

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

DATOS GENERALES DE LA AUDITORIA			
LUGAR DE REALIZACION DE LA AUDITORIA:		Sede Administrativa	
AUDITORIA No.	02 de 2021	FECHA DEL INFORME	11 de mayo de 2021
PROCESO/DEPENDENCIA AUDITADO		SECRETARIA GENERAL – ARCHIVO Y CORRESPONDENCIA	
LIDER DEL PROCESO/ RESPONSABLE		SECRETARIO GENERAL – TECNICO DE ARCHIVO Y CORRESPONDENCIA	
PERIODO DE REALIZACION DE LA AUDITORIA		VIGENCIA 2020	
OBJETIVO			
Verificar el nivel de cumplimiento del Plan de archivo y correspondencia, PINAR y la norma 594 del 2000			
JUSTIFICACION			
La oficina de Control Interno, en cumplimiento de sus funciones de seguimiento, control y de acuerdo a las Auditorias programadas para la vigencia 2021, requiere efectuar una auditoría interna a la implementación de La Ley de Archivo, durante la vigencia 2020, bajo los principios de eficacia, eficiencia, atención optima y mejoramiento continuo con el objeto de verificar su correcto acatamiento al ordenamiento jurídico.			
PRODUCTO			
<ul style="list-style-type: none"> • Conformación de instancias asesoras archivísticas. • Formulación de la Política de Gestión Documental. • Elaboración e implementación de instrumentos archivísticos • Capacitación de personal • Aplicación de procedimientos en la Unidad de Correspondencia. • Aplicación de procesos para la organización documental y conformación de archivos públicos. • Elaboración e implementación del Sistema Integrado de Conservación. • Contratación de servicios archivísticos. 			
ALCANCE			
La presente auditoria se llevó a cabo en las instalaciones de la Oficina Archivo y Correspondencia (Secretaria General) y en la Oficina de Control Interno en la Sede Administrativa, revisando la información relacionada con los productos a auditar y que son correspondientes a la vigencia 2020, los cuales fueron oficialmente solicitados al inicio y en el transcurso de esta auditoría.			
HECHOS			

La Oficina de Control interno, en cumplimiento de las funciones de evaluación y seguimiento, programo y ejecutó la auditoria No. 02 de 2021, a la Secretaria General, proceso gerencia del ambiente físico – gestión documental, ubicada en la sede administrativa de Pasto Salud ESE, en cumplimiento del plan de auditorías aprobado por el comité coordinador de control interno y refrendado por la señora Gerente.

La auditoría incluye el examen, sobre la base de pruebas selectivas, de las evidencias y documentos que soportan el área, actividad o proceso auditado y el cumplimiento de las disposiciones legales.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

El día 25 de febrero se llevó a cabo la apertura de la auditoria, el cual se presentó al equipo auditor, se socializaron los productos y el alcance del proceso a auditar, se resolvieron dudas y se efectuaron las aclaraciones, esta apertura fue presidida por el Dr. Edgar Inzandara y el equipo de colaboradores de esta secretaria general.

Mediante comunicaciones Oficiales 514-2230, 514-3043 y 514-3966 la Oficina de Control Interno realizo la solicitud de información al Secretario General, la cual fue entregada dentro de los términos del oficio y conforme a su análisis se tuvo los siguientes resultados al comparase con “La Guía del Proceso de Inspección, Vigilancia y Control de la Función Archivística” emitida por el Archivo General de la Nación.

ARCHIVO Y CORRESPONDENCIA

EVALUAR LA GESTIÓN DOCUMENTAL CON FUNDAMENTO EN LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS EN LA LEY 594 DE 2000.

El día miércoles 24 de marzo, realizamos una visita al archivo central, (Corregimiento de Santa Barbara) con la responsable de este proceso la Técnico Operativa Rosario Villalba, para verificar la correcta aplicación de la ley 594 de 2000 (ley archivística), fondos acumulados y demás normas de archivística, también se realizó visita a las diferentes dependencias de la entidad, este archivo central se encuentra aproximadamente a unos 40 minutos de la ciudad, está ubicado en el 3 piso de la edificación, sin ningún tipo de seguridad, las puertas abiertas de par en par, no hay una persona responsable de la custodia en el edificio, le ingresa sol por un ventanal, contraviniendo totalmente lo que establece la norma, situación que ocasiona el deterioro de la documentación, y/o pérdida o sustracción de la misma, sin ninguna limpieza ni desinfección, exponiéndose a algún tipo de humedad.

El inmueble destinado para el archivo, no es el óptimo tanto en sus paredes, pisos, puertas e iluminación y la de un ventanal que aún no se ha cubierto y en donde la luz solar entra directamente a las unidades de conservación, situación que está generando deterioro en los documentos presentando amarillamiento, es aquí donde reposa el patrimonio histórico de la Entidad. Se recomienda que esta ventana sea cubierta con cartulina o icopor para mayor conservación de los documentos y se genere la seguridad correspondiente.

Se observa que en la administración de archivo de los documentos producidos por la Entidad, no cuenta con un sitio adecuado, se encuentra en un 3 piso, lo que puede genera un riesgo muy alto, ya que por el peso puede colapsar la edificación y pueda vulnerar la integridad de las personas que laboran en el Centro de Salud Santa Bárbara, por el peso de todo el archivo, contraviniendo el artículo 13 de la Ley 594 ... “Instalaciones para los Archivos: La administración pública deberá garantizar los espacios y las instalaciones necesarias para el correcto funcionamiento de sus archivos. En los casos de construcción de edificios públicos, adecuación de espacios, adquisición o arriendo, deberán tenerse en cuenta las especificaciones técnicas existentes sobre áreas de archivos.”.

Igualmente no hay una persona responsable por la custodia de documentos y la conservación, organización y clasificación. Contraviene en lo determinado en la ley 594 de 2000 ley general de archivo y los acuerdos reglamentarios 060, 049, 042 y 038; acerca de la responsabilidad y obligatoriedad del servidor público para la organización, archivo de gestión y los principios archivísticos.

Como se observa en las fotografías, hay muchas cajas almacenadas en el piso, sin estibas, sin el debido proceso de organización, almacenamiento y custodia, lo que no garantiza la norma archivística, contraviniendo el artículo 13 de la ley 594 de 2000.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

En las instalaciones se observan la falta de extintores tipo ABC y clase A químico seco para documentos, ya que son indispensables en el momento de ocurrir un siniestro, de igual manera los funcionarios deben capacitarse en el debido uso de estos implementos. No existe señalización en las áreas e instalaciones que indiquen salidas de emergencia y la ubicación específica de extintores.

