficial
Semestral	Resolución 0256 (según aplique), consolidaciones especiales	Semestre vencido	Dia 10 hábil	según cronograma oficial
Ad-hoc	Auditorias, requerimientos EPS/entes, comités	según solicitud	según prioridad	según requerimiento



12. RIESGOS Y CONTROLES

Riesgo	Impacto	Control/mitigacion
Registro incompleto o tardío en Kubapp	Indicadores distorsionados; devolución de reportes	Capacitación, auditoria de campos obligatorios, bitácora de inconsistencias y retroalimentación.
Cambios normativos o de plataforma	Riesgo de incumplimiento	Revisión normativa en enero; seguimiento a comunicados oficiales; actualización de calendario y formatos.
Falla de sistemas / indisponibilidad	No se puede descargar o reportar a tiempo	Respaldos, plan de contingencia, ventanas de mantenimiento y escalamiento.
Manejo inadecuado de datos sensibles	Riesgo legal y reputacional	Canales seguros, control de acceso, cifrado cuando aplique, anonimizarían para publicaciones.
Dependencia de terceros (EPS/proveedor)	Retrasos o reprocesos	Acuerdos y SLAs; cronograma con buffers; escalamiento oportuno.

