

CONTROL INTERNO

INFORME FINAL AUDITORÍA INTERNA GESTIÓN DOCUMENTAL H.U.S.J. E.S.E. POPAYÁN

VÍCTOR FABIO GÓMEZ FRANCO
ASESOR OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO
LÍDER AUDITOR

MARÍA ARIELA AMPARO MUÑOZ
APOYO AUDITOR

OFICINA DE CONTROL INTERNO
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ ESE POPAYÁN
NOVIEMBRE
2024

CONTROL INTERNO

TABLA DE CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN	3
2.	MARCO LEGAL.....	3
3.	OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA.....	5
3.1.	OBJETIVO GENERAL:	5
3.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	6
4.	ALCANCE DE LA AUDITORIA:	6
5.	EQUIPO AUDITOR	7
6.	METODOLOGÍA DE LA AUDITORÍA	7
7.	ARTICULACIÓN CON EL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO - MECI	7
8.	DESARROLLO DE LA AUDITORÍA.....	8
8.1.	RESULTADOS DE LA AUDITORÍA	8
8.2.	OBSERVACIONES AL PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL:.....	17
9.	CONCLUSIONES	¡Error! Marcador no definido.
10.	RECOMENDACIONES.....	¡Error! Marcador no definido.

CONTROL INTERNO

1. INTRODUCCIÓN

La Oficina de Control Interno del Hospital Universitario San José ese Popayán, de conformidad a las facultades señaladas en los artículos 209 y 269 de la Constitución Política de Colombia, la Ley 87 de 1993 y el Decreto 648 de 2017 en lo que respecta a los Roles de "Evaluación y Seguimiento" y "Enfoque hacia la prevención" y en estricto cumplimiento al Plan General de Auditoria para la Vigencia 2024, aprobado por el Comité de Coordinación de Control Interno en diciembre de 2023, realizó la Auditoría Interna al Proceso de Gestión Documental, con la finalidad de verificar el estado del Proceso, los procedimientos, cumplimiento de indicadores, matriz de riesgos y el cumplimiento de la normatividad aplicable. El propósito de la presente auditoría es contribuir en la búsqueda del mejoramiento continuo del proceso, como apoyo al logro de los objetivos y metas de la Entidad.

El informe de auditoría es el medio más usado para comunicar las observaciones y/o hallazgos a la Alta Dirección de la Organización sobre los resultados obtenidos por el trabajo efectuado de una manera objetiva, clara y precisa, que le permite a la Entidad tomar decisiones y acciones de mejora frente a los hallazgos registrados y que sirven de indicio para la toma de decisiones para el proceso. En este informe se describen los hechos o situaciones detectadas de tal forma que se exponen las observaciones y/o hallazgos, de acuerdo con los objetivos planteados en la auditoría y el alcance de la misma.

La revisión y evaluación de la información es llevado a cabo de forma física y virtual en las oficinas del Proceso de Gestión Documental y la documentación solicitada vía correo electrónico, con la finalidad de seguir con el cronograma del plan de trabajo de auditoría y dar cumplimiento a los objetivos de esta.

2. MARCO LEGAL

- Constitución Política de Colombia de 1991- Artículos 209, 268 y 269: todas las entidades públicas en sus diferentes órdenes y niveles deben contar con métodos y procedimientos de control interno.
- Ley 100 de 1993
- Ley 87 de 1993 "Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones."
- Decreto 1083 de 2015 – Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública – Control Interno – MECI.
- Resolución 406 de 2017 – Se conforman los órganos de coordinación del Sistema de Control Interno de APC- Colombia.

CONTROL INTERNO

- Decreto 648 de 2017, "Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública".
- Constitución política de Colombia: Artículos: 15, 74,
- Acuerdo 11 de 1996 del AGN
- Acuerdo No. 09 de 1997 del AGN
- Resolución 1995 de 1999
- Ley 527 de AGN
- Ley General De Archivos: Ley 594 de 2000, emitida por el Archivo General de la Nación, por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones.
- Programa de Gestión Documental Artículo 21 de la Ley 594 de 2000
- Transferencias Documentales:
- Acuerdo No. 027 de 2006 del AGN
- Artículo 8 del Decreto 2609 de 2012 del AGN - Titulo II Artículo 14- Plan de capacitaciones
- Circular 003 de 2015 del AGN
- Ley estatutaria 1581 de 2012 Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales. Ley 1712 de 2014
- Decreto 103 de 2015 Compilado en el Decreto 1080 de 2015, por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1712 de 2014 y se dictan otras disposiciones. Establece criterios generales para la implementación del programa de gestión documental y políticas de preservación, custodia digital, conservación de documentos y eliminación segura y permanente de la información.
- ACUERDOS:
- Acuerdo 007 de 1994 Por el cual se adopta y se expide el Reglamento General de Archivos. Acuerdo 049 de 2000 Por el cual se desarrolla el artículo del Capítulo 7 "Conservación de Documentos" del Reglamento General de Archivos sobre "condiciones de edificios y locales destinados a archivos". Acuerdo 050 de 2000 Por el cual se desarrolla el artículo 64 del título VII "conservación de documento", del Reglamento general de archivos sobre "Prevención de deterioro de los documentos de archivo y situaciones de riesgo. Acuerdo 27 de 2006 Por el cual se modifica el Acuerdo No. 07 del 29 de junio de 1994". Actualizar el Reglamento General de Archivos, en su Artículo 67 y en lo correspondiente al uso del Acuerdo 008 de 2014. "Por el cual se establecen las especificaciones técnicas y los requisitos para la prestación de los servicios de depósito, custodia, organización, reprografía y conservación de documentos de archivo y demás procesos de la función archivística en desarrollo de los artículos 13° y 14° y sus parágrafos 1° y 3° de la Ley 594 de 2000". Acuerdo 002 de 2014 Por medio del cual se establecen los criterios básicos para creación, conformación, organización, control y consulta de los expedientes de archivo y se dictan otras disposiciones. Acuerdo 006 de 2014 Por el cual se desarrollan los artículos 46, 47 y 48 del Título XI "Conservación de Documentos" de la Ley 594 de 2000. Acuerdo 003 de 2015 Establece los lineamientos generales para la gestión de documentos electrónicos. En su

CONTROL INTERNO

artículo 13° establece las garantías de conservación y preservación a largo plazo; artículo 15° la conservación de documentos datos y metadatos incluidas las firmas digitales y estampado cronológico; artículo 16° adopción de políticas estándares que aseguren la conservación a largo plazo.