En lo relacionado con la gestión documental se detectaron las siguientes dificultades:

No cuenta con los suficientes elementos de oficina como: archivadores, armarios cerrados y demás accesorios que brinden la posibilidad de almacenar de manera organizada y segura los documentos y registros generados en la Entidad, conforme a las disposiciones y reglamentación vigente del Archivo General de la Nación y del archivo central de Pasto Salud ESE. Con base a lo anterior, se debe tener en cuenta también, la ubicación en la distribución de planta de los puntos de consulta y almacenamiento de la documentación y de registros.

Existen debilidades en el control de documentos en razón a que no hay la persona encargada exclusivamente para clasificar, foliar y organizar los expedientes de los tipos documentales en sus respectivas subseries y/o series, controlar y hacer seguimiento a los documentos prestados (formato de control), aplicar los formatos y procedimientos para la rotulación de carpetas y cajas.

No se da cumplimiento al acuerdo 038 del 20 de septiembre de 2002 emitido por el archivo general de la nación, para debida entrega y recibo del inventario de documentos y archivos de los funcionarios cuando se retiran de la entidad, ni tampoco se observa quien lo reemplazó, cuando en el artículo 4 del numeral 4, establece que “El Jefe de la Unidad Administrativa de Archivo de la Entidad, deberá presenciar la entrega y recibo por inventario de los documentos y archivos cuando un servidor público se retire total o parcialmente del cargo y en constancia deberá firmar el Acta de entrega y recibo.”

Igualmente se encuentran almacenados una cantidad de información de RIPS de más de 10 años en muy mal estado, el cual se debería dar de baja, porque son obsoletos.

Estado actual en la implementación de las Tablas de Retención Documental.

No tienen establecidas las Tablas de Valoración documental (TVD) y las Tablas de Retención Documental (TRD), se encontró que si bien son ciertas las tablas de retención ya se encuentran listas para la aprobación del comité, aún no han sido entregado a este para su revisión y posterior aprobación.

Las Tablas de Retención Documental son un listado de SERIES Y SUBSERIES con sus correspondientes TIPOS DOCUMENTALES, producidos o recibido por una Unidad Administrativa en cumplimiento de sus funciones a las cuales se asigna el tiempo de permanencia en cada etapa del CICLO VITAL de los documentos.

De conformidad con el artículo 24 de la Ley 594 del 2000 y artículo 13 de la Ley 1712 del 2014, es obligación de las entidades del Estado, elaborar y adoptar las respectivas tablas de Retención Documental. En concordancia con lo anterior, el Acuerdo 004 de 2013, establece el procedimiento para la elaboración, presentación, evaluación, aprobación e implementación de las tablas de Retención Documental y actualización que deben seguir las entidades.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

En ese orden de ideas, el auditor indago y se le presento un borrador de las TRD, sin su aprobación por parte del Comité Institucional de Archivo (ahora Comité Institucional de planeación y Desempeño), para que luego sean remitidas al Consejo Departamental de Archivo de Nariño, para su convalidación.

La Ley 1712 de 2014, por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones,"; Cuyo objeto es regular el derecho de acceso a la información pública, los procedimientos para el ejercicio y garantía del derecho y las excepciones a la publicidad de información.

Que, en virtud de los principios de la transparencia y acceso a la información pública, la entidad si ha implementado los medios necesarios para tener a disposición de la ciudadanía la información en la página web, en el link de transparencia y acceso a la información.

Que el Decreto 1081 de 2015 en su artículo 2.1.1.5.1 estableció: "instrumentos de gestión de la Información Pública. Los instrumentos para la gestión de la información pública, conforme con lo establecido en la Ley 1712 de 2014, son: (1) Registro de Activos de Información, (2) Índice de Información Clasificada Y Reservada, (3) Esquema de Publicación de Información.

Que el Decreto 1083 de 2015 por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1712 de 2014, y se dictan otras disposiciones, señala en su artículo 36 que "el Registro de Activos de Información, el Índice de Información Clasificada y Reservada, el Esquema de Publicación de Información ", deben ser adoptados y actualizados por medio de acto administrativo o documento equivalente de acuerdo al régimen legal del sujeto obligado, lo cual la Entidad no los ha adoptado.

Condiciones ambientales: Las áreas en mención, no cuentan con las condiciones mínimas para la conservación de los documentos, no se cuenta con la implementación del control de temperatura y humedad a fin de asegurar la conservación documental. Los depósitos de archivo no cuentan con un sistema de ventilación que permita garantizar la renovación continua y permanente del aire.

Estantería: En el archivo central se cuenta con un estante rodante en mal estado, para el almacenamiento de archivo documental del área de talento humano, adicionalmente con estantería fija, pero no se cuenta con la cantidad necesaria, ya que existen una cantidad de cajas en el piso apiladas la cual presenta alto grado de deterioro.

Condiciones de Seguridad: El archivo no cuenta con sistemas de seguridad de ningún tipo, no se cuenta con extintores para la atención de emergencias.

Condiciones de Conservación de los Documentos: En general el estado en que se encuentran almacenados y ubicados los documentos no es el óptimo. Es de anotar que se observó gran parte de la documentación con alto grado de deterioro ocasionado por la luz solar, algo de humedad y la mala manipulación.

Adicionalmente se evidencio gran cantidad de polvo sobre los documentos, cajas, además de excremento de animal.

Por otro lado, la Entidad no cuenta con los Programas de Conservación Preventiva de documentos, que cita el Acuerdo 006 de 2014, tampoco se evidenciaron programas básicos tales como limpieza, desinfección, sistema de prevención y atención de emergencias en las áreas de archivo y no se cuenta con un diagnóstico integral de archivo.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

1. CONFORMACION DE LAS INSTANCIAS ASESORAS

Se evidencia Resolución No. 025 del 16 de agosto de 2006 de conformación del Comité de Archivo y Correspondencia, la cual define su conformación, sus funciones, su periodicidad. Posteriormente se expide la Resolución No. 2636 del 21 de diciembre de 2009 que reglamenta la resolución anterior, incluyendo los siguientes temas: Objeto, Domicilio, Integración, Estructura del Comité, Funciones, Sesiones o reuniones, Quorum, Agenda y plan de trabajo anual, delegación, forma de modificar este reglamento y la vigencia.

