



Gobernación del
MAGDALENA



E.S.E HOSPITAL LOCAL
EL RETÉN
DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA



**PINAR
VERSIÓN
IV**

**PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVOS – PINAR
2025 – 2028**



E.S.E. HOSPITAL LOCAL EL RETEN



PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVOS – PINAR 2025 – 2028

VERSION IV



Gobernación del Magdalena

EL RETÉN, MAGDALENA 2025

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE IMÁGENES.....	4
LISTA DE TABLAS	4
INTRODUCCIÓN	5
1. CONTEXTO ESTRATÉGICO.....	7
2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL ARCHIVÍSTICA.....	22
2.1. Matriz DOFA (Debilidades, Oportunidades, Fortalezas, Amenazas).....	23
2.2. Partes Interesadas	24
2.3. Ejes articuladores	28
2.4. Aspectos Críticos del estado actual de la función archivística de la E.S. E. El Hospital El Retén	31
2.5. Valoración y priorización de aspectos críticos	33
3. MISIÓN Y VISIÓN ESTRATÉGICA ARCHIVÍSTICA	36
4. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS ARCHIVÍSTICO	37
5. FORMULACIÓN DE PLANES Y PROYECTOS	39
5.1. Plan de Elaboración de Instrumentos Archivísticos	39
<i>Fuente: Modelo del AGN Colombia</i>	<i>43</i>
5.2. Proyecto para la implementación de un Sistema de gestión de documentos electrónicos SGDEA.....	44
<i>Fuente: Modelo del AGN Colombia</i>	<i>45</i>
5.3. Plan de acción para Implementación de la ventanilla única de radicación	45
5.5. Plan de acción para adecuación y mejora de los depósitos de archivos	47
5.6. Plan de acción diseño y creación de los documentos institucionales.....	49
5.7. Plan de acción propuesta para crear nuevo cargo personal de archivo	50
5.8. Hoja de Ruta	51
Imagen 3. Hoja de Ruta.....	51
5.9. Control y Seguimiento	51
6. BIBLIOGRAFÍA	52

LISTA DE IMÁGENES

Imagen 1. Organigrama Hospital de El Retén.....	9
Imagen 2. Mapa de procesos E.S.E Hospital local El Retén.....	20
Imagen 3. Hoja de Ruta.....	51

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Matriz DOFA Factores internos y externos de los archivos E.S.E Hospital Local El Retén, Magdalena.....	23
Tabla 2. Matriz de identificación partes interesadas E.S.E Hospital local El Retén...	25
Tabla 3. Ejes articuladores y criterios de evaluación.....	28
Tabla 4. Aspectos críticos, función archivística.....	31
Tabla 5. Valoración y priorización de aspectos críticos.....	33
Tabla 6. Aspectos críticos priorizados.....	35
Tabla 7. Objetivos estratégicos.....	37
Tabla 8. Plan de acción implementación de procesos archivísticos.....	40
Tabla 9. Proyecto para la implementación de un SGDEA	44
Tabla 10. Plan de acción para Implementación de la ventanilla única de radicación...	45
Tabla 11. Plan de acción para la sensibilización de la importancia de los archivos en la entidad.....	47
Tabla 12. Plan de acción para adecuación y mejora de los depósitos de archivos....	48
Tabla 13. Plan de acción diseño y creación de los documentos institucionales.....	49
Tabla 14. Plan de acción propuesta nuevo cargo personal de archivo.....	50

INTRODUCCIÓN

La **E.S.E HOSPITAL LOCAL EL RETÉN**, en cumplimiento de la Ley 594 ley General de archivo de 2000, establece en su Artículo 4º los principios generales. *“...Los principios generales que rigen la función archivística son los siguientes: a) Fines de los archivos. El objetivo esencial de los archivos es el de disponer de la documentación organizada, en tal forma que la información institucional sea recuperable para uso de la administración en el servicio al ciudadano y como fuente de la historia; Por lo mismo, los archivos harán suyos los fines esenciales del Estado, en particular los de servir a la comunidad y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución y los de facilitar la participación de la comunidad y el control del ciudadano en las decisiones que los afecten, en los términos previstos por la ley...”*

Por consiguiente y en concordancia con el Decreto 1080 de 2015, Artículo 2.8.2.5.8. Instrumentos archivísticos para la gestión documental, ítems d) Plan Institucional de Archivos de la Entidad (PINAR) y el Acuerdo No. 001 de 2024 Artículo 1.2.4. Instrumentos archivísticos para la planeación de la función archivística. Para la armonización de la planeación de la función archivística con la planeación estratégica institucional, los sujetos obligados deben formular, actualizar e implementar el Plan Institucional de Archivos – PINAR, el Programa de Gestión Documental – PGD con sus programas específicos y los planes del Sistema Integrado de Conservación.

Teniendo en cuenta lo anterior, y para dar cumplimiento con la normatividad archivística exigida por el Archivo General de la Nación-AGN, el Hospital Local el Retén, ha previsto el compromiso y la responsabilidad de actualizar e implementar el Plan Institucional de Archivo-PINAR, para la vigencia 2025-2029, como el instrumento estratégico en la planeación, seguimiento y control armonizado con el desarrollo de una cultura archivística basada en los procesos y lineamientos de la Gestión Documental que determine garantizar el acceso a la información, salvaguardar los derechos de los

ciudadanos y apoyar el desarrollo de políticas que mejoren la eficacia y eficiencia en el servicio al ciudadano de la entidad.

Se hizo necesario para la formulación del Plan Institucional de Archivo, metodología propuesta por el Archivo General de la Nación que permitiera la identificación de los aspectos: administrativos, económicos, técnicos y tecnológicos en materia de archivos al interior del Hospital; revisando y evaluando la situación actual y los factores críticos para formular con claridad los objetivos de los planes, programas y proyectos relacionados con la Gestión Documental, teniendo en cuenta las necesidades, debilidades, riesgos y oportunidades de la entidad.

Por lo tanto, con la apropiación de la alta dirección y los recursos necesarios cumplir con los objetivos y las metas establecidas en el plan estratégico institucional y los planes de acción para la atención oportuna de los ciudadanos y la conservación del patrimonio documental de la E.S.E Hospital El Retén.

1. CONTEXTO ESTRATÉGICO

Los mecanismo del contexto estratégico, son orientaciones y lineamientos basados en las políticas vigente de nuestro país para el control y la gestión de los documentos institucionales que trascienden niveles de armonización junto a los planes, programas y proyectos que se adecuen a los grupos de interés a los cuales sirven fruto de su misión.

Teniendo en cuenta estos aspectos, la Gestión documental, como proceso transversal, tiene un alcance significativo en los objetivos estratégicos y de calidad en la información y los sistemas de archivos del Hospital, mecanismos para la rendición de cuentas, transparencia y el acceso a la información de sus usuarios, por lo tanto el Plan Institucional de Archivos-PINAR, contribuye a la planeación, organización y administración de los documentos corporativos.

RESEÑA DE LA E.S.E HOSPITAL EL RETÉN

“En el Informe técnico del estado en que se recibió la E.S.E. Hospital Local El Reten, del municipio de El reten en el departamento del magdalena”, la gerente Saray Soraya Terán Puello, afirma que La E.S.E Hospital Local de El Reten, hace parte de las Empresas Sociales del Estado, entidad pública descentralizada del orden Departamental del Magdalena, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, es una institución prestadora de servicios de salud, como servicio público a cargo del Estado, correspondientes al primer nivel de atención, bajo el régimen jurídico previsto en el capítulo III, artículo 194, 195 y 197 de la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, en materia contractual será regida por derecho privado, adscrita al sistema municipal de seguridad social de salud.