- **Manual de Plan de Auditoría de Control Interno:**

Establecido en la Oficina de Control Interno del Hospital Universitario San José de Popayán, en cumplimiento de la normatividad vigente y específicamente el decreto No. 943 de 2014 donde el Gobierno Nacional actualizó el MECI 000:2005 y en aplicación del Decreto 1499 de septiembre de 2017, con la implementación del nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG.

- Mediante Decreto 943 de 2014, se actualiza el MECI: 1000:2005, en el cual se determinan las generalidades y estructura necesaria para establecer, implementar y fortalecer un sistema de Control Interno en las entidades y organismos obligados a su implementación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo de la Ley 87 de 1993, por lo cual el Hospital emite la Resolución 0629 del 29 de octubre de 2015, por medio de la cual se modifica la resolución 425 de 2006.
- Año 2017: mediante Decreto 1499, se crea el nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG-, en donde se integran los sistemas de Desarrollo Administrativos y de Gestión de Calidad, cuyo objeto es dirigir la gestión pública al mejor desempeño institucional y a la consecución de resultados para la satisfacción de las necesidades y el goce efectivo de los derechos de los ciudadanos, en el marco de la legalidad e integridad.

- **CÓDIGO DE ÉTICA DEL AUDITOR**

Para el ejercicio de auditoría interna, de acuerdo con el marco internacional que regula su ejercicio y lo estipulado en el Decreto No. 648 de 2017, la entidad debe contar con un Código de Ética para el auditor, realizado en coordinación y bajo los parámetros establecidos en el Código de ética y buen gobierno del hospital Universitario San José.

3. OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA

3.1. OBJETIVO GENERAL:

El propósito de la auditoría, es establecer los parámetros para una revisión general con énfasis en los aspectos críticos detectados en los procesos y procedimientos realizados en las diferentes áreas Administrativas, con el fin de formular recomendaciones y oportunidades de mejoramiento sobre el grado de cumplimiento de los objetivos, los planes, programas, proyectos y procesos, propendiendo con ello el fortalecimiento del control interno, a partir de evidencias, hallazgos y criterios válidos. De igual manera, apoyar a la dirección en la toma de decisiones necesarias para corregir las desviaciones, mediante la formulación de acciones de mejoramiento correspondientes.

CONTROL INTERNO

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Velar porque las actividades y recursos se dirijan al cumplimiento de la Misión establecida en el plan de desarrollo, como es: *“El Hospital Universitario San José de Popayán, presta servicios de salud de alta complejidad a los usuarios, sus familias y comunidad, con enfoque de calidad y mejoramiento continuo, por medio de su talento humano comprometido con la integridad, seguridad y humanización del servicio, apoyado en procesos de docencia e investigación”.*
- Y en cumplimiento de su Visión, *“Al año 2030, estar consolidados como un hospital universitario acreditado en salud, reconocido a nivel nacional, con énfasis en prestación de servicios complementarios, mediante un modelo de atención integral, con enfoque de gestión sostenible por su efectividad, responsabilidad social, ambiental e innovación”.*
- Evaluar el cumplimiento de los planes, programas, proyectos y planes de acción y sus metas establecidas, de acuerdo con objetivos misionales.
- Evaluar el cumplimiento de las acciones definidas en los planes de mejoramiento, producto de las auditorías de los organismos de control y de la oficina de control interno.
- Propender por la transparencia en la gestión realizada y de esta manera minimizar los posibles hallazgos en el momento en que los entes de control realicen una auditoría integral a la vigencia actual.
- Mediante los resultados obtenidos, generar recomendaciones que contribuyan a la mejora continua en las distintas áreas y servicios complementarios que interactúan con el Proceso de la oficina asesora jurídica.

4. ALCANCE DE LA AUDITORIA:

Evaluar el cumplimiento de todos los planes a cargo del Proceso del Proceso de Gestión Documental, como son: planes de acción, procesos, procedimientos, guías, mapa de riesgos y de los planes de mejoramiento suscritos a la fecha con cualquier ente de control y determinar si los recursos financieros asignados han sido manejados con eficiencia y eficacia.

CONTROL INTERNO

5. EQUIPO AUDITOR

Para la ejecución de la auditoria se ha designado el siguiente equipo de profesionales:

1. VÍCTOR FABIO GÓMEZ FRANCO. Asesor Oficina Asesora de Control Interno del HUSJ - Auditor Líder.
2. MARÍA ARIELA AMPARO MUÑOZ. Enfermera especialista grado 1 - Apoyo a la auditoría.

6. METODOLOGÍA DE LA AUDITORÍA

La Auditoria se realizó de acuerdo con las normas y procedimientos generalmente adoptados, mediante visita a su área, determinados en el manual de procedimiento de auditoria aprobado en el 2018, siguiendo el Formato de Plan de Trabajo de la Auditoría.

La Oficina de Control Interno, en concordancia a los roles determinados por el Decreto 648 de 2017, implementó el Procedimiento de "Auditoría Interna". Este Procedimiento señala entre otros registros referenciados; el plan de trabajo. Este registro es soporte de gran ayuda en la ejecución de la auditoría.

Seguidamente se solicitó información con el fin de verificar el cumplimiento planes de acción, procesos, procedimientos, guías, mapa de riesgos y de los planes de mejoramiento suscritos a la fecha con cualquier ente de control en el marco de la Ley, conforme a los Procedimientos documentados.

Por otro lado, se implementó como técnica de auditoría; la Consulta, en donde a través de reuniones presenciales con los colaboradores del proceso se procedió a realizar inspección, análisis y cotejo de la información solicitada previamente y entregada por la Líder del Proceso, preliminarmente se dio a conocer un cuestionario en donde se solicitó información conforme a las preguntas efectuadas por el equipo auditor.

Finalmente y en este documento se presentó el informe preliminar a los Responsables del Proceso Auditado, en donde quedaron plasmadas; observaciones (Posibles hallazgos), fortalezas, recomendaciones, y conclusiones como parte del resultado de la Auditoría.