En la Resolución No. 058 del 31 de enero de 2019 “mediante la cual se crea y modifica el Comité Institucional de Gestión y Desempeño” está incluido un párrafo en el artículo cuarto que dice lo siguiente “*Acorde con lo definido en el decreto 1499 de 2017, el presente comité absorbe todos aquellos comités que no están estipulados en una norma específica, los cuales son: Comité de Archivo, comité de inventarios, comité de racionalización de trámites, comité de capacitación y comité de bienestar social e incentivos*”

La Resolución No. 2636 de 2009 define que el presidente del Comité de Archivo es el Secretario General (conforme al artículo 16 de la Ley 594 de 2000) y define que el Secretario Técnico del Comité es el profesional Universitario de Archivo y Correspondencia, cargo que en la empresa ya no existe y debe ser evaluado sobre quien recae este rol, por cuanto el superior jerárquico inmediato de este cargo ya ostenta el rol de presidente del mismo comité.

La conformación del Comité de Archivo según la Resolución No. 2636 de 2009 queda establecida así:

- Secretario General (presidente)
- Jefe Oficina Jurídica
- Jefe Oficina Planeación
- Subgerente de Salud e Investigación
- Profesional Universitario – Archivo (secretario técnico)

Durante la vigencia 2020 no se evidencian reuniones del comité de Archivo o del Comité Institucional de Gestión y Desempeño que permitan visualizar sesiones que desarrollen las funciones establecidas en la Resolución No. 2636 de 2009 respecto a la gestión documental.

Por otro lado, se observa que mediante la Asamblea Departamental de Nariño mediante Ordenanza No. 20 del 10 de mayo de 1997 y posteriormente modificada por la Ordenanza No. 10 del 2 de mayo de 2013, crea el Consejo Departamental de Archivos de Nariño, como instancia responsable de articular y promover el desarrollo de la función archivística en el Departamento de Nariño.

2. FORMULACIÓN DE LA POLÍTICA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

Se evidencia aprobación de las Políticas de Gestión Documental y de Cero Papel en el acta No. 9 del Comité Institucional de Gestión y Desempeño de fecha 28 de diciembre de 2020. La cual quedó definida de la siguiente manera:

“Pasto Salud ESE en desarrollo de su misión, se compromete a mejorar la gestión de documentos físicos y electrónicos a lo largo de su ciclo de vida, dentro de un marco normativo asegurando el acceso, seguridad,

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

disponibilidad, confidencialidad y conservación de la memoria institucional, como soporte a la toma de decisiones, fuente de investigación y conocimiento”.

La política de Gestión Documental posteriormente es aprobada mediante Resolución No. 1265 del 28 de diciembre de 2020 y esta incluida en el numeral 2.4.16 del Plan de Desarrollo 2021-2024 de Pasto Salud ESE.

3. ELABORACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE INSTRUMENTOS ARCHIVÍSTICOS

3.1 Formulación, aprobación y convalidación de las Tablas de Retención Documental (TRD) y Cuadros de Clasificación Documental (CCD).

Lo Oficina de Archivo y Correspondencia remite un archivo magnético denominado “TRD 2019 junio” la cual contiene los formatos “GSI-TRD 052” diligenciados de las Tablas de Retención Documental para las siguientes áreas:

- Gerencia
- Subgerencia Financiera y Comercial
- Subgerencia de Salud e Investigación
- Secretaria General
- Oficina Asesora Jurídica
- Cartera
- Calidad
- Acciones Colectivas
- Auditoria para el Mejoramiento
- Suministros
- Almacén
- Servicio Farmacéutico
- SIAU
- Contabilidad
- Tesorería
- Presupuesto
- Facturación
- Oficina de Control Interno
- Control Interno Disciplinario
- Oficina Asesora de Planeación
- Talento Humano
- Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas
- Salud Ocupacional
- Archivo y Correspondencia
- Urgencias
- Enfermería
- Laboratorio

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

- Odontología
- Ambulancia
- Secretaria

No se evidencia que para la elaboración de las Tablas de Retención Documental – TRD se hayan contemplado las denominaciones, los tiempos de retención documental y la disposición final para series y subseries propuestos por el Banco Terminológico de Series y Subseries del Archivo General de la Nación.

En la relación de Dependencias con Tablas de Retención Documental no se observa las Direcciones Operativas de Red, ni las relacionadas con la Atención Ambulatoria, recordando que esta última también tiene su propia descripción dentro del Banco Terminológico de Series y Subseries.

La consulta del Banco Terminológico de Series y Subseries fue realizada en la pagina web <http://banter.archivogeneral.gov.co/banter/vocab/index.php> conforme al Artículo 5 del Acuerdo 04 de 2019 del Archivo General de la Nación.

No se evidencia que los documentos Tablas de Retención Documental y Tablas de Valoración Documental estén firmadas por el Secretario General y por el responsable del área de archivo de la empresa.

No se evidencia acta de aprobación de las TRD por el Comité Interno de Archivo o por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

Por lo anterior, no se puede tener los siguientes soportes de verificación:

- Radicación de las TRD y TVD ante el Consejo Departamental de Archivos de Nariño.
- Concepto de evaluación técnica de la instancia asesora archivística competente.
- Certificado de convalidación emitido por la instancia asesora archivística.
- Certificado de inscripción o actualización del instrumento archivístico en el Registro Único de Series Documentales.

La comunicación oficial 522.3-2464 entregada por la Secretaria General en esta auditoria menciona en el numeral 5 que las Tablas de Retención Documental se encuentran en constante ajuste, para lo cual debería existir un registro documentado de los cambios que se hayan realizado, de tal forma que permita llevar un control y la trazabilidad de las Tablas de Retención Documental, lo anterior de acuerdo al Artículo 23 del Acuerdo 04 de 2019 del Archivo General de la Nación. Registro documental que no es evidenciable en esta auditoría.