El objetivo social está enmarcado en la prestación de los servicios de salud de primer nivel, teniendo como jurisdicción el Municipio de El Reten Magdalena, en cumplimiento del mencionado objeto, promoverá y ejecutará actuaciones tendientes a la promoción, fomento y conservación de la salud, prevención, tratamiento y

recuperación de la enfermedad en la baja complejidad.

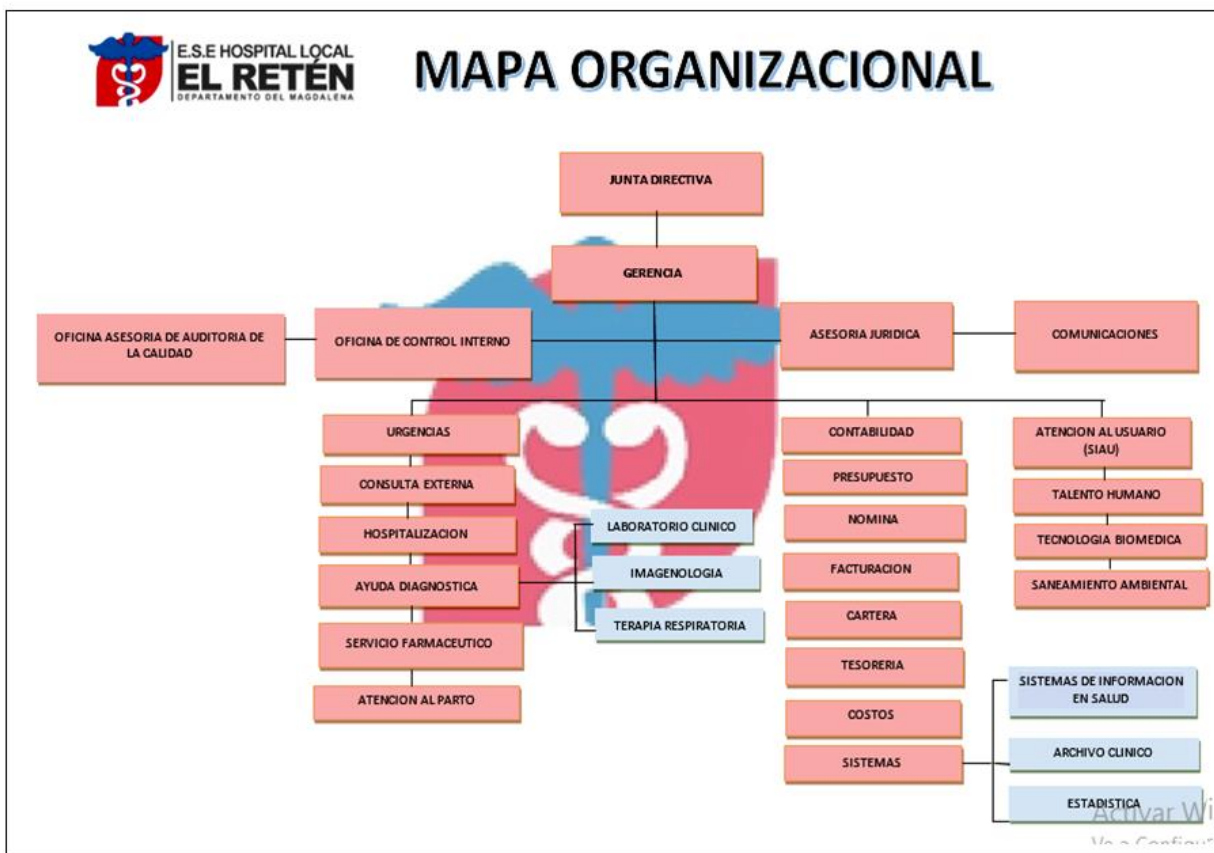
En el mismo sentido, es menester indicar que la E.S.E. está identificada con el NIT. 819.001.796-1, perteneciente a la red hospitalaria de prestación de servicios de salud del Departamento del Magdalena y a la subregión Norte (Terán Puello, 2020-2023 pág.4-5).

A partir del 30 de diciembre de 1996, se constituye como una Empresa social del Estado por Decreto 1095 expedido por la Gobernación Del Magdalena.



1. Informe Técnico del estado en que se recibió la E.S.E. Hospital Local El Retén, del municipio de El Retén en el departamento del Magdalena,
https://magdalena.micolombiadigital.gov.co/sites/magdalena/content/files/000796/39780_el-reten.pdf

Imagen 1. Organigrama Hospital de El Retén



Fuente: Oficina asesoría de la calidad, hospital El Retén.

MISIÓN

Somos una Empresa Social Del Estado que ofrece servicios de atención en salud garantizando a todas las personas el acceso a los servicios de prevención, promoción, protección y recuperación de la salud con eficiencia, calidad, seguridad y oportunidad, contamos con un capital humano calificado, formado en valores, y atención humanizada, siendo responsables con el medio ambiente y la optimización de recursos, comprometidos con la mejora continuo para la prestación eficiente de un servicio orientado a hacia la satisfacción del usuario y sus familias.

VISIÓN

En el 2024 seremos reconocida como una Empresa Social Del Estado que ofrece servicios oportunos y de calidad, fundamentados en su equipo humano e infraestructura tecnológica, La ESE Hospital Local De Reten fijará como propósito fortalecer los servicios habilitados con reconocimiento servicios prestados con responsabilidad Social, humanizados, gestión administrativa y financiera sostenible, y preservación del ambiente en beneficio de nuestros usuarios y sus familias.

VALORES INSTITUCIONALES

Orientación al usuario: El hospital actuará en todo momento en función de satisfacer las necesidades y expectativas del usuario en materia de servicios de salud, impulsando una atención y trato personalizados.

Diligencia: Los funcionarios cumplirán con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a su cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos.

Eficacia: La actuación de los funcionarios del Hospital se orientará hacia la adopción de decisiones que garanticen el mejor resultado, concreción de logros que afecten los servicios de salud que se prestan al usuario.

Eficiencia: Los funcionarios del Hospital actuarán responsablemente con el uso de los recursos para lograr los mejores resultados, reconociendo que los recursos son limitados, y eligiendo entre alternativas que pueden suministrar el mayor beneficio.

Innovación: El Hospital y los funcionarios de este, deberán tener orientación a fomentar y crear nuevas ideas imprimiendo creatividad e imaginación lo que nos permitirá mejorar y fortalecer nuestra competitividad y liderazgo.

Honestidad: Nos comprometemos en actuar y desarrollar nuestra misión en un ambiente de transparencia, de cara a la verdad y en cumplimiento a la ley.

Respeto: Propiciamos el respeto a la persona, reconocimiento y compromiso al valor de la diversidad de ideas y puntos de vista de los colaboradores, de los usuarios y sus familias. Tenemos especial preocupación por aquellos que se encuentran en estado de vulnerabilidad.

Trabajo En Equipo: Fomentamos la colaboración al interior del hospital, con la red asistencial y la comunidad respetando y valorando nuestras diferencias, fortaleciendo las relaciones interpersonales y priorizando el éxito del equipo por encima del éxito individual.

Compromiso: Trabajamos comprometidos más allá de nuestro simple deber, generando siempre nuestro mayor esfuerzo consecuentes a la capacidad de la entidad.

Ética: Los funcionarios del Hospital sostendrán una conducta transparente, honesta y preocupada por la dignidad de todas las personas con las que se interactúa.

Vocación De Servicio: Los funcionarios del Hospital actuarán de manera solidaria y con un accionar desinteresado inclinándose a brindar en todo instante colaboración y/o ayuda.

Justicia: Todos los funcionarios actuarán con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.

Calidad: La orientación hacia la calidad nos exige procedimientos para evaluar la eficiencia, la efectividad y la seguridad de las intervenciones preventivas, de apoyo y curativas. Actuaremos aplicando nuestro recurso maximizando los beneficios de salud con el mínimo riesgo, y la máxima satisfacción del paciente con el proceso.