7. ARTICULACIÓN CON EL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO - MECI

La auditoría interna efectuada al proceso de Gestión Documental del Hospital Universitario San José, se realizó en el marco de la séptima dimensión "Control Interno" del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), de conformidad con lo establecido en el componente "5 Implementar las Actividades de Monitoreo y Supervisión Continua en la Entidad" del numeral "7.2.1 Diseñar y

CONTROL INTERNO

mantener de manera adecuada y efectiva el MECI desarrollando las siguientes actividades para cada uno de sus componentes” que establece: “La auditoría se constituye en una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de la entidad; que ayuda a cumplir sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno” y en concordancia con lo establecido para la tercera línea de defensa (Oficina de Control Interno) a la que corresponde: “Proporcionar información sobre la efectividad del Sistema de Control Interno (SCI), la operación de la primera y segunda línea de defensa con un enfoque basado en riesgos”

8. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

8.1. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

	FECHA DE AUDITORIA	ACTIVIDADES REALIZADAS
Apertura de la auditoría	17 de septiembre 2024	Se realiza reunión en la oficina de Control Interno con el coordinador de gestión documental – se anexa acta de reunión.
1. Seguimiento y evaluación de los planes a cargo del área auditada	Día 15 de octubre de 2024: de 10 a.m. a 12 m: Auditoría administrativa	Se realiza reunión en la oficina de archivo Central y se evalúa el seguimiento al Plan Institucional de Archivos de la Función Pública– PINAR que es un instrumento de planeación para la labor archivística, que determina elementos importantes para la Planeación Estratégica y Anual del Proceso de Gestión Documental y da cumplimiento a las directrices del Archivo General de la Nación y a la normatividad vigente. El proceso de Gestión Documental del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E, establece las directrices necesarias para la conservación y preservación de la memoria institucional de los documentos en físico, electrónicos y digitales; basado en el desarrollo de las actividades de cada una de los procesos administrativos y asistenciales, contribuyendo al fortalecimiento de la seguridad de la información. El PINAR es una herramienta que debe ser evaluada por la alta dirección de la Entidad con un enfoque de carácter estratégico, buscando alinear los planes, programas y/o proyectos determinados en este documento, con el Plan Estratégico Institucional y Plan de Acción Anual en concordancia con el Modelo Integral de Planeación y Gestión-MIPG. Teniendo en cuenta lo anterior, se relacionan las actividades del PINAR realizadas en el año de 2023 y primer semestre de 2024: En el PINAR se evidencia: Actividades realizadas en el primer semestre de 2024:

CONTROL INTERNO

1. Elaboración, Socialización y ejecución del Cronograma de Capacitaciones en MANEJO DE ARCHIVOS DE GESTIÓN - vigencia de enero a noviembre de 2024.

Se socializa mediante correo electrónico institucional del día 29 de enero del 2024 y Circular Informativa No. 001-2024.

Evidencias: circular informativa, cronograma y listados de asistencia a las capacitaciones.

2-Proyecto de digitalización de documentos.

Se encuentra en proyecto. Se inició con la solicitud de equipos de cómputo para el proceso de Gestión documental: para iniciar con las pruebas de selección, escaneo, clasificación y disposición final de los archivos procesados.

Evidencias: oficios de fecha 28 de junio de 2024 enviado al Subgerencia administrativa y respuesta de los equipos tecnológicos.

3. Socializar y capacitar el talento humano de la institución en el manejo de las herramientas tecnológicas y aplicativos informáticos.

Evidencias: circular No. 005 de 2024 y de fecha 30 de agosto de 2024- listados de capacitación en Gestión Documental y manejo de las herramientas tecnológicas (DOCUNET). De fecha septiembre de 2024

4. Asistencia a mesas técnicas de revisión de las TRD y TVD, en el consejo Departamental de Archivos.

Pendiente ANEXAR EVIDENCIAS DE LA ASISTENCIA A MESAS TECNICAS

TABLAS DE RETENCION DOCUMENTAL Y TABLAS DE VALORACIÓN DOCUMENTAL

Mediante CONTRATO DE CONSULTORÍA NUMERO 148 DE 07 DE ABRIL 2021, CELEBRADO ENTRE EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO Y ASUNTOS TRIBUTARIOS Y CONTABLES SAS (ATC SAS), se estableció como OBJETO DEL CONTRATO: ACTUALIZACIÓN DE LAS TABLAS DE RETENCIÓN DOCUMENTAL Y ELABORACIÓN DE LAS TABLAS DE VALORACIÓN DOCUMENTAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.

Angela María Pacheco Castillo Representante Legal ATC- Asesorías Tributarias V Contables S.A.S describe los aspectos tratados en:

REUNION DE COMITE DE GESTION Y DESEMPEÑO DE 3 DE FEBRERO DE 2022.

En reunión de **Comité de Gestión y Desempeño institucional de fecha 3 de febrero de 2022**, el jefe de la Oficina Asesora de planeación, explicó que este comité debía realizar la aprobación de las tablas de Retención y valoración para posteriormente ser enviadas al Comité Departamental de Archivo para su convalidación.

CONTROL INTERNO

Las tablas de retención fueron actualizadas, de acuerdo a las observaciones que presentaron los líderes de los procesos tanto en las reuniones de asesoría personalizadas a cada proceso como en la reunión de socialización en el mes de diciembre de 2021, en la cual participaron los Líderes de los procesos misionales y de apoyo. Igualmente, producto de las reuniones realizadas en Comités de Gestión y Desempeño y reuniones con los procesos de Planeación, Gestión Documental y Gerencia, se ajustaron los cuadros de clasificación documental y se adecuaron al mapa de procesos, con el fin de facilitar la funcionalidad de la gestión de los productos documentales y evitar la duplicidad o redundancia en las series y subseries documentales.

Una vez realizados los ajustes a los cuadros de clasificación y a las tablas de retención, el proceso de Gestión documental, en cabeza de la líder Dora García, realizó las revisiones y ajustes correspondientes, de *acuerdo a condiciones propias de algunos procesos*, en particular en lo referente a los tiempos de retención. Con estas consideraciones el Comité de Gestión y Desempeño institucional aprueba las tablas de Retención y de Valoración Documental, para que el proceso de Gestión Documental, realice el alistamiento de la información pertinente para él envió al Comité Departamental de Archivo, quien tendrá a cargo la convalidación.