3.2 Elaboración y aprobación del Programa de Gestión Documental

El Programa de Gestión Documental vigencia 2020 presentado de manera magnética en esta auditoria presenta las siguientes inconsistencias:

- No tiene fecha de aprobación
- Relaciona que la instancia de aprobación es el Comité de Archivo, el cual según seguimientos de la Oficina de Control Interno no se ha reunido en las vigencias 2019 o 2020.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

- No tiene fecha de publicación.
- No se evidencia que la fase de implementación del Programa de Gestión Documental este incluida en el Plan Estratégico Institucional y en el Plan Operativo Anual de la vigencia 2020.
- En los programas específicos menciona que se incluirán temas de capacitación en Gestión Documental y demás, pero en el Plan Institucional de Capacitación 2020 no se evidencia su programación ni ejecución.
- En el programa específico de auditoria menciona que se adelantará auditoria al proceso de gestión documental, sin embargo, la misma no fue solicitada ni requerida por algún integrante del Comité Coordinador de Control Interno en la formulación del Programa Anual de Auditorias vigencia 2020. Ni de manera posterior.
- No se evidencia un adecuado cronograma de implementación del Programa de Gestión Documental, por cuanto el formulado para la vigencia 2020, tiene dentro de sus metas a corto plazo ejecutarlas en la vigencia 2018, las de mediano plazo en la vigencia 2019 y las de largo plazo en la vigencia 2020.
- No se evidencia que se haya relacionado el presupuesto anual para la implementación del PGD vigencia 2020.
- No se evidencia la publicación del PGD 2020 en la pagina web institucional (link con inconsistencia).
- Se procedió a verificar el cumplimiento de algunas actividades de incluidas en el Programa de Gestión Documental vigencia 2020, encontrando lo siguiente:
 - No se ha ejecutado la actividad “Articulación de Sistemas de Información al PGD” la cual estaba programada a realizarse en la vigencia 2018.
 - No se ha ejecutado la actividad “Implementación de un Sistema de Gestión Electrónica de Documentos de Archivo, que garantice la conservación y recuperación en tiempo y migración a nuevas plataformas electrónicas” la cual estaba programada a realizarse en la vigencia 2019.

3.3 Elaboración de los Inventarios Documentales (Formato Único de Inventario Documental – FUID)

Se evidencia que esta estandarizado el Formato Único de Inventario Documental en el sistema de gestión de calidad de la empresa, mediante el código GSI-IUD 026 versión 6.0

El procedimiento que establece la entrega de los cargos o culminación de las obligaciones contractuales que incluye la entrega de los archivos mediante inventario documental, se evidencia en la Circular Interna No. 510-14420 del 16 de diciembre de 2019, la cual fue remitida a todo el personal de Pasto Salud ESE.

Se procedió a verificar el diligenciamiento del Formato Único de Inventario Documental (FUID) de 7 funcionarios que salieron en la empresa en la vigencia 2020 encontrando los siguientes resultados:

- El FUID de la funcionaria Tulia Melissa Recalde no tiene diligenciado el nombre, cargo y fecha en que fue recibido.
- El FUID de la funcionaria Nohora Cecilia Espinosa Pérez no tiene diligenciado la fecha en que se hizo el tramite de este documento, la firma de la persona que entrega y recibe es la misma, se resalta que

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

este cargo era de un funcionario del nivel directivo y era requisito para la entrega del cargo de manera previa a su desvinculación.

- El FUID de la funcionaria Lidia María Descanse no tiene diligenciado la fecha en que fue recibido el documento por parte de la funcionaria Flor Aleida Benavides.
- El FUID de la funcionaria Myriam Ivonne Morillo está bien diligenciado.
- El FUID del funcionario Mario Fernando Bravo Cabrera no están en los documentos aportados, se observan formatos de traslado de vigencias anteriores al archivo central, pero no están los formatos de entrega del cargo (31 de agosto de 2020).
- El FUID de la funcionaria María Eugenia Burbano está bien diligenciado.
- El FUID de la funcionaria Mara Helena Erazo Paz esta recepcionado por la secretaria (se presume) de la Red Occidente, pero debió ser recepcionado por el funcionario que asume el cargo o que asume las funciones de manera temporal.

En resumen, de los 7 FUID evaluados de funcionarios que salieron de la empresa 2020, 1 no está, 4 tienen inconsistencias y 2 están correctos.

3.4 Elaboración e Implementación del Plan Institucional de Archivos – PINAR

Se evidencia Acta No. 01 de 2020 del Comité Institucional de Gestión y Desempeño en la cual se aprueba el Plan Institucional de Archivos – PINAR para la vigencia 2020, el cual es refrendado mediante Resolución 102 del 30 de enero de 2020.

Se evidencia que los planes o proyectos determinados en el Plan Institucional de Archivos para la vigencia 2020 según la tabla 3 (construcción de mapa de ruta) son los siguientes:

- Inadecuadas condiciones de edificios y locales destinados a archivos
- No aplicación de principios y procesos para la organización y descripción documental
- Actualización y aprobación de TRD por el comité de Gestión y Desempeño y posterior convalidación al Consejo Departamental de Archivos.
- Inadecuadas unidades de conservación
- Falta de capacitación y actualización al personal de archivo, por parte de entidades externas en materia archivística.

De lo anterior una vez revisados los soportes o evidencias de su ejecución y confrontados con la tabla 3 y tabla 2 del Plan Institucional de Archivos, se observa que no se ha dado cumplimiento a lo planificado para la vigencia 2020.

3.5 Modelo de requisitos para la gestión de documentos electrónicos

Al momento de la auditoria este modelo se encuentra en proceso de elaboración para su respectiva ejecución.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

4. CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE ARCHIVO

No se evidencia la inclusión dentro del Plan Institucional de Capacitaciones vigencia 2020, las temáticas relacionadas con la función archivística. Por lo tanto, no se puede evidenciar sus respectivos registros de asistencias a capacitaciones.

Se evidencia una comunicación oficial 522.3-11327 del 3 de octubre de 2019 dirigida al Grupo de Trabajo de Gestión del Talento Humano en la cual se solicita la inclusión de temáticas de gestión documental en el PIC institucional, pero en ninguna parte del mismo relaciona que temática específica debe ser, ni a quien va dirigida, ni el posible capacitador.

5. APLICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS EN LA UNIDAD DE CORRESPONDENCIA.

Se evidencia que se han implementado los siguientes procedimientos:

- GSI-PD110 Procedimiento Archivo Central
- GSI-PD107 Procedimiento Recepción, Radicación y Distribución de Correspondencia Oficial
- GSI-PD109 Procedimiento Archivo de Gestión
- GSI-PD111 Procedimiento Historia Clínica
- GSI-PD108 Envío y Devolución de Comunicaciones Oficiales.