Confianza: Entregaremos esperanza y seguridad en nuestro actuar.

PRINCIPIOS INSTITUCIONALES

Compromiso En El Servicio: desarrollamos y mantenemos una destacada actitud de servicio frente a los usuarios y sus familiares, buscando soluciones eficaces

que contribuyan a la mejora continua reflejadas en la satisfacción de la asistencia generada por nuestro personal.

Transparencia Institucional: buscamos dar cumplimiento a nuestra misión y visión corporativa, con apego y cumplimiento a los valores éticos que, permitan generar un ambiente transparente y una relación de mutuo beneficio entre usuarios, familiares y partes interesadas.

Movilizadores De Cambio: Como institución sabemos que nuestras acciones no solamente pueden quedar trazadas en nuestro compromiso de trabajo cotidiano, es por ello que procuramos llevar soluciones innovadoras haciendo uso de la capacidad institucional.

Compromiso con la calidad: Nos comprometemos con el logro de los mejores resultados a través de la prestación de nuestros servicios, desplegando una gestión efectiva, eficiente y oportuna de nuestros procesos y recursos.

Responsabilidad social: A través de nuestro servicio, nos comprometemos con el desarrollo, el bienestar y el mejoramiento de la calidad de vida de nuestros funcionarios y las partes interesadas, apoyados en acciones responsables.

Armonía con el medio ambiente: Nos comprometemos en que nuestras acciones estén ligadas en respetar, preservar y conservar un medio ambiente sano y saludable.

OBJETIVOS INSTITUCIONALES

El objeto de la ESE Hospital Local Del Reten, es la prestación de servicios de salud en el primer nivel de complejidad servicio que será ofrecido en el marco del Sistema de Seguridad Social en Salud. Es por ello que la entidad desarrollará acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud (Artículo 4 del Acuerdo 001-2007).

Bajo este propósito institucional la ESE Hospital del Reten enmarca sus objetivos, los cuales son:

- ❖ Asegurar y aumentar los niveles de satisfacción, oportunidad y calidez en la prestación del servicio.
- ❖ Prestar servicios de salud seguros y eficientes minimizando los riesgos para el paciente y su familia.
- ❖ Fortalecer la gestión del talento humano enfocados en el trato digno con vocación de servicio.
- ❖ Asegurar la sostenibilidad financiera y desarrollo institucional generando rentabilidad económica y social.
- ❖ Optimizar la capacidad instalada para asegurar la prestación del servicio.

POLÍTICAS INSTITUCIONALES

Dentro del Plan De Desarrollo Institucional *“la salud del Reten Nuestro compromiso”*. Se establecen las Políticas Institucionales que permite el alcance de los Objetivos trazados en el presente documento.

POLÍTICA DE SERVICIOS. La institución presta servicios de salud de primer nivel de forma oportuna y pertinente basada en estándares de calidad con un enfoque humanizado, seguro y con compromiso social.

Objetivos

- ❖ Brindar servicios de salud sin barreras de Acceso.
- ❖ Fortalecimiento del programa de seguridad del paciente e implementación del mismo en todos los procesos.
- ❖ Diseñar estrategias que permita brindar una adecuada orientación a los usuarios que acceden a la institución.
- ❖ Sensibilizar al recurso humano para propender por un trato digno y humanizado durante la prestación del servicio de salud.

- ❖ Concientizar el talento humano institucional en la necesidad de aportar conocimiento y experiencia al personal en formación.
- ❖ Mejorar la calidad del dato y reporte de todos los eventos de notificación de vigilancia epidemiológica.

CALIDAD

La E.S.E Hospital Local del Reten, está comprometida con el mejoramiento continuo para lograr la satisfacción de los usuarios externos, su red de apoyo y usuarios internos, a través de la prestación de sus servicios integrales de salud orientados en un modelo de gestión y atención centrado en el usuario y su familia, basado en altos estándares de calidad.

Objetivos

- ❖ Avanzar en la implementación del Sistema Único de Acreditación.
- ❖ Fortalecer todos los procesos a partir del mejoramiento continuo.
- ❖ Crear estrategias para lograr una cultura de calidad.
- ❖ Aplicar los atributos de calidad en todos los procesos institucionales.

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - SST

La Gerencia de la Hospital Local del Reten, en su actividad de prestación de los servicios de salud, se compromete con la implementación de un Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para la gestión de los riesgos laborales, que cubre todos sus centros de trabajo, sus trabajadores independientes de su forma de contratación o vinculación, incluyendo los contratistas y subcontratistas.

Objetivos

- ❖ Identifica los peligros, evaluar y valorar los riesgos y establecer los respectivos controles.

- ❖ Protege la seguridad y salud de todos los trabajadores, mediante la mejora continua del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.
- ❖ Cumple la normatividad nacional vigente aplicable en materia de riesgos laborales.
- ❖ Define y asigna los recursos financieros, técnicos y humanos necesarios para el diseño, implementación y mejora del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- ❖ Desarrolla permanentemente actividades de prevención de accidentes de trabajo, enfermedades laborales y promoción de la salud.
- ❖ Involucra los aspectos de Seguridad y Salud en el Trabajo en los sistemas de gestión, procesos, procedimientos y decisiones en el Hospital.

SEGURIDAD DEL PACIENTE

La gerencia se compromete a dar continuidad al programa de seguridad del paciente; con el objetivo de garantizar la prestación de los servicios con seguridad y calidad; basados en la identificación de riesgos, implementación de prácticas seguras que garanticen aprendizaje organizacional, cultura de seguridad y mejoramiento continuo de los procesos que fomenten la prevención de la ocurrencia de eventos adversos involucrando a funcionarios, paciente y red de apoyo.

Objetivos

- ❖ Fortalecer los programas de capacitación al cliente interno para identificar y prevenir la ocurrencia de eventos adversos en la organización.
- ❖ Motivar al cliente interno para continuar con la cultura de identificación y reporte de eventos e incidentes. - Articular los procesos misionales y administrativos a través de auditorías concurrentes para identificar, gestionar y minimizar la ocurrencia de eventos.

- ❖ Fortalecer la evaluación de adherencia a guías, protocolos y procedimientos al personal asistencial y administrativo que garanticen prácticas seguras.

AMBIENTAL

La E.S.E Hospital Local del Retén, reconoce la relación existente entre la salud y el medio ambiente, por lo que se compromete a través del desarrollo de buenas prácticas ambientales con la prevención y mitigación de los impactos generados en la prestación de los servicios de salud; promoviendo el mejoramiento continuo, la sostenibilidad y salud ambiental en cumplimiento de la normatividad vigente.

Objetivos

- ❖ Fortalecer las estrategias institucionales que sensibilicen al usuario interno y externo sobre el ahorro de recursos, manejo de residuos y sustancias químicas.
- ❖ Diseñar programas que fomenten la sostenibilidad ambiental en la institución y en el municipio.
- ❖ Realizar seguimiento y autoevaluaciones que promuevan el mejoramiento continuo y la mitigación de los riesgos generados de la prestación de servicios de salud.
- ❖ Aportar a la implementación de las políticas ambientales del Departamento.

HUMANIZACIÓN

La E.S.E Hospital Local de El Retén, como entidad prestadora de servicios de salud se compromete a instaurar e implementar la política de atención humanizada en salud, enfocada hacia el servicio integral del usuario y su familia, ofreciendo una asistencia con calidez humana que responda a sus necesidades y expectativas físicas, psicológicas, sociales, emocionales, culturales y espirituales; donde todo el personal de salud, brinde un trato amable, cálido y de respeto hacia la confidencialidad, la dignidad, fundamentados en los derechos y deberes de los pacientes sus familias y los funcionarios, con condiciones laborales justas.