La líder del proceso de Gestión Documental deberá realizar los trámites pertinentes al envió de la documentación para la aprobación de las Tablas de Retención Documental por parte del Comité Departamental de Archivo

Las actas de las reuniones de Comité de gestión y Desempeño y demás realizadas para presentar y Aprobar las tablas de Retención Documental y las Tablas de valoración Documental, reposan en la Oficina Asesora de Planeación del Hospital Universitario San José de Popayán

En la documentación existente, se evidencia documento donde la Coordinadora de Gestión Documental certifica:

Certificación escrita expedida por la

**“LA SUSCRITA COORDINADORA DEL PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL DEL
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO.
MT. 891.580.002-5**

CERTIFICA

Que las Tablas de Retención Documental y Las tablas de Valoración Documental, entregadas por ATC SAS, en cumplimiento del contrato 148 de 2021. surtieron los trámites de revisión y ajuste por parte del proceso de Gestión Documental y fueron presentadas en el Comité de *gestión* y Desempeño Institucional, para su revisión y

CONTROL INTERNO

aprobación institucional, por lo tanto los instrumentos archivísticos desarrollados, cumplen con los parámetros según la norma archivística Ley 534 de 2000 y Acuerdo 004 de 2019 del Archivo General de la Nación.

Para constancia firma en Popayán a los Veintiocho (28) días del mes de febrero de 2022.

Atentamente,

DORA ALICIA GARCIA YACUE.

Coordinadora Gestión Documental.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYAN ESE

Proyecto: Dora Alicia García Yacue

Revisó: Dora Alicia García Yacue"

Las TRD: tablas de retención documental fueron radicadas el 21 de noviembre de 2023 en la Ventanilla única de la Gobernación (aproximadamente dos (02) años después de la entrega por parte del contratista).

Mediante Oficio del 30 de noviembre de 2023, fueron devueltas sin ser aprobadas y con observaciones (se anexa oficio y acta de reunión).

A pesar de lo descrito en la certificación anterior, **hasta la fecha no han sido actualizadas las tablas de Retención Documental y las Tablas de valoración Documental**, porque en la última revisión realizada por el Concejo Departamental de archivos, no fueron aprobadas por no presentar los documentos completos conforme a la norma, lo cual se evidencia en oficio de fecha 30 de noviembre de 2023, enviado al gerente de la época por el Concejo Departamental de archivos de la gobernación del Cauca.

CONTROL INTERNO

Popayán, 30 de Noviembre del 2023

Doctor
CESAR EDMUNDO SARRIA PORRAS
Gerente
Hospital Universitario San José
Carrera 6 No 10N 142
Ciudad

17

Asunto: Convalidación Tablas de Retención Documental – TRD – Hospital Universitario de Popayán - Oficio Radicado con el No AGDE-61994 del 24 de noviembre del 2023

Respetuoso Saludo:

De acuerdo con la solicitud relacionada con la Evaluación y Convalidación de las Tablas de Retención Documental del Hospital Universitario San José de Popayán, respetuosamente solicito enviar los documentos completos necesarios para realizar este procedimiento de cumplimiento con lo establecido en el artículo 10 del Acuerdo No 04 de 2019 expedido por el Archivo General de la Nación.

Institucionalmente


Pablo Fernando Roseño Alarcón
Secretario Técnico (E)
Consejo Departamental de Archivos
Gobernación del Cauca

26

Nota: Se adjuntan 176 folios que contiene las TRD del Hospital San José de Popayán

Secretaría General – Código 1100

CONTROL INTERNO

	Día 16 de octubre de 2024: de 10 a.m. a 12 m. Día 17 de octubre de 2024: de 10 a.m. a 12 m	INDICADORES INSTITUCIONALES MAPA DE RIESGOS 1- transferencias documentales 2- Recibo y Despacho de Comunicaciones Oficiales 3- Capacitación en el Manejo de Gestión Documental 4- Consumo de papel (Cero Papel) No hay cultura en el manejo de la Política de Cero Papel. TRANSFERENCIA DOCUMENTAL PRIMARIA AÑO 2023: Mediante circular No. 104.8.1-01-2023 enviada el 11 de enero de 2023 por la Subgerencia administrativa, se envió a todos los coordinadores de los procesos el cronograma mediante el cual se da inicio a las transferencias documentales primarias vigencia año 2021 Informe de seguimiento al plan de transferencias año 2023: El Indicador: Número de transferencias realizadas (17) en el periodo, sobre número de transferencias programadas (21) de enero a mayo 2023: dio como resultado= 0,81 %. Se evidencia que el número de realizadas es menor que las programadas. Lo anterior debido a que de los seis procesos que estaban pendientes por realizar la transferencia primaria en el segundo trimestre, solo dos procesos la realizaron en el tercer trimestre de acuerdo al plazo establecido y los otros cuatro procesos pidieron un plazo de tiempo de entrega, por lo cual en el cuarto trimestre se evidencia que cuatro procesos hicieron falta en su entrega de su transferencia, lo cual se refleja en la gráfica. Año 2024: a la fecha está pendiente que el proceso de Jurídica termine realizar la transferencia primaria, el plazo para entregar la información está programado hasta noviembre de 2024 El proceso de innovación no ha entregado los documentos para cumplir con la transferencia primaria, en razón a que, por ser este, un proceso relativamente nuevo, los funcionarios de planeación solicitaron se dejara esta documentación en Planeación hasta que se enteren totalmente de este proceso. INFORME DEL PROCEDIMIENTO PRÉSTAMO DE DOCUMENTOS: OBJETIVO: 1- Atender las solicitudes de consulta y préstamo de documentos que reposan en el Archivo Central, a los diferentes procesos del Hospital Universitario San José.