Los anteriores procedimientos tienen asociados indicadores, los cuales en la vigencia 2020 tuvieron los siguientes resultados:

- Comunicaciones oficiales radicadas (frecuencia mensual): No reportado INFOMEDIC
- Correspondencia enviada (frecuencia mensual): No reportado INFOMEDIC
- Aplicación tablas de retención documental (anual): No reportado INFOMEDIC
- Transferencias (frecuencia anual): No reportado INFOMEDIC
- Oportunidad en la respuesta de entrega de la historia clínica (frecuencia trimestral): No reportado INFOMEDIC
- Tramite de la historia clínica (frecuencia trimestral): No reportado INFOMEDIC

Se evidencia que en Pasto Salud ESE se ha reglamentado todo lo relacionado en la definición y mecanismos para el manejo de las Comunicaciones Oficiales mediante las Resoluciones No. 1318 del 1 de julio de 2009 y Resolución No. 819 del 27 de enero de 2011. Las cuales contienen importantes pautas para:

- Clasificación de las comunicaciones oficiales,
- Procedimientos para la recepción, radicación y distribución de las comunicaciones oficiales recibidas.
- Tramite oportuno de las comunicaciones oficiales.
- Procedimientos para la recepción, radicación y distribución de las comunicaciones oficiales producidas.
- Procedimientos para la elaboración de comunicaciones oficiales.
- Firma de comunicaciones oficiales.
- Conservación y organización de los archivos de la entidad.
- Incorporación de nuevas tecnologías en la administración y conservación de los archivos de la entidad.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

Desde la suscripción de esas resoluciones a la fecha, se han presentado cambios en la estructura de la empresa y de la instancia asesora externa, así mismo se han establecido nuevos procedimientos en la empresa, por lo tanto, es necesario que el Secretario General reevalúe y actualice los mencionados actos administrativos.

Se observa que durante la vigencia 2020 se emitieron un total de 7538 comunicaciones oficiales, y a su vez fueron recepcionadas un total de 7968 comunicaciones.

Se revisaron de manera aleatoria las planillas de distribución y entrega de los documentos (8 de mayo de 2020, 18 de mayo de 2020, 21 de julio de 2020 y 27 de agosto de 2020) encontrando que están adecuadamente registrados y soportados.

Se observa que si esta publicado de manera visible el horario de atención al público de la Oficina de Archivo y Correspondencia en la sede administrativa.

No se evidencia un procedimiento o guía que defina la elaboración de elementos comunes (cartas, memorando, circulares, entre otros), según se informa por el auditado esta en proceso de formulación.

6. APLICACIÓN DE PROCESOS ARCHIVÍSTICOS PARA LA ORGANIZACIÓN DOCUMENTAL

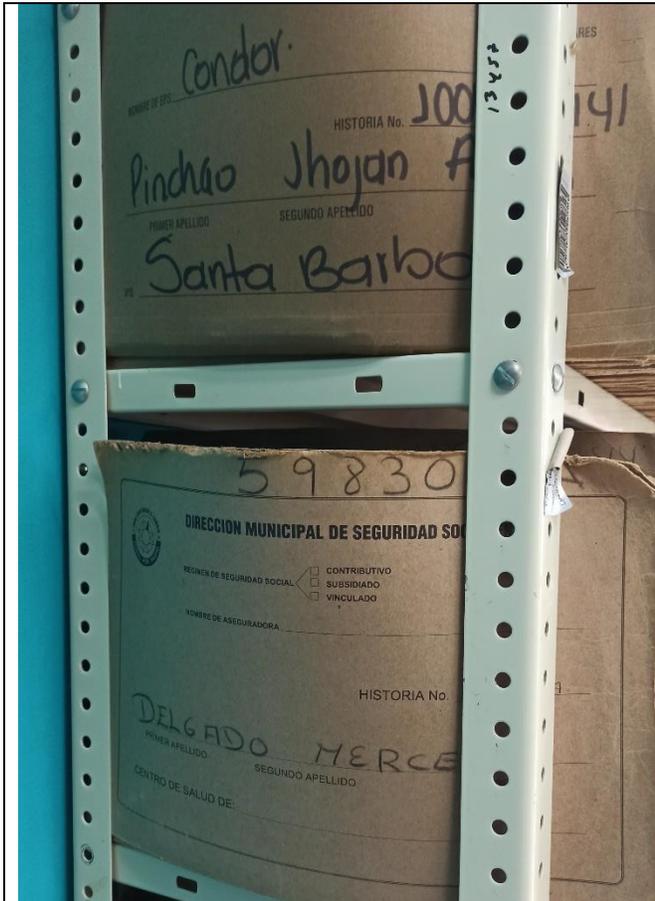
6.1 Organización de archivos de gestión

Los funcionarios de la oficina de Control Interno junto a la Técnico de la Oficina de Archivo y Correspondencia procedieron a visitar las instalaciones del archivo Central ubicado en el Centro de Salud Santa Barbara, en donde se observaron las siguientes inconsistencias:

- Acumulación de documentos históricos.
- Exceso de peso relacionado con los documentos acumulados que podrían generar daño a la infraestructura de la IPS.
- Humedad en algunos sectores donde están documentos archivados.
- Información de RIPS de mas de 10 años en muy mal estado
- Información que podría ya haber perdido vigencia según tablas de retención documental luego de pasar por archivo de gestión y archivo histórico.
- Documentación que posiblemente ya perdió su utilidad y podría eliminarse (por ejemplo, se evidencian cajas de encuestas de satisfacción del usuario del año 2011).
- En los archivos de historias clínicas se observan carpetas con logotipos de la Alcaldía de Pasto, Dirección Municipal de Seguridad Social en Salud, Unidad Administrativa Especial de Seguridad Social en Salud, Pasto Salud Ese logo anterior y nuevo. Sin cumplimiento de la normatividad vigente.
- No se utilizan los separadores de colores, que facilitan la organización de las historias clínicas, porque no hay existencias en almacén.

VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

Se anexan imágenes de lo registrado en la visita.



VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220



VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220





	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

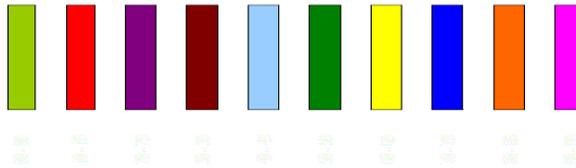
Archivo Histórico: Es aquel al cual se transfieren las Historias Clínicas que, por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente.

Tiempos de Retención, la historia clínica debe conservarse por un periodo mínimo de 20 años contados a partir de la fecha de la última atención. Mínimo cinco (5) años en el archivo de gestión, y mínimo quince (15) años en el archivo central.

Una vez transcurrido el término de conservación, la historia clínica podrá destruirse, previa aprobación del comité de Historias Clínicas.