- ❖ Generar desde el equipo directivo de la institución espacios laborales dedicados a la capacitación y sensibilización del personal.
- ❖ Conformar grupo de líderes que se comprometan y que representen a cada área del hospital y contribuyan al tema de humanización.
- ❖ Articular las estrategias de humanización con todos los procesos, para mejorar la prestación de los servicios y el clima laboral.
- ❖ Socializar y medir adherencia del programa de humanización institucional.

TIC's

La E.S.E Hospital Local de El Retén, se compromete a gestionar los recursos tecnológicos y físicos necesarios garanticen la integralidad de la atención institucional, la adecuada operación de los procesos y el cumplimiento de las metas establecidas, así mismo fomentar desde los lineamientos estratégicos el disponer de quipos, dispositivos médicos y tecnologías seguras, eficientes y efectivas acordes con el nivel de complejidad de la ESE, apoyando la prestación de servicios asistenciales de calidad.

Objetivos

- ❖ Realizar mantenimiento preventivo y correctivo en los equipos tecnológicos y biomédicos, identificando los que están deterioro o que requieran cambio.
- ❖ Adquirir herramientas tecnológicas de acuerdo a la normatividad vigente que permita aumentar la calidad de la prestación de servicios buscando satisfacer las necesidades de la comunidad.
- ❖ Promover el adecuado uso de la tecnología nueva y usada, para prestar una atención segura y optimizar la vida útil de los equipos
- ❖ Implementar un sistema de historias clínicas que nos permita tener una información más clara.

RECURSOS HUMANOS

La E.S.E Hospital Local del Retén, se compromete a promover el bienestar de sus colaboradores a través del fortalecimiento de los programas de capacitación, seguridad y salud en el trabajo, y aquellos que sean necesarios para fortalecer el capital humano; contribuyendo al desarrollo institucional.

Objetivos

- ❖ Establecer el plan de capacitaciones institucional por perfiles y competencias, armonizado con el mapa de procesos.
- ❖ Fortalecer el programa de humanización y rediseñar sus estrategias beneficiando al usuario externo e interno.
- ❖ Diseñar herramientas de medición para evaluar y/ o medir el avance del proceso de Talento Humano.
- ❖ Fortalecer los subprocesos de selección, inducción, reinducción, evaluación de desempeño, clima laboral y bienestar social.
- ❖ Mejorar las condiciones de trabajo con la implementación del sistema de seguridad y salud en el trabajo.

POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO

La E.S.E. Hospital Local de El Retén, se compromete a establecer parámetros y controles de manera sistemática para la gestión integral de los riesgos administrativos, financieros y asistenciales determinando estrategias para la administración del riesgo que prevengan su materialización.

Objetivos

- ❖ Identificar riesgos en cada proceso de la institución para minimizar su

materialización evitando acciones legales y judiciales.

- ❖ Capacitar al usuario interno en la gestión integral del riesgo para establecer controles que permitan cumplir con los objetivos institucionales.

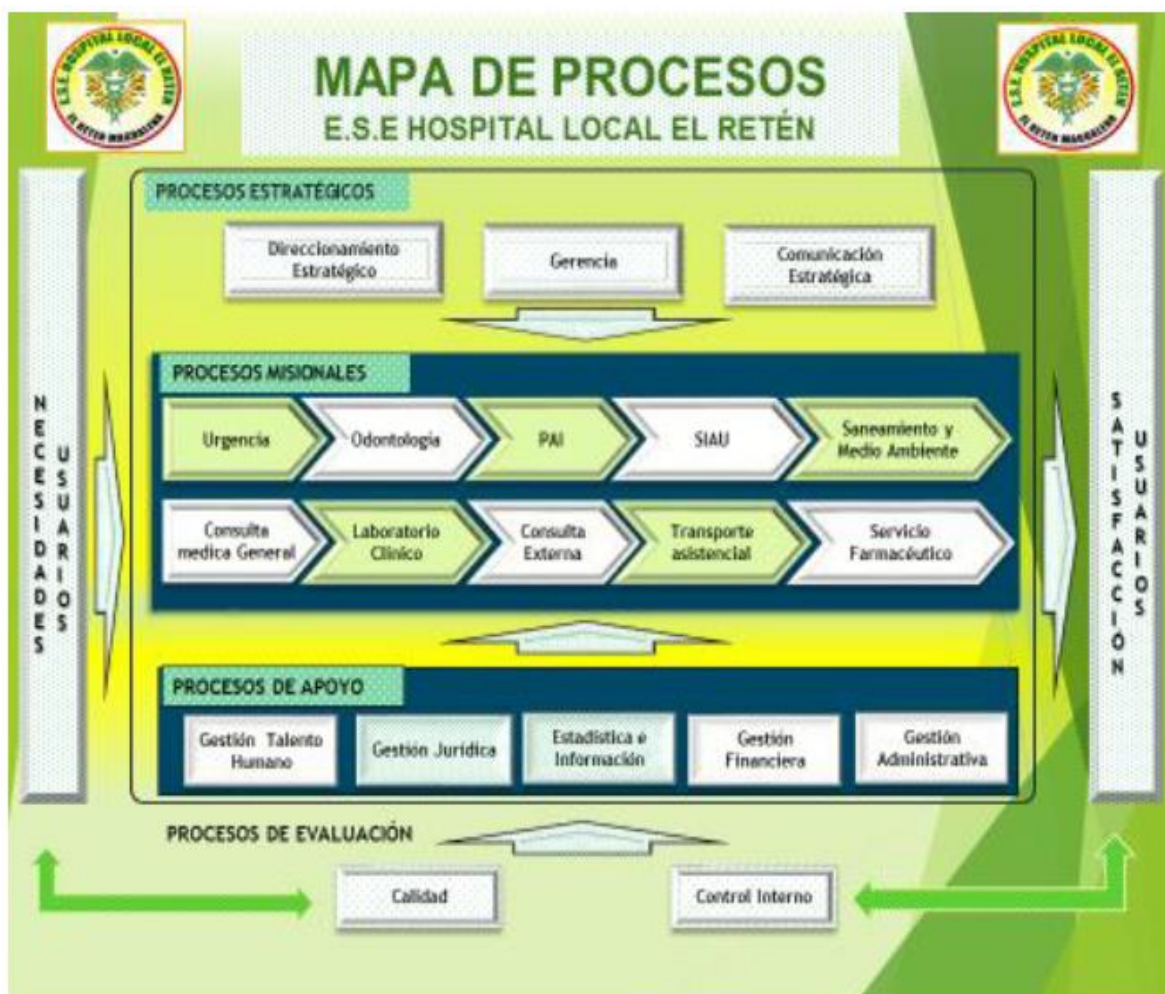
FINANCIERA

La Institución se compromete a gestionar la sostenibilidad financiera a través de controles permanentes y auditorías a los sistemas de información garantizando liquidez, rentabilidad económica y social, con eficiencia, eficacia, razonabilidad y oportunidad en el flujo de información para la óptima prestación de servicios de salud.

Objetivos

- ❖ Mejorar el sistema de contratación con EAPB y entes gubernamentales en cuanto a cobertura de servicios y ajuste de tarifas, así como comercializar nuestros servicios a otras entidades del área de influencia.
- ❖ Garantizar la facturación total de los servicios prestados y su radicación, así como la calidad de la misma, a fin de reducir los porcentajes de glosas y devoluciones.
- ❖ Reducir los tiempos de respuesta de Glosa y devoluciones acorde a lo establecido en el Decreto 4747 de 2007
- ❖ Depurar en su totalidad los saldos de cartera para establecer un registro real de cartera recuperable
- ❖ Realizar una gestión de cobro oportuna ante las entidades deudoras, garantizando el flujo de caja que permita la sostenibilidad financiera del hospital.
- ❖ Racionalizar el gasto frente al flujo de efectivo real, para garantizar el equilibrio financiero institucional.