CONTROL INTERNO

		2- Atender las necesidades de consulta de documentos a los usuarios internos y externos. Análisis de los servicios que consultaron documentos en el año 2023: el porcentaje es bajo, esto nos indica que la documentación que reposa al archivo central cada año es menos consultada debido a que la mayoría de la documentación se sistematiza en los servicios. Se hizo un análisis de todos los servicios, para evidenciar cual fue el servicio que más consulto los documentos en el primer semestre de 2023 y se observó que el proceso de vigilancia y control, es el que más ha realizado consulta de documentos y en el segundo semestre el proceso de Gestión Jurídica.
3. Aplicabilidad a los Procesos y procedimientos a cargo según mapa de procesos.	El 24, 25 de Al 28 de octubre de 2024: de 10 a.m. a 12 m	En este proceso se da aplicabilidad a los Procesos y procedimientos establecidos, pero el mapa de procesos esta desactualizado porque corresponde a la administración anterior, al igual que se siguen aplicando las tablas de Retención Documental - TRD. y tablas de valoración Documental desactualizadas (año 2012).
4. Aplicabilidad y seguimiento a los mapas de Riesgo	Del 29 al 30 de octubre de 2024: de 10 a.m. a 12 m	MAPA DE RIESGOS: Descripción del riesgo Posibilidad de que se presente afectación reputacional por perdida de la información física y electrónica debido a daño u obsolescencia en servidores y no adherencia a procesos y procedimientos de gestión documental Causa inmediata del riesgo: perdida de la información física y electrónica causa raíz: Daño u obsolescencia en servidores y no adherencia a procesos y procedimientos de gestión documental Plan: Aplicar el procedimiento de préstamo de documentos para su control y evitar perdida.
5. Reuniones y planes de mejoramiento	Día 31 de octubre de 2024: de 10	PLANES DE MEJORAMIENTO: 1- GESTIÓN DOCUMENTAL:

CONTROL INTERNO

	a.m. a 12 m	- Orientar el 100% de los procesos institucionales en la gestión documental, con el fin de fortalecer el mejoramiento continuo de los mismos para apoyar la oportuna toma de decisiones. - Asesorar y capacitar al personal Administrativo y asistencial en el manejo de la gestión documental teniendo en cuenta las actualizaciones de la normatividad archivística con el fin de fortalecer el mejoramiento continuo de los mismos para apoyar la oportuna toma de decisiones. - Se realizó capacitación a los colaboradores encargados de cada proceso en el manejo de gestión documental. (se anexa listado de asistencia a la capacitación - Fichas de indicadores de gestión documental) 2- Si se detecta que no se aplican los procesos de gestión documental, se realiza acción correctiva inmediata y se reporta al responsable. Se evidencia en los informes semestrales para seguimiento del PAI. 3- RECIBO Y DESPACHO DE COMUNICACIONES OFICIALES: - Manejar las comunicaciones oficiales internas y externas por medio del aplicativo DOCUNET y en la Ventanilla Única de Correspondencia, para lograr mayor confidencialidad, oportunidad, eficiencia y diligenciamiento de las mismas. Los colaboradores del proceso Gestión Documental, cada vez que reciben un documento, realizan Aplicación sistemática del Programa de Gestión Documental según Ley 594 de 2000, con el propósito de minimizar el riesgo. 4- CONSUMO DE PAPEL (POLÍTICA DE CERO PAPEL): - Asesorar y capacitar al personal Administrativo y asistencial en el racionamiento del papel en la gestión documental - Identificar los procesos con mayor consumo de papel y socializar política cero papel, además uso del Aplicativo DOCUNET WEB. - Se realizó capacitación a los colaboradores encargados de cada proceso en Política de cero papel (se anexa listado de asistencia a la capacitación). 5- DISPOSICIÓN FINAL DE LOS ARCHIVOS FÍSICOS SEGÚN LAS TRD: Elaborar plan de entrega de transferencias de vigencias anteriores de todos los procesos de la entidad. (se anexan evidencias: circular informativa y cronograma de transferencias documentales con el porcentaje de los procesos que cumplieron)
--	-------------	--

CONTROL INTERNO

		6- Los colaboradores del proceso Gestión Documental realizan Monitorización de servidores físicos, virtuales y sistema de copias de seguridad de la información de los procesos administrativos y asistenciales, de manera programada, priorizada, sistemática y continua, para garantizar la salvaguardia de la información. - Si se detecta que en algún mes no se realizaron copias de seguridad, se procede a hacerlo de inmediato y se notifica al responsable. 7- PRESTAMO DE DOCUMENTOS: Aplicar el procedimiento de préstamo de documentos para su control y evitar pérdida. - Se aplica el procedimiento de préstamo de documentos para su control y evitar pérdida. (se anexan evidencias: fichas de préstamos, indicadores segundo semestre 2023, informe de préstamos de documentos y listado de las consultas del préstamo.
6. Manuales	Día 01 de noviembre de 2024: de 10 a.m. a 12 m	PROGRAMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL - PGD. Este manual se encuentra desactualizado, ya que la última revisión fue en el año 2019. El contenido del Direccionamiento Estratégico, corresponde a los conceptos de la anterior administración. No se ha dado cumplimiento a las metas a corto, mediano y largo plazo que se presentaron como propuesta en el año 2019, especialmente en lo referente a la actualización de las tablas de Retención Documental - TRD. y tablas de valoración Documental
7. Política Documental y PQRS	Día 05 Al día 06 de noviembre de 2024: de 10 a.m. a 12 m.	POLITICA DE CONSUMO DE CERO PAPEL: En las conclusiones de la tabla Matriz de seguimiento a indicadores institucionales procesos asistenciales (26 de Octubre de 2023), se menciona que no hay cultura en el manejo de la Política de Cero Papel. - Para apoyar la política de consumo de cero papel y promover el uso de herramientas tecnológicas para el manejo de las comunicaciones oficiales internas y externas, desde la gerencia se expidió la CIRCULAR INFORMATIVA No. 101.8.1-15-2023 y se ha realizado capacitación a colaboradores asistenciales y administrativos sobre MANEJO Y UTILIZACION DEL APLICATIVO DOCUNET WEB. Política documental desactualizada: - En razón a que las tablas de Retención Documental (TRD) y las tablas de valoración Documental (TVD), no han sido actualizadas hasta la fecha; en el proceso de Gestión documental, se continúa trabajando con las actualizadas en el año 2012.