El sistema de digito terminal es un sistema de organización física de las Historias Clínicas que se emplea con la necesidad de mejorar la calidad del sistema de archivo para el beneficio del usuario, el médico y la institución; para la aplicación de este sistema es necesario contar con elementos destinados para tal fin como son las carpetas identificadas con un margen numérico y un margen de colores.

Para la implementación del sistema de dígito terminal inicialmente la Empresa seleccionó diez (10) colores, los cuales representan un rango de numérico así:



De esta manera cada Archivo de historias clínicas debe estar dotado de cierta cantidad de carpetas por cada color y por cada división numérica, importante que se cuente con todos los insumos, en toda la RED, para poder cumplir con la organización, clasificación y dar cumplimiento a la norma.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

Para la organización del Archivo de Historias Clínicas de acuerdo con el sistema de digito terminal se tiene en cuenta los últimos tres dígitos del documento de identificación, que sé que se leen de derecha a izquierda.

Los primeros dos números de la derecha de la identificación del usuario representan la sección. El tercer número representa la división y los demás dígitos se denominan número creciente, se observa el compromiso de los auxiliares, en la organización, clasificación y orden de este archivo.

En la Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo, no se realiza ningún procedimiento de archivo electrónico, hay aspectos que se deben considerar para la adecuada gestión de los documentos electrónicos. Es responsabilidad de la entidad cumplir con los elementos esenciales tales como: autenticidad, integridad, inalterabilidad, fiabilidad, disponibilidad y conservación, que garanticen que los documentos electrónicos mantienen su valor de evidencia a lo largo del ciclo de vida, incluyendo los expedientes mixtos (híbridos), digitales y electrónicos, incluidos en las TVD.

Pasto Salud ESE, carece de procedimientos y de políticas claras para la realización de los procesos de digitalización. No hay digitalización de documentos.

6.2 Numeración y descripción de los Actos Administrativos

No se evidencia que desde la Oficina de Archivo y Correspondencia tenga control sobre la numeración consecutiva de los actos administrativos que se emiten en la empresa.

Tampoco se evidencia la publicación de los actos administrativos (Resoluciones de gerencia) para su consulta en línea (se excluyen aquellas que tengan denominación de documentos clasificados y reservados).

6.3 Intervención de fondos acumulados

A la fecha de la auditoria no se cuenta con un fondo acumulado para la vigencia 2020. Y por lo anterior tampoco se cuenta con las Tablas de Valoración Documental TVD.

Los cuadros de clasificación Documental CCD anexados en la presente auditoria no están debidamente firmados, ni relaciona la fecha en los cuales se les dio tramite por parte del Secretario General.

No se ha dado trámite de aprobación de las Tablas de Valoración Documental ante las instancias correspondientes.

6.4 Implementación de procedimiento para la eliminación de documentos

La entidad cuenta con actividades descritas en el procedimiento de Archivo Central e Histórico, para llevar a cabo la disposición final o eliminación de documentos, pero a la fecha no se le ha podido dar aplicabilidad por cuanto es necesario contar con las Tablas de Valoración Documental.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

7. ELABORACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA INTEGRADO DE CONSERVACIÓN (SIC)

Se evidencia un documento denominado “INFORME DIAGNOSTICO DE ARCHIVOS Y GESTION DOCUMENTAL DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD ESE - PASTO” realizado por la empresa GESTION INTEGRAL DE PROYECTOS EN SALUD S.A.S. con fecha 22 de septiembre de 2020.

El mencionado documento al finalizar el diagnostico emite una serie de recomendaciones que es importante que la Secretaria General aborde para dar cumplimiento a la normatividad archivística vigente, recomendaciones que se mencionan a continuación:

Se evidencia que mediante Resolución No. 843 del 8 de noviembre de 2018 se aprueba el Sistema Integrado de Conservación – SIC en la Empresa Social del Estado PASTO SALUD ESE, el cual se presume fue formulado el 11 de noviembre de 2017 y solo contiene información de actividades a desarrollarse y ejecutarse en la vigencia 2017. Lo cual hace necesario que el Secretario General junto a su equipo de trabajo reevalúe el contenido del mismo y efectúe las modificaciones necesarias.

No se evidencia en esta auditoría que el Comité de Archivo (o Comité Institucional de Gestión y Desempeño) haya formulado un Plan de Acción sobre temas archivísticos para la vigencia 2021, pese a que ha sido requerimiento efectuado por la Oficina de Control Interno y compromiso adquirido por Secretaria General en Comité Coordinador de Control Interno en reunión del mes de marzo de 2021.

8. CONCLUSIONES:

- No se está dando cumplimiento al artículo 21 de la Ley 594 de 2000, establece que las entidades de la administración pública y las empresas privadas que cumplen funciones públicas deberán elaborar programas de gestión documental, en cuya aplicación atenderán los principios y procesos archivísticos; el artículo 22 de la misma ley prevé que la gestión de documentos dentro del concepto de archivo total, comprende procesos tales como: La producción o recepción, la distribución, la consulta, la organización, la recuperación y la disposición final de los documentos y su artículo 23, sobre formación de archivos dispone que teniendo en cuenta el ciclo vital de los documentos, los archivos se clasifican en: Archivos de Gestión, Archivos Centrales y Archivos Históricos;
- No se está dando cumplimiento al ARTICULO 2º- Acuerdo 049 de 2000 “Condiciones generales. La edificación debe tener en cuenta los siguientes aspectos: Ubicación, Aspectos estructurales, Capacidad de almacenamiento, distribución.
- No se está dando cumplimiento al ARTICULO 3º- Acuerdo 049 de 2000 Áreas de depósito. El almacenamiento de la documentación deberá establecerse a partir de las características técnicas de los soportes documentales, considerando los siguientes aspectos:

- Estantería

- Diseño acorde con las dimensiones de las unidades que contendrá, evitando bordes o aristas que produzcan daños sobre los documentos.

- Los estantes deben estar contruidos en láminas metálicas sólidas, resistentes y estables con tratamiento anticorrosivo y recubrimiento horneado químicamente estable.

- Deberá tener una altura de 2.20 metros y cada bandeja soportar un peso de 100 kg/mt lineal.

VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

- Se observa el incumplimiento por parte de Pasto Salud ESE, en referencia al establecimiento de políticas, procesos y procedimientos que permiten el control y seguimiento en lo concerniente a la Gestión Documental de la Entidad, así como lo preceptuado en el literal c) del artículo 2.8.2.1.4 del decreto 1080 de 2015, se encuentra conformado por los integrantes de que trata el artículo 2.8.2.1.15 y no cumple con las funciones establecidas en el artículo 2.8.2.1.16.
- No se cuenta con un Sistema Integrado de Conservación, el cual garantice los controles sistemáticos y periódicos de las condiciones ambientales del archivo central destinados a custodiar los documentos con el fin de prevenir los deterioros y las situaciones de riesgo que estos puedan presentar, evidenciándose un presunto incumplimiento del Artículo 46 de la ley 594 de 2000, los Acuerdos 049, 050 de 2000 y el Acuerdo 06 de 2014.
- Se observa una situación crítica, con respecto a la ubicación del archivo central, primero por no existir una persona que sea responsable por su custodia, almacenamiento y organización, segundo porque no cumple con las condiciones de seguridad y tercero las condiciones ambientales, pisos, iluminación no son las óptimas.
- Pasto Salud ESE, no cuenta con un inmueble apropiado para la custodia del archivo central lo que dificulta la elaboración de un programa de conservación preventivo, programa de control de condiciones ambientales entre otros.
- Los muebles destinados para la organización y conservación de documentos no son los más apropiados y no cumplen con su función de preservar conserva y custodiar los documentos, además se requiere un sistema de seguridad adecuado.
- No se ha realizado un proceso de organización y valoración de los documentos que han finalizado los periodos de retención asignados. Tampoco es claro el volumen de información producida, así como el instrumento de referencia para proceder a la eliminación o conservación de dichos documentos, TVD.
- Es importante resaltar el compromiso y responsabilidad que tiene la Técnico Rosalba Villalba frente al conocimiento y la organización, consulta, conservación y custodia del archivo central, a pesar de no contar con las herramientas necesarias y de personal de apoyo, para desarrollar su labor, sin perjuicio de la responsabilidad señalada en el numeral 5 de la Ley 734 de 2002 para todo servidor público.

HALLAZGOS

1. No se evidencia que en la conformación del Comité Institucional de Gestión y Desempeño se definan las funciones relacionadas con la gestión documental. Contraviniendo lo definido en los artículos 2.8.2.1.15 y 2.8.2.1.16 del Decreto 1080 de 2015 y Circular 100-004 de 2018 emitida de manera conjunta por Departamento Administrativo de la Función Pública y Archivo General de la Nación.
2. No se evidencia la formulación de la totalidad de las tablas de retención documental correspondiente a las áreas de Pasto Salud ESE, según relación entregada en esta auditoria no se evidencia las Direcciones Operativas de Red, ni las relacionadas con la Atención Ambulatoria.
3. No se evidencia que para la elaboración de las tablas de retención documental se hayan contemplado las denominaciones, los tiempos de retención documental y la disposición final para series y

VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

subseries propuestos por el Banco Terminológico de Series y Subseries del archivo general de la nación, o en su defecto se deberá sustentar el uso de otros tiempos a partir del proceso de valoración documental. Contraviniendo el artículo 5 del Acuerdo 04 de 2019 del AGN.

4. No se evidencia que las tablas de retención documental y tablas de valoración documental estén firmadas por el Secretario General. Contraviniendo con el artículo 8 del Acuerdo 04 de 2019 del AGN.
5. No se evidencia trámite de aprobación de las TRD y de las TVD ante el Comité Interno de Archivo o por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño. Contraviniendo con el artículo 9 del Acuerdo 04 de 2019 del AGN
6. No se evidencia el trámite de radicación, evaluación, convalidación y publicación de las TRD y de las TVD ante las instancias asesoras archivísticas competentes. Contraviniendo todo el Título 2 del Acuerdo 04 de 2019 del AGN.
7. No se evidencia que se lleve un registro documentado de los cambios que se realicen a las TRD que permita llevar una trazabilidad de las modificaciones que tiene en el tiempo. Contraviniendo el artículo 23 del Acuerdo 04 de 2019 del AGN.
8. El programa de Gestión Documental vigencia 2020 presenta inconsistencias mencionadas en los hechos del presente informe.
9. No se evidencia la ejecución de algunas actividades incluidas en el Programa de Gestión Documental vigencia 2020, como se relaciona en los hechos del presente informe.
10. No se evidencia adecuado diligenciamiento del Formato Único de Inventario Documental FUID por parte de los funcionarios que entregan sus cargos, en la presente auditoria se verificaron 7 FUID y solo 2 estaban diligenciados correctamente.
11. No se evidencia que se haya dado cumplimiento a los planes o proyectos definidos en el Plan Institucional de Archivos para la vigencia 2020.
12. No se evidencia que la empresa cuente con un modelo para la gestión de documentos electrónicos. Contraviniendo el artículo 2.8.2.5.8 del Decreto 108 de 2015 y el Capítulo III del Acuerdo 02 de 2014.
13. No se evidencia la inclusión y ejecución de temáticas de capacitación relacionadas con la función archivística durante la vigencia 2020 en el PIC, ni tampoco se evidencia inclusión de estos temas en el PIC vigencia 2021. Lo anterior contraviniendo con el artículo 18 de la ley 594 de 2000 y el artículo 2.8.2.5.14 del Decreto 1080 de 2015.
14. No se evidencia el reporte en el INFOMEDIC de los resultados de los 6 indicadores asociados a los procedimientos establecidos para la Oficina de Comunicaciones y Sistemas correspondientes a la vigencia 2020.
15. Se evidencia desactualización de las Resoluciones No. 1318 del 1 de julio de 2019 y No. 819 del 27 de enero de 2011, las cuales reglamentan todo lo relacionado en la definición y mecanismos para el manejo de las Comunicaciones Oficiales.

VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

16. No se evidencia un procedimiento o guía que defina la elaboración de elementos comunes (cartas, memorando, circulares, entre otros).
17. No se evidencia adecuada organización, archivo y disposición final de documentos ubicados en el archivo central ubicado en el C.S. Santa Barbara, incluso su ubicación y peso en un tercer piso podría poner en riesgo la estructura de la IPS.
18. No se evidencia que la Oficina de Archivo y Correspondencia tenga control sobre la numeración consecutiva de los actos administrativos que se emiten en la empresa. Contraviniendo el artículo 6 del Acuerdo 060 de 2001.
19. No se evidencia enlace de publicación en la pagina web de los actos administrativos (resoluciones) para su consulta en línea. Contraviniendo el artículo 15 del acuerdo 05 de 2013.
20. Los cuadros de clasificación documental CCD evidenciados en esta auditoria no están debidamente firmados, ni relaciona fecha en las cuales se les dio tramite por parte del Secretario General.
21. No se evidencia que se hayan adelantado la disposición final o eliminación de documentos que ya cumplieron su tiempo, para lo cual es necesario contar con las Tablas de Valoración Documental.
22. Se evidencia un documento denominado "INFORME DIAGNOSTICO DE ARCHIVOS DE GESTION DOCUMENTAL DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PASTO SALUD ESE", el cual emite 20 recomendaciones para aplicarse en el Sistema de Gestión Documental y deberán ser incluidas en el Plan de Mejoramiento asociado a esta auditoría.
23. Se evidencia que el documento del Sistema Integrado de Conservación – SIC vigente fue elaborado en noviembre de 2017, aprobado en noviembre 2018 y todas sus actividades se encuentran en vigencias anteriores a la presente, lo que hace necesario reevaluar su contenido y sus actividades.