Imagen 2. Mapa de procesos E.S.E Hospital local El Retén



Procesos Estratégicos: Incluyen procesos relativos al establecimiento de políticas y estrategias de la ESE, fijación de objetivos, provisión de comunicación, aseguramiento de la disponibilidad de recursos necesarios.

Procesos Misionales: Incluyen todos los procesos que proporcionan el resultado previsto por la entidad en el cumplimiento de su objeto social o razón de ser.

Procesos de Apoyo: Incluyen todos aquellos procesos para la provisión de los recursos que son necesarios en los procesos estratégicos, misionales y de mejora continua.

Procesos de Evaluación: hacen parte de este proceso las auditorías y seguimientos de control interno y calidad.



2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL ARCHIVÍSTICA

La situación actual, de la E.S.E Hospital Local de El Retén, en cuanto a los procesos de la Gestión Documental, evidencian factores que deben ser mejorados al interior de la entidad.

La identificación de la cultura de la función archivística de la entidad, responde medianamente a las actividades propias de estas funciones, por el incumplimiento de la Ley 594 de 2000, en la gestión de los documentos por parte de los productores documentales y la no planificación inmediata de la administración, organización, conservación y uso óptimo de la información.

El objeto del análisis, es identificar los factores críticos, las falencias y los riesgos asociados que se han generado por las debilidades de estos aspectos, por lo tanto el Plan Institucional de Archivo-PINAR, tiene como propósito; corregir, subsanar e implementar acciones que conlleven a la mejora continua de la entidad.

Dicho lo anterior, Los documentos bases para el análisis responden a los reportes e informes técnicos de las actividades que el hospital ha desarrollado, permitiendo medir y hacer seguimiento de control a los sistemas de archivos de la entidad, siendo estos:

- ❖ Diagnóstico integral de archivos.
- ❖ Situación del archivo y Sistema de Información Integral, según informe técnicos, vigencia 2020-2023
- ❖ Resultados Informe FURAG
- ❖ Brecha del Proyecto PINAR
- ❖ Brechas de los Planes Operativos Anuales
- ❖ Resultados de auditorías internas y externas.

Por consiguiente, el Plan Institucional de Archivos-PINAR, buscar armonizar la función archivística, con la planeación estratégica del hospital para lograr un impacto significativo en el manejo de la información, organización, conservación y preservación a largo plazo de los documentos de archivo del Hospital en pro de la memoria institucional y colectiva en beneficio de los usuarios y las partes interesadas del municipio de El Retén, Magdalena.

2.1. Matriz DOFA (Debilidades, Oportunidades, Fortalezas, Amenazas)

A continuación y de acuerdo con la evaluación y el análisis explicativo y descriptivo del diagnóstico integral de archivos y documentos soportes que develan la realidad de los archivos, se construyó la matriz DOFA, identificando los factores internos y externos para la mejora continua con los procesos establecidos.

Tabla 1. Matriz DOFA Factores internos y externos de los archivos E.S.E Hospital Local El Retén, Magdalena.

DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	FORTALEZAS	AMENAZA
• La entidad no posee los instrumentos archivísticos para la gestión documental según la normatividad colombiana. • La Entidad no cuenta con el modelo de requisitos para la gestión de documentos electrónicos, Banco terminológico de series y subseries según el decreto 1080 de 2015. • El Hospital El Retén no tiene establecido un nomograma que además pueda servir como base para la construcción del instrumento archivístico - Tabla de control de acceso para el establecimiento de categorías adecuadas de derechos y restricciones de acceso y seguridad aplicable a los documentos según el Decreto Único de Cultura	• Promulgación de la Ley 594 de 2000 • Ley 1712 de 2014 en sus artículos 15 y 16. • Acuerdo 001 de 2024. • Normatividad Colombiana en donde se reglamenta el ejercicio Archivístico • Existencia de nuevas tecnologías de informática que facilitan el acceso a la modernización • Software libre que puede ser aprovechado. • Apoyo de los organismos de control en cumplimiento de la normatividad archivística • Demanda creciente de los servicios archivísticos • Consultas públicas abiertas por parte del Archivo General de la	• Sentido de pertenencia de la alta dirección. • Los funcionarios son abiertos a la ejecución de actividades archivísticas. • Se cuenta con un esquema de comunicación en la entidad para difundir la importancia de la Gestión de documentos • Se cuenta con esquema de migración y conversión normalizados. • Cronograma de capacitación y formación interna para la gestión de documentos, articulados con el plan institucional de capacitación. • Se ha establecido la caracterización de usuarios de acuerdo a sus Necesidades de Información. • Se cuenta con canales (locales en línea)	• Desastres naturales que afectan la conservación documental • Sanciones por parte del Archivo General de la Nación y demás organismos de control. • Pérdida del patrimonio documental de la entidad por atentados bélicos o vandalismo. • Ataque de hongos, por el almacenamiento y la deficiencia en el control de las condiciones medio ambientales. • Ubicación de la edificación de los Archivos en zona de alto riesgo. • Falta de una cultura archivística por parte de los productores de los documentos. • Adulteración de información. • Falsedad de Documentos • Robo de información confidencial de la ESE.

1080 de 2015. • Los archivos solo están enfocados en la custodia de los documentos. • Personal insuficiente para el área de archivo • Ausencia de políticas en cuanto al manejo de los documentos electrónicos y también físicos. • Las áreas destinadas para la custodia de la documentación no cuentan con elementos de control y aislamiento que garanticen la seguridad de los acervos documentales. • Estantería sin demarcar contenido ni Ubicación topográfica. • Cambio continuo en el personal de apoyo contratista para el área de archivo.	Nación para la construcción de guías y documentos que faciliten la construcción de herramientas y estrategias Archivísticas. • Capacitaciones propuestas en el plan anual de capacitaciones del hospital. • Posee el Plan institucional - PINAR, como un punto de partida para la planeación archivística de la entidad. • Recurso Humano de los aprendices Sena en su etapa práctica en las áreas de Asistencia en Organización de archivos y Asistencia Administrativas.	de servicio, atención y orientación al ciudadano. • Se cuenta con iniciativas para fomentar el uso de nuevas tecnologías para optimizar el uso del papel. • Gran acervo documental generado desde la fecha de creación de la entidad. • Disponibilidad de recursos para la ejecución de proyectos archivísticos. • Contexto estratégico definido. • Identificación de la necesidad de gestión documental a tiempo. • Se cuentan con depósitos con condiciones de conservación documental mínimas pero en donde no sufren grandes peligros. • Se tiene centralizada la radicación documental • Se tienen identificados algunos documentos que por su antigüedad serán considerados históricos. • En el área de contratación utilizan las unidades de conservación 4 aletas para las series de contratos de prestación de servicios. • La personera responsable de área de Estadística y Archivo posee conocimientos y denota compromiso y un alto interés por el correcto tratamiento a los documentos.	• Deterioro de los edificios patrimoniales. • Estado de conservación de la estructura, fallas en su cimientos, muros, estructura y cubierta del hospital • Cortocircuitos por el estado de conservación de las redes eléctricas en los archivos de la ESE. • Explosiones por el uso indebido de materiales inflamables en las instalaciones de la ESE. • Cambios constantes del recurso humano como contratistas en el área administrativa de los archivos.
---	---	--	---

2.2. Partes Interesadas

La E.S.E El Hospital Local El Retén, Magdalena, como empresa social del estado, del orden departamental, presta sus servicios de salud en el municipio, jugando un rol importante en el bienestar de sus habitantes, por lo tanto sus actividades van encaminadas a su direccionamiento estratégico y alineado con su objeto social, es decir el compromiso con las partes interesadas se articula con el desempeño global de la entidad.

En la siguiente tabla se evidencia la relación y el desempeño que cada uno tiene en los beneficios y la toma de decisión del hospital.