		- Según información del coordinador de Gestión documental, hasta la fecha no han presentado quejas acerca del Talento Humano que colabora en este proceso.
8. visita de seguimiento de auditoria	Días 07 - 08 y 12 de noviembre de 2024: de 10 a.m. a 12 m	En las visitas realizadas hasta la fecha, se ha evidenciado: - La planta física donde está ubicada la oficina de Gestión documental y el archivo central. - Método utilizado para llevar a cabo el archivo de las transferencias primarias, de los documentos de cada archivo de gestión. - Documentos utilizados en el control de los procedimientos. - Documentos que evidencian el cumplimiento de los planes. - Archivos digitalizados donde se almacena toda la documentación: manuales, programas, políticas, planes, etc. de este proceso

8.2. HALLAZGOS EN EL PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL:

1- DESACTUALIZACIÓN DE LAS TABLAS DE RETENCION DOCUMENTAL Y TABLAS DE VALORACIÓN DOCUMENTAL

Condición:

LAS TABLAS DE RETENCION DOCUMENTAL Y TABLAS DE VALORACIÓN DOCUMENTAL, hasta la fecha no han sido actualizadas, razón por la cual, se continúan utilizando las actualizadas en el año 2012.

Criterios:

- ACUERDO No. 001 de 29 de febrero de 2024
- Ley 80 de 1989, el artículo 76, literal b
- Ley 489 de 1998,
- Ley 594 de 2000,
- Decreto 158 de 2022
- Decreto 1080 de 2015, el
- Acuerdo 09 de 2012
- ACUERDO No. 001 de 29 de febrero de 2024

Causa:

- **Las TRD Y LAS TVD Hasta la fecha no han sido actualizadas**, porque en la última revisión realizada por el Concejo Departamental de archivos de la gobernación, **no fueron aprobadas por no presentar los documentos completos conforme a la norma**, lo cual se

CONTROL INTERNO

evidencia en oficio de fecha 30 de noviembre enviado al gerente de la época por el Concejo Departamental de archivos de la gobernación del Cauca.

Efecto:

En el proceso de Gestión documental del Hospital Universitario San José E.S.E., no se está aplicando la normatividad vigente, en razón que hasta la fecha se continúan utilizando las TABLAS DE RETENCIÓN DOCUMENTAL Y TABLAS DE VALORACIÓN DOCUMENTAL DEL AÑO 2012.

Lo anterior origina, que en este proceso no se tengan actualizados los procedimientos, ya que todos estos, están relacionados entre sí, con las tablas de retención documental y tablas de valoración documental. Además, esta situación interfiere especialmente con las transferencias primarias y con toda la organización de los archivos de gestión que deben basarse en la Tabla de Retención Documental debidamente aprobada.

Accesoriamente a lo mencionado, es de resaltar que el proceso de Gestión documental es transversal a todos los procesos institucionales, motivo por el cual el mantener desactualizados estos instrumentos archivísticos por más de doce años las (TABLAS DE RETENCIÓN DOCUMENTAL Y TABLAS DE VALORACIÓN DOCUMENTAL), puede tener presuntamente incidencias Fiscal, disciplinaria y administrativa

Procesos Responsables: Gestión Documental y Planeación

Presunta incidencia: Fiscal, disciplinaria y administrativa

- Recomendación:

- Realizar las diligencias respectivas para obtener los documentos faltantes y exigidos por el Concejo Departamental de archivos de la gobernación conforme a la norma, para lograr que las TRD y TVD sean aprobadas.

2- INCUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA ESTABLECIDO PARA REALIZAR LAS TRANSFERENCIAS DOCUMENTALES PRIMARIAS.

Condición:

En el Informe de seguimiento al plan de transferencias año 2023: se observa que El Indicador: Número de transferencias realizadas (17) en el periodo, sobre número de transferencias programadas (21) de enero a mayo 2023: dio como resultado= 0,81 %. Se evidencia que el número de realizadas es menor que las programadas. Lo anterior debido a que de los seis procesos que estaban pendientes por realizar la transferencia primaria en el segundo trimestre, solo dos procesos la realizaron en el tercer trimestre de acuerdo al plazo establecido y los otros cuatro procesos pidieron un plazo de tiempo de entrega, por lo cual en el cuarto trimestre se evidencia que cuatro procesos hicieron falta en su entrega de su transferencia, lo cual se refleja en la gráfica.

CONTROL INTERNO

Año 2024: a la fecha está pendiente que el proceso de Jurídica termine realizar la transferencia primaria, el plazo para entregar la información está programado hasta noviembre de 2024

El proceso de innovación no ha entregado los documentos para cumplir con la transferencia primaria, en razón a que, por ser este, un proceso relativamente nuevo, los funcionarios de planeación solicitaron se dejara esta documentación en Planeación hasta que se enteren totalmente de este proceso.

Criterios:

Acuerdo 42 de 2002 Archivo General de la Nación

Artículo 2º. Obligatoriedad de la organización de los archivos de gestión. Las entidades a las que se les aplica este Acuerdo, deberán organizar sus archivos de gestión de conformidad con sus Tablas de Retención Documental y en concordancia con los manuales de procedimientos y funciones de la respectiva entidad.

Artículo 3º. Conformación de los archivos de gestión y responsabilidad de los jefes de unidades administrativas. Las unidades administrativas y funcionales de las entidades deben con fundamento en la Tabla de Retención Documental aprobada, velar por la conformación, organización, preservación y control de los archivos de gestión, teniendo en cuenta los principios de procedencia y orden original, el ciclo vital de los documentos y la normatividad archivística. El respectivo Jefe de la oficina será el responsable de velar por la organización, consulta, conservación y custodia del archivo de gestión de su dependencia, sin perjuicio de la responsabilidad señalada en el numeral 5 de la Ley 734 de 2002 para todo servidor público.

Artículos 8º y 9º de la Ley 594 de 2000.

Causa:

Los coordinadores de algunos procesos, no cumplieron con el cronograma establecido para el traslado de documentos de sus Archivos de Gestión al Archivo Central, para su conservación preventiva, según los tiempos de retención establecidos en las Tablas de Retención.

Efecto:

6. Las transferencias primarias deberán efectuarse de conformidad con lo estipulado en la Tabla de Retención Documental. Para ello el jefe del archivo central, elaboró un cronograma de transferencias, diligenciando el formato único de inventario, regulado por el Archivo General de la Nación.