RECOMENDACIONES

1. Formular un Plan de Mejora producto de las no conformidades plasmadas en este informe de auditoría.
2. Se recomienda involucrar al Comité Institucional de Gestión y Desempeño de la Empresa, en las funciones de archivo para que, como grupo asesor, apoye y tome decisiones en los procesos administrativos y técnicos del archivo
3. Se debe elaborar, socializar e implementar la política de Gestión Documental.
4. Se debe identificar las necesidades de información y socializar a los funcionarios. Articular con los estándares de Gerencia de Información GI 1 de Acreditación
5. Se debe elaborar, aprobar y socializar la caracterización del proceso de Gestión de Sistemas de Información, articulando los procedimientos del subproceso de Gestión Documental
6. Se debe actualizar los documentos (Planes, Programas, políticas, instrumentos archivísticos e instrumentos de gestión de información pública) y procedimientos de Gestión Documental,

VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

articulados con nueva normatividad, los requerimientos de Ley (Ley de transparencia-MIPG) y los requisitos de los estándares de Gerencia de Información - Acreditación.

7. Se recomienda revisar y actualizar el programa institucional de archivos, Trabajarlo con un equipo multidisciplinario con cooperación y articulación permanente entre la alta dirección, planeación, jurídica y sistemas de información. Ubicarlo dentro del contexto regional. Articulado con los planes y proyectos estratégicos institucionales y plan de desarrollo municipal 2020-2023:” Pasto La Gran Capital”. Anexo 3: Plan territorial de salud municipio de Pasto 2020, en el marco de la Política Pública “La Salud en todos los Derechos” aprobada por acuerdo 035 por el honorable Concejo Municipal.
8. Se recomienda asignar presupuesto para la construcción o adecuación del edificio de archivo central e histórico de acuerdo a la normatividad archivística. Adquisición de mobiliario, materiales y equipos.
9. Se debe crear o adecuar un espacio físico para el archivo central e histórico, que incluya áreas de: zona de trabajo, consulta, procesos técnicos y prestación de servicios (Acuerdo AGN. 049 de 2000. Condiciones de edificios y locales destinados al archivo), acorde al crecimiento documental y a las necesidades de los documentos y los procesos que se deben efectuar.
10. Se recomienda nombrar o contratar a profesionales en archivística o técnicos en gestión documental para la organización del archivo central e histórico y memoria institucional.
11. Se recomienda nombrar o contratar un técnico de sistemas para el apoyo de la gestión de los sistemas de información como aplicativo o software de Correspondencia y archivo
12. Se sugiere presentar e implementar un plan de capacitación y sensibilización que fortalezca la Gestión Documental, su cumplimiento normativo y las implicaciones ante el incumplimiento. Incluirlo dentro de los planes de capacitación, de Inducción, Reinducción de la Empresa.
13. Se recomienda clasificar, organizar y, preservar los archivos de derechos humanos, memoria histórica y conflicto armado a partir de los ejes: protección, valoración, acceso y difusión, como lo dispone el Decreto 4800 de 2011; Decreto 1080 de 2015 Art. 2.8.5.4.7. Documentos y archivos de derechos humanos; Ley 1448 de 2011 Ley de víctimas y Ley 1712 de 2014.
14. Se debe Clasificar, organizar, inventariar y describir los documentos de archivos central e histórico y memoria institucional, que permita la apropiación y contribuya a la producción y transparencia del conocimiento
15. Se debe elaborar e implementar un programa de documentos especiales que permita la clasificación, organización y ordenación de los documentos especiales: planos, fotografías, cds y demás. Dar prioridad a la organización de planos de los proyectos.
16. Se sugiere elaborar y presentar el proyecto para implementar un SGDEA que permita cubrir las necesidades del proceso y garantice la conservación, autenticidad y accesibilidad de los documentos a lo largo del tiempo, datos y metadatos que conforman los documentos y expedientes electrónicos, dentro de la iniciativa Cero papel.
17. Se sugiere proponer y desarrollar campaña de buenas prácticas en el rehusó y reciclaje del papel destinado a impresión y/o copias

VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

18. Se debe identificar y documentar los tipos documentales físicos y electrónicos de los expedientes como historia clínica, historia laboral, contratos entre otros con el objeto de integrar los expedientes.
19. Se debe elaborar e implementar el modelo de requisitos de documentos electrónicos que establezca, la necesidad de estructurar una estrategia de integración de sistemas de gestión que facilite la aplicabilidad y control de cada una de las etapas de la gestión de documentos (creación, mantenimiento, difusión y administración).
20. Se sugiere revisar en los archivos historia clínica, la distribución de las zonas de consulta, procesos técnicos y prestación de servicios de acuerdo a lo establecido en el Acuerdo AGN 049 de 2000.
21. Se sugiere revisar y ajustar la distribución de la estantería de los archivos de historias clínicas a lo estipulado en el Art.3 del Acuerdo AGN 049 de 2000.- Distribución de estantería. No deben ir pegadas a la pared.
22. Se recomienda la adquisición de sistema digito terminal (separadores y carpetas de colores).
23. Adquirir todos los elementos necesarios para dar cumplimiento a la normatividad, como: Estantería, cajas, celu guías, carpetas, separadores.
24. Se recomienda dar de baja toda una cantidad de papeles como, encuestas de satisfacción de los años 2009 a 2011, rips de los años 2008 a 2012, que no están clasificados como documentos y que están en pésimo estado.

FORTALEZAS

ELABORO:	LUIS EDUARDO AGUIRRE ORTIZ	FECHA	11 de mayo de 2021
REVISADO PÓR:	JAIME ALBERTO SANTACRUZ S.	FECHA	11 de mayo de 2021