Tabla 2. Matriz de identificación partes interesadas E.S.E Hospital local El Retén

MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN PARTES INTERESADAS E.S.E HOSPITAL LOCAL EL RETÉN, MAGDALENA					
GRUPO DE INTERÉS	PARTE INTERESADA	NIVEL DEL IMPACTO EN EL PROYECTO		CLASIFICACIÓN SEGÚN EL IMPACTO	EXPECTATIVAS
		PODER	INTERÉS		
E.S.E HOSPITAL LOCAL EL RETÉN, MAGDALENA	Alta dirección-Gerencia	ALTO	ALTO	CUIDADO "Gestionar cuidadosamente"	1) Mantenerse informado acerca del avance de los planes y programas de Gestión Documental. 2) Mejorar la gestión institucional con la aplicación Plan Institucional de Archivos. 3) Lograr reconocimiento de la entidad a nivel municipal por cumplir con las exigencias de ley 4) Cumplir con las metas, planes y proyectos del Plan de Desarrollo Municipal en cuanto al mejoramiento administrativo, atención al ciudadano y la transparencia. 5) Cumplir con las auditorías de los entes de control, en especial del AGN en caso de una visita. 6) Cumplir con la Ley de acceso a la información 1712 de 2014 en lo que respecta a la gestión de la información.

	Asistente Administrativo	MEDIO	MEDIO	CUIDADO "Gestionar cuidadosamente"	1) Mantenerse informada acerca de los avances del proceso de Gestión Documental. 2) Cumplir con el cronograma aprobado en el Plan Institucional de Archivo - PINAR 3) Seguimiento y control del plan de capacitación de archivo.	1) Mantener informada a la gerencia sobre los avances de la Gestión documental. 2) Apoyar a los empleados y contratistas con buenas prácticas de gestión documental. 3) Cumplir con los procesos y asignaciones pertinentes al área de archivo. 4) Realizar los informes acorde a los planes y actividades desarrolladas en el archivo.
	Colaboradores, empleados y contratistas	MEDIO	ALTO	ATENCIÓN "Mantener Satisfecho"	1) Asignación de los recursos necesarios para cumplir con sus funciones en cuanto a gestión documental. 2) Cumplimiento en la gestión de las capacitaciones, acorde a los planes de la institución. 3) Seguir los lineamientos de Seguridad en la información y protección de los datos personales. 3) Acceso y consulta eficiente y eficaz de los documentos solicitados. 4) Organizar los documentos, teniendo en cuenta el orden original y de procedencia.	1) Cuidar los recursos asignados para el ejercicio de la función archivística de la entidad. 2) Asistir a las capacitaciones en los tiempos y horarios establecidos por la entidad. 3) Velar por la confidencialidad de la información de la entidad, de aquellos datos sensibles que atente con el buen nombre de los ciudadanos, tanto interno como externamente en la entidad. 4) Dar uso de los instrumentos archivísticos para la organización de los documentos en

					las diferentes fases del archivo.
ENTES DE CONTROL	Archivo General de la Nación	ALTO	ALTO	CUIDADO "Gestionar cuidadosamente"	
	Consejo Departamental de Archivos	ALTO	ALTO	CUIDADO "Gestionar cuidadosamente"	
	Contraloría General de la República	MEDIO	BAJO	MITIGANTE "Mantener Informado"	
COMUNIDAD	Proveedores	BAJO	BAJO	SIN PROBLEMA "Monitorear por si cambia de categoría"	
	Seguridad pública	BAJO	BAJO	SIN PROBLEMA "Monitorear por si cambia de categoría"	
	Instituciones de Educación	BAJO	BAJO	SIN PROBLEMA "Monitorear por si cambia de categoría"	
	Usuarios y/o Personas naturales	BAJO	BAJO	SIN PROBLEMA "Monitorear por si cambia de categoría"	

Fuente: Edin Gutiérrez. <https://www.nosonpapeles.com/>

Actualizado y elaborado por: María del Carmen Fontalvo Calanche

2.3. Ejes articuladores

En el Manual de Formulación del Plan institucional de archivos – PINAR del Archivo General de la Nación, contempla que en el artículo 4 de la Ley 594 de 2000, establece los siguientes ejes articuladores que da orientaciones para el análisis de los aspectos críticos y riesgos de la función archivísticas del hospital, es decir, determina de manera objetiva la priorización de los aspectos críticos frente a los ejes.

Descripción de los ejes articuladores:

1. Administración de archivos: involucra aspectos de infraestructura, el presupuesto, la normatividad y la política, los procesos y los procedimientos y el personal.
2. Acceso a la información: Comprende aspectos como la transparencia, la participación y el servicio al ciudadano, y la organización documental.
3. Preservación de la información: incluye aspectos como la conservación y el almacenamiento de información.
4. Aspectos tecnológicos y de seguridad: Abarca aspectos como la seguridad de la información y la infraestructura tecnológica.
5. Fortalecimiento y articulación: involucra aspectos como la armonización de la gestión documental con otros modelos de gestión.

Tabla 3. Ejes articuladores y criterios de evaluación

EJES ARTICULADORES				
Administración de Archivos	Acceso a la información	Preservación de la Información	Aspectos Tecnológicos y de seguridad	Fortalecimiento y articulación
Se considera el ciclo vital de los documentos integrando aspectos administrativos, legales, funcionales y técnicos.	Se cuenta con políticas que garanticen la disponibilidad y accesibilidad de la información.	Se cuenta con procesos y herramientas normalizados para la preservación y conservación a largo plazo de los documentos.	Se cuenta con políticas asociadas a las herramientas tecnológicas que respaldan la seguridad, usabilidad,	La gestión documental se encuentra implementada acorde con el modelo integrado de planeación y gestión.