El no cumplimiento de las transferencias primarias, por parte de los coordinadores de algunos procesos, está colocando en riesgo la información contenida en los documentos que se generan en

CONTROL INTERNO

cada archivo de gestión, por posible pérdida de la información física, por no adherencia al procedimientos de gestión documental porque “El respectivo Jefe de la oficina será el responsable de velar por la organización, consulta, conservación y custodia del archivo de gestión de su dependencia, sin perjuicio de la responsabilidad señalada en el numeral 5 de la Ley 734 de 2002 para todo servidor público”.

Procesos Responsables: Gestión Documental, Jurídica, Vigilancia y Control de contratos y proceso de Innovación.

Presunta incidencia: disciplinaria y administrativa

Recomendación:

- Se recomienda adoptar las medidas necesarias para que cada proceso cumpla con el cronograma establecido para realizar las transferencias primarias.
- Requerir a los procesos que todavía no han realizado transferencias de vigencias anteriores y velar para que den cumplimiento al cronograma establecido y dar cumplimiento al ciclo vital de los documentos según a las TRD
-

3- FALTA DE CULTURA EN LA POLITICA DE CONSUMO DE CERO PAPEL:

Condición:

En las conclusiones de la tabla Matriz de seguimiento a indicadores institucionales procesos asistenciales (26 de Octubre de 2023), se menciona que no hay cultura en el manejo de la Política de Cero Papel.

Criterios:

Circular Externa 5 de 2012 Archivo General de la Nación

Resolución No. 0621 de 2014. “Por medio de la cual se adopta la Política de Cero Papel del Hospital Universitario San José E.S.E. de Popayán”

El Decreto 2150 de 2017 en Colombia, regula la facturación electrónica en el país. Si bien el decreto no hace mención explícita a la iniciativa “Cero Papel”, está directamente relacionado con el objetivo de reducir el uso de papel en los procesos administrativos y promover la digitalización de documentos.

Causa:

La No adherencia a la Política de Cero Papel y el uso reducido de las herramientas tecnológicas para el manejo de las comunicaciones oficiales internas y externas (APLICATIVO DOCUNET WEB)

Efecto:

Dirección: Carrera 6 # 10N – 142 Popayán – Cauca
Email: GESCONTROL@HOSPITALSANJOSE.GOV.CO
Líneas de atención: 6028234508 EXT. 115
Oficina de atención al usuario: 6028234508 EXT. 202
www.hopitalsanjose.gov.co

CONTROL INTERNO

La no adherencia a la Política de Cero Papel y la poca utilización de medios electrónicos para la tramitación de documentos y trámites administrativos, puede generar inseguridad en el manejo de la información, por posible pérdida y duplicidad de documentos, aumentar los tiempos de organización y las necesidades de espacio y almacenamiento en el archivo central.

Asimismo, va en contravía con la **visión y principio institucional de responsabilidad social y ambiental de esta institución** y con los principios de las organizaciones que buscan ser más amigables con el medio ambiente al eliminar el uso del papel dentro de las operaciones rutinarias.

Procesos Responsables: Gestión documental y todos los procesos que no se adhieren a la Política de Cero Papel y los procesos que se han determinado como mayores consumidores de papel.

Presunta incidencia: disciplinaria y administrativa.

Recomendaciones:

- Establecer otros planes, estrategias y/ o campañas para lograr que cada proceso se adhiera y de cumplimiento a los lineamientos de la política de consumo de Cero Papel y se incremente la utilización de medios electrónicos para la elaboración de documentos y trámites administrativos.
- Realizar con mayor frecuencia: programación y ejecución de capacitaciones sobre la política de consumo de Cero Papel, en todos los procesos de la institución.
- Adoptar las medidas pertinentes, para que los coordinadores de los servicios en los cuales se consume mucho papel, se comprometan con el consumo responsable de papel y la utilización de los medios electrónicos disponibles, para la realización de documentos.

4- DESACTUALIZACIÓN DEL PROGRAMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL - PGD.

Condición:

Este manual se encuentra desactualizado, ya que la última revisión fue en el año 2019. EL contenido y conceptos del Direccionamiento Estratégico, corresponden a los conceptos formulados en la anterior administración anterior.

No se ha dado cumplimiento a las metas a corto, mediano y largo plazo que se presentaron como propuesta en el año 2019, especialmente en lo referente a la actualización de las tablas de Retención Documental - TRD y actualización de las tablas de valoración Documental- TVD, las cuales según el Acuerdo 004 de 2013 define las Tablas de Retención Documental y las Tablas de Valoración Documental como instrumentos archivísticos que reflejan el valor primario y secundario de los documentos de la entidad, a través de cuya implementación se busca garantizar la protección de la información pública y del patrimonio documental.

CONTROL INTERNO

Criterios:

-Ley 594 de 2000 del AGN

Acuerdo 004 de 2013

Decreto 2609 de 28 de diciembre de 2012

Norma ISO 9001 Sistema de Gestión de Calidad.

Efecto:

“Decreto 2609 de 2012 Artículo 10. *Obligatoriedad del programa de gestión documental.* Todas las entidades del Estado deben formular un Programa de Gestión Documental (PGD), a corto, mediano y largo plazo, como parte del Plan Estratégico Institucional y del Plan de Acción Anual”.

Las tablas de retención documental y las tablas de valoración documental son instrumentos archivísticos necesarios para la adecuada gestión de los documentos y archivos del Estado, sin los cuales no es posible disponer de archivos técnicamente organizados.

La eliminación de documentos de archivo, tanto físicos como electrónicos, deben estar basada en las tablas de retención documental o en las tablas de valoración documental.

De lo anterior se deduce que el Archivo de la institución no está organizado conforme a la normatividad vigente.

Procesos Responsables: Gestión documental, planeación

Presunta incidencia: disciplinaria y administrativa.