			accesibilidad, integridad y autenticidad de la información.	
Se cuenta con todos los instrumentos archivísticos socializados e implementados.	Se cuenta con personal idóneo y suficiente para atender las necesidades documentales y de archivo de los ciudadanos.	Se cuenta con un esquema de metadatos, integrando a otros sistemas de gestión	Se cuenta con herramientas tecnológicas acordes a las necesidades de la entidad, las cuales permiten hacer buen uso de los documentos.	Se tiene articulada la política de gestión documental con los sistemas y modelos de gestión de la entidad.
Se cuenta con procesos de seguimiento, evaluación y mejora para la gestión de documentos.	Se cuenta con esquemas de comunicación en la entidad para difundir la importancia de la gestión de documentos.	Se cuenta con archivos centrales e históricos.	Se cuenta con acuerdos de confidencialidad y políticas de protección de datos a nivel interno y con terceros	Se cuenta con alianzas estratégicas que permitan mejorar e innovar la función archivística de la entidad.
Se tiene establecida la política de gestión documental.	Se cuenta con esquemas de capacitación y formación internos para la gestión de documentos, articulados con el plan institucional de capacitación.	La conservación y preservación se basa en la normatividad, requisitos legales, administrativos y técnicos que le aplican a la entidad.	Se cuenta con políticas que permitan adoptar tecnologías que contemplen servicios y contenidos orientados a gestión de los documentos.	Se aplica el marco legal y normativo concerniente a la función archivística.
Los instrumentos archivísticos involucran la documentación electrónica.	Se cuenta con instrumentos archivísticos de descripción y clasificación para sus archivos.	Se cuenta con un Sistema Integrado de Conservación - SIC.	Las aplicaciones son capaces de generar y gestionar documentos de valor archivístico cumplimiento con los procesos establecidos.	Se cuenta con un Sistema de Gestión Documental basado en estándares nacionales e internacionales.
Se cuenta con procesos y flujos documentales normalizados medibles.	El personal hace buen uso de las herramientas tecnológicas destinatarias a la administración de la información de la entidad.	Se cuenta con una infraestructura adecuada para el almacenamiento, conservación y preservación de la documentación física y electrónica.	Se cuenta estandarizada la administración y gestión de la información y los datos en herramientas tecnológicas articuladas con el Sistema de Gestión de Seguridad de la información y los procesos archivísticos.	Se tienen implementadas acciones para la gestión del cambio.
Se documentan procesos o actividades de gestión de documentos.	Se ha establecido la caracterización de usuarios de acuerdo a sus necesidades de información	Se cuenta con procesos documentados de valoración y disposición final.	Se cuenta con mecanismos técnicos que permitan mejorar la adquisición, uso y mantenimiento de las herramientas tecnológicas.	Se cuenta con procesos de mejora continua.
Se cuenta con la infraestructura adecuada para resolver las necesidades documentales y de archivo.	Se cuenta con iniciativas para fomentar el uso de nuevas tecnológicas para optimizar el uso del papel.	Se tienen implementados estándares que garanticen la preservación y conservación de los documentos.	Se cuenta con tecnología asociada al servicio al ciudadano que le permita la participación e interacción.	Se cuenta con instancias asesoras que formulen lineamientos para la aplicación de la función archivística de la entidad.
El personal de la entidad conoce la importancia de los documentos e interioriza las políticas y directrices concernientes a la gestión de los documentos.	Se tiene implementada la estrategia de Gobierno en Línea-GEL	Se cuenta con esquemas de migración y conversión normalizados.	Se cuenta con modelos para la identificación, evaluación y análisis de riesgos.	Se tienen identificados los roles y responsabilidades del personal y las áreas frente a los documentos.
Se cuenta con el presupuesto adecuado para atender las necesidades documentales y de archivo.	Se cuenta con canales (locales y en línea) de servicio, atención y orientación al ciudadano.	Se cuenta con modelos o esquemas de continuidad del negocio.	Se cuenta con directrices de seguridad de información con relación al recurso humano, al entorno físico y electrónico, el acceso y los sistemas de información	La alta dirección está comprometida con el desarrollo de la función archivística de la entidad.
Se considera el ciclo vital de los documentos integrando aspectos administrativos, legales, funcionales y técnicos.	N.A	N.A	N.A	N.A

Se cuenta con todos los instrumentos archivísticos socializados e implementados.	N.A	N.A	N.A	N.A
Se cuenta con procesos de seguimiento, evaluación y mejora para la gestión de documentos.	N.A	N.A	N.A	N.A
Se tiene establecida la política de gestión documental.	N.A	N.A	N.A	N.A
Los instrumentos archivísticos involucran la documentación electrónica.	N.A	N.A	N.A	N.A
Se cuenta con procesos y flujos documentales normalizados medibles.	N.A	N.A	N.A	N.A
Se documentan procesos o actividades de gestión de documentos.	N.A	N.A	N.A	N.A
Se cuenta con la infraestructura adecuada para resolver las necesidades documentales y de archivo.	N.A	N.A	N.A	N.A
El personal de la entidad conoce la importancia de los documentos e interioriza las políticas y directrices concernientes a la gestión de los documentos.	N.A	N.A	N.A	N.A
Se cuenta con el presupuesto adecuado para atender las necesidades documentales y de archivo.	N.A	N.A	N.A	N.A

Fuente: Manual Formulación del Plan institucional de archivos – PINAR

https://www.archivogeneral.gov.co/caja_de_herramientas/docs/2.%20planeacion/MANUALES/FORMULACION%20PINAR.pdf

2.4. Aspectos Críticos del estado actual de la función archivística de la E.S. E. El Hospital El Retén

El reto de la problemática actual de los Archivos en el Hospital, se debe especialmente a la ausencia de una cultura archivística, que proyecte un cambio desde los ejes estratégicos, promovido por la alta dirección y fomentado por los funcionarios de conservar y preservar la memoria documental de la entidad.

Las herramientas para identificar los aspectos críticos de la entidad, nos enrutaron al desglose de los riesgos a los que están expuestos los documentos y la información desde una inadecuada gestión documental del ciclo vital del documento.

La siguiente tabla registra información de interés y la evaluación del riesgo:

Tabla 4. Aspectos críticos, función archivística.

No.	ASPECTO CRÍTICO	Observaciones	RIESGO
1	Fondo Documental Acumulado	La entidad no cuenta con las Tablas de Retención Documental-TRD ni las Tablas de Valoración Documental-TVD.	○ Pérdida de la memoria Institucional
			○ Uso ineficiente de los recursos
			○ Dificultad en la recuperación de la Información
			○ Pérdida de demandas
			○ Almacenamiento de documentación innecesaria
2	Carencia de Instrumentos archivísticos para la Gestión Documental en cumplimiento del decreto 2609 de 2012 artículo 8. (decreto 1080 de 2015)	La entidad cuenta con los instrumentos archivísticos exigidos en el Decreto 1080 de 2015, además debe actualizar PINAR.	○ Pérdida de la memoria institucional
			○ Incumplimiento de exigencias legales.
			○ Desarticulación de la gestión documental con otros procesos del hospital
			○ Dificultad para la recuperación de la información
			○ Duplicidad de actividades
			○ Pérdida de la memoria electrónica institucional
3	Carencia de procesos y	La entidad no ha desarrollado una gestión	○ Acceso indebido a la información en medios electrónicos.
			○ Pérdida de información
			○ Desperdicio de papel e incumplimiento

No.	ASPECTO CRÍTICO	Observaciones	RIESGO
	procedimientos archivísticos enfocados hacia la gestión de los documentos electrónicos de archivo.	documental enfocada en el soporte papel, por lo cual la información en medios electrónicos no posee criterios archivísticos de gestión, organización y preservación.	- meta política cero papel - o Dificultad para la recuperación de la información - o Pérdida de la memoria institucional - o Pérdida de demandas - o Lentitud operativa - o Duplicidad de información y tareas. - o Deterioro de los documentos - o Dificil acceso a la información - o Acumulación de documentos en las oficinas
4	Débil cultura archivística y de gestión documental a nivel institucional.	La entidad no cuenta con todas las condiciones de gestión documental, no tienen consolidación en toda la institución una cultura de gestión documental.	- o Pérdida de información - o Duplicidad de actividades - o Generación de documentos innecesarios - o Acciones inseguras con los documentos - o Pérdida de demandas
5	Los archivos de Gestión se encuentran parcialmente desorganizados	Desidia en las actividades de archivos por desconocimiento en los procesos técnicos de organización.	- o Falta de seguridad en los documentos. - o Acceso no autorizado a los documentos. - o Fraccionamiento de expedientes y trámites. - o Dificultad de verificar la integridad de un expediente luego de su préstamo. - o Deficiencia en el control de los documentos después del préstamo. - o Pérdida del patrimonio documental. - o Pérdida del soporte y la información, debido a deterioro de naturaleza física y química.
6	Personal insuficiente para el área de archivo.	No hay cargo en la planta del personal para profesionales de archivo, en ninguno de los niveles (técnicos, tecnólogos, profesionales)	- o Incumplimiento de las normas vigentes. - o No hay lineamientos para la función archivística del Hospital.
7	La entidad carece de la política de gestión documental.	Conocimiento de la alta dirección de la importancia de la política.	- o Incumplimiento de legislación archivística. - o Malas prácticas en la gestión de los documentos físicos y electrónicos.
8	El hospital no tiene procedimiento para la planeación, diseño y creación de los documentos.	Compromiso por parte de la oficina de control de calidad	- o Falta de estandarización de los formatos. - o Falta de requisitos funcionales y administrativos.
9	La infraestructura y ubicación de los archivos no cumplen con los estándares	No hay lineamientos claros en las condiciones de conservación de los documentos y los	- o Falta de asignación de presupuesto. - o Pérdida de la memoria institucional.

No.	ASPECTO CRÍTICO	Observaciones	RIESGO
	normativos.	depósitos y/o locales de archivos.	
10	No ya ventanilla única de radicación	Hay procesos documentados en la atención de los usuarios y lineamientos de atención. En cumplimiento de la Ley 1474 de 2011.	○ Uso inadecuado de la información ○ Pérdida de información ○ Reprocesos en los procedimientos ○ Demora en los trámites ○ Interoperabilidad en los aplicativos del hospital ○ Deterioro de la imagen del hospital.

2.5. Valoración y priorización de aspectos críticos

Una vez definidos los aspectos críticos producto del análisis de los diferentes documentos que contemplan el estado de la función archivística, se procedió a realizar la puntuación del impacto negativo de cada uno frente a los ejes articuladores, para definir la prioridad en la atención que debe recibir en la entidad.

Tabla 5. Valoración y priorización de aspectos críticos.

No.	ASPECTO CRÍTICO	EJES ARTICULADORES					Total	Prioridad
		Administración de archivos	Acceso a la información	Preservación de la información	Aspectos Tecnológicos y de seguridad	Fortalecimiento y articulación		
1	Fondo Documental Acumulado.	10	10	10	10	10	50	1
2	Carencia de Instrumentos archivísticos para la Gestión Documental en cumplimiento del decreto 2609 de 2012 artículo 8. (Decreto 1080 de 2015).	10	7	9	10	10	46	2
3	Carencia de procesos y procedimientos archivísticos enfocados hacia la gestión de los documentos	9	3	10	10	10	41	3

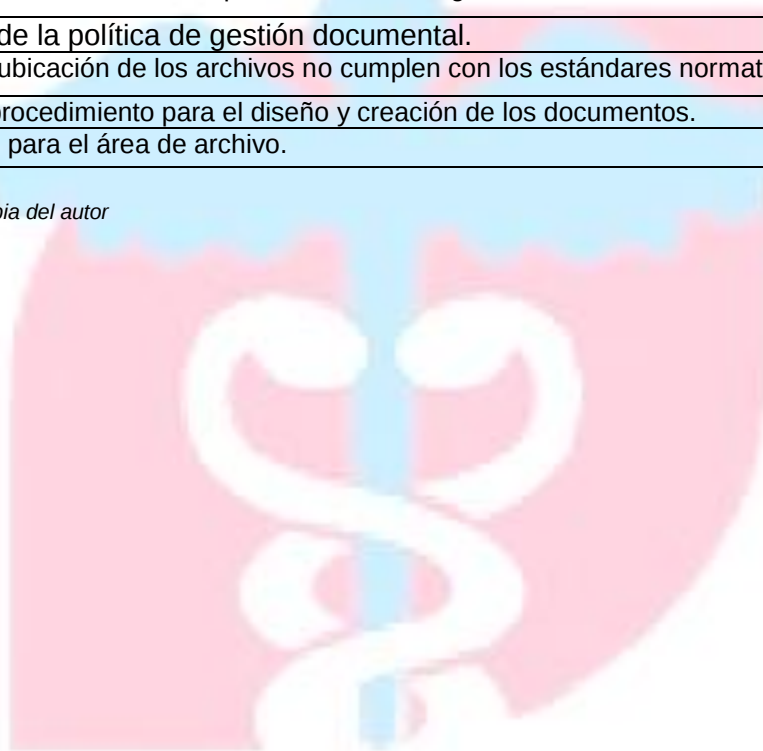
	electrónicos de archivo.							
4	Débil cultura archivística y de gestión documental a nivel institucional.	9	3		10	10	31	5
5	Los archivos de Gestión se encuentran parcialmente desorganizados	6	5	4	5	10	30	6
6	Personal insuficiente para el área de archivo.	2	1	1	1	6	11	11
7	La entidad carece de la política de gestión documental.	4	2	2	6	7	21	7
8	El hospital no tiene procedimiento para el diseño y creación de los documentos.	4	2	1	3	8	18	9
9	La infraestructura y ubicación de los archivos no cumplen con los estándares normativos.	4	1	6	10	4	25	8
10	No hay ventanilla única de radicación.	10	10	4	10	6	40	4
Total (calificación de 1 a 10)		68	44	47	75	81	313	

Fuente: tabla tomada del Manual de elaboración del PINAR del AGN de Colombia.

Tabla 6. Aspectos críticos priorizados

CRITERIOS CRÍTICOS PRIORIZADOS	
Fondo Documental Acumulado.	1
Carencia de Instrumentos archivísticos para la Gestión Documental en cumplimiento del decreto 2609 de 2012 artículo 8. (Decreto 1080 de 2015).	2
Carencia de procesos y procedimientos archivísticos enfocados hacia la gestión de los documentos electrónicos de archivo.	3
No hay ventanilla única de radicación.	4
Débil cultura archivística y de gestión documental a nivel institucional.	5
Los archivos de Gestión se encuentran parcialmente desorganizados	6
La entidad carece de la política de gestión documental.	7
La infraestructura y ubicación de los archivos no cumplen con los estándares normativos.	8
El hospital no tiene procedimiento para el diseño y creación de los documentos.	9
Personal insuficiente para el área de archivo.	10

Fuente: Elaboración propia del autor



3. MISIÓN Y VISIÓN ESTRATÉGICA ARCHIVÍSTICA

Por ser una entidad del Estado que presta servicios de salud, su compromiso misional está orientado a garantizar un servicio oportuno, eficiente y de calidad a toda la comunidad retenera, por lo tanto su direccionamiento estratégico va encaminado a responder a las necesidades de su entorno y por consiguiente a todas las partes interesadas.

De acuerdo, con los aspectos críticos identificados y los ejes articuladores armonizamos nuestra visión:

“Conservar y preservar la memoria institucional, cumpliendo los lineamientos normativos e institucionales, innovando, promoviendo una cultura archivística consciente que permita optimizar los procesos y procedimientos administrativos en la gestión de los documentos físicos y electrónicos. Además Garantizar la elaboración e implementación de los instrumentos archivísticos y la mejora en los espacios locativos de los archivos, que facilite la consulta, el acceso, transparencia de la información como garantía de los derechos y deberes al servicio de sus usuarios”.

4. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS ARCHIVÍSTICO

El establecimiento de los objetivos estratégicos del Archivo en el Hospital, tiene su fundamento en la problemática actual identificada en los aspectos críticos de su función archivística, por lo tanto su alineación con la visión estratégica contribuye a los planes y proyectos en la planeación de la gestión documental.

Tabla 7. Objetivos estratégicos

PRIORIZACIÓN	ASPECTOS CRÍTICOS	OBJETIVOS
1	El fondo documental acumulado.	Organizar el fondo documental, con el fin evitar la pérdida progresiva de los documentos por la exposición a los factores medioambientales.
2	Carencia de Instrumentos archivísticos para la Gestión Documental en cumplimiento del decreto 2609 de 2012 artículo 8. (Decreto 1080 de 2015).	Elaborar los instrumentos archivísticos exigidos para la administración y fortalecimiento de los archivos institucionales.
3	Carencia de procesos y procedimientos archivísticos enfocados hacia la gestión de los documentos electrónicos de archivo.	Diseñar un Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo para fortalecer la gestión documental institucional haciendo parte de esta a los documentos generados por medios electrónicos.
4	No hay ventanilla única de radicación.	Implementar la ventanilla única de radicación para centralizar; el recibo, despacho y la distribución de los documentos físicos y electrónicos del hospital
5	Débil cultura archivística y de gestión documental a nivel institucional.	Capacitar a todo el personal administrativo y/o productores de los documentos de archivo.
6	Los archivos de Gestión se encuentran parcialmente desorganizados.	Crear instrumentos archivísticos. Aplicar buenas prácticas en el manejo de los documentos físicos y electrónicos en el archivo de gestión.
7	La entidad carece de