Recomendaciones:

- Revisar las metas a corto, mediano y largo plazo que se presentaron como propuesta en el año 2019 y que hasta el momento, no se les ha dado cumplimiento por diversas razones, especialmente las metas de actualización de las tablas de Retención Documental - TRD y tablas de valoración Documental y banco terminológico de series y subseries documentales y realizar los trámites pertinentes ante la gerencia, para buscar el apoyo y lograr estas metas.
- Inmediatamente la oficina asesora de Planeación socialice el Plan de Desarrollo y las nuevas definiciones del Direccionamiento Estratégico, se debe iniciar con la actualización de la MISION, VISIÓN, OBJETIVOS INSTITUCIONALES, MAPA DE PROCESOS, VALORES, ETC.

CONTROL INTERNO

7. ASPECTOS PARA COMPLEMENTAR EL PROGRAMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

7.1 METAS A CORTO PLAZO

- Actualizar procedimientos para el manejo de la gestión documental incorporando los documentos electrónicos y digitales; teniendo en cuenta la normatividad vigente expedida por el AGN.
- Continuar con el procedimiento de las transferencias documentales primarias según la TRD.
- Iniciar el procedimiento de eliminación documental de aplicación de Tablas de Retención, siguiendo los lineamientos establecidos por la normatividad vigente.
- Realizar las observaciones en las TVD realizadas por el Consejo Departamental de Archivos para su posterior convalidación y aplicación.
- Elaboración y socialización de Cronograma de Capacitaciones
- Capacitación y reintroducción del personal de planta y contratista en el manejo de la Gestión Documental.

7.2 METAS A MEDIANO PLAZO

- Realizar la actualización de las TRD teniendo en cuenta la normatividad vigente y la modificación del organigrama y el mapa de procesos institucional e incorporando las series documentales electrónicas.
- Elaborar el banco terminológico de tipos, series y sub series documentales.

CONTROL INTERNO

- Capacitar a los funcionarios y contratistas para la aplicación de la Gestión Documental y el manejo de las herramientas tecnológicas.
- Aplicar las TRD actualizadas y realizar seguimiento.
- Capacitación y reinducción del personal de planta y contratista en el manejo de la Gestión Documental.

METAS A LARGO PLAZO.

- Aplicación de las Tablas de Valoración Documental.
- Gestionar reubicación del archivo administrativo teniendo en cuenta las especificaciones técnicas citadas por el AGN.
- Gestionar el proyecto de digitalización de la Historia Clínica y del archivo central velando por su conservación, teniendo en cuenta la circular 005 de 2012 del AGN.
- Elaborar el procedimiento para la gestión de documentos electrónicos, que incluya todos los tipos de información enunciados en el artículo 2 del Decreto 2609 de 2013 AGN.
- Implementar la Política Cero Papel donde se incluya la utilización de las herramientas tecnológicas y el uso racional del papel.
- Capacitación y reinducción del personal de planta y contratista en el manejo de la Gestión Documental.

8. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

se anexa cronograma de actividades.

9. Presupuesto para la Gestión Documental

destinación de recursos para dar cumplimiento a la Ley 594 de 2000.

CONTROL INTERNO

Hay fechas desactualizadas:

En los últimos 6 años, se han desarrollado la ejecución de proyectos económicos en torno a Gestión Documental en los siguientes aspectos:

- Elaboración de las Tablas de Retención,
- Adquisición de software "DOCUNET" para la recepción, radicación y control de las comunicaciones oficiales internas y externas.
- Elaboración de las Tablas de Valoración Documental.
- Implementación de la Historia Clínica Electrónica DGH.
- Adecuación de las instalaciones de almacenamiento de la Historia Clínica.
- Adecuación depósito de Archivo Central de la Institución.

5.2.4 Tablas Retención Documental

Las tablas de retención documental (TRD), son una herramienta en el proceso de Gestión de la Información y Comunicaciones, Subproceso de Archivo y Correspondencia del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.

Esta herramienta contienen el listado de series y subseries con sus correspondientes tipos documentales a los cuales se les fijan un tiempo de ciclo vital de permanencia de acuerdo a los criterios de los procesos administrativos y asistenciales del Hospital teniendo en cuenta la normatividad en cada uno de los campos de acción.

Es de anotar que en el año 2019 se iniciara con la actualización de las TRD teniendo en cuenta que se deben incluir las series documentales electrónicas, la modificación del organigrama y el mapa de procesos del Hospital, y la circular 003 de 2015 del AGN

5- ESTADO ACTUAL DE LAS INSTALACIONES DEL ARCHIVO CENTRAL

-Se han intervenido los fondos acumulados aproximadamente en un 90%, que se encuentran debidamente encajados y ubicados en el espacio disponible del archivo central.

-Los fondos acumulados restantes se encuentran en su estado natural.

-No se dispone de espacio, ni de estantería suficiente para poder ubicar tanto las transferencias documentales realizadas en las vigencias 2022-2023, ni los fondos acumulados intervenidos en la actualidad.

Recomendaciones:

Realizar las diligencias pertinentes ante la gerencia, para lograr la compra de los elementos faltantes y así poder organizar el archivo según la normatividad vigente.

CONTROL INTERNO

6- PLANTA FISICA DE LAS INSTALACIONES DE GESTION DOCUMENTAL Y ARCHIVO.

Observaciones: factores de riesgo:

- El depósito de archivo se encuentra ubicado en el sótano, contiguo se encuentra la planta eléctrica de la institución y la caldera, en el primer piso cerca al archivo se encuentra las instalaciones de la cocina y de la lavandería: los cuales son factores de riesgo de incendio, lo que puede provocar perdida de toda la información física de los archivos de la institución.
- Después del patio contiguo al archivo, corre el rio Ejido, que en épocas de lluvia tiende a elevar su nivel e inundar partes muy cercanas al archivo: este factor también puede causar perdida de toda la información física de los archivos.
- La oficina del archivo central: no dispone de buena ventilación, iluminación y aireación.
- **Recomendación:**
- Realizar las diligencias pertinentes ante la gerencia, para estudiar la posibilidad de reubicar las instalaciones de archivo Central.

Generó plan de mejoramiento: Si ☒ No ☐	
ELABORADO POR: <i>MARIA ARIELA AMPARO MUÑOZ</i> MARIA ARIELA AMPARO MUÑOZ ENFERMERA ESPECIALISTA GR. 1	APROBADO POR: <i>VICTOR FABIO GOMEZ FRANCO</i> VICTOR FABIO GOMEZ FRANCO JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO
FECHA DE APROBACION: 03 de febrero de 2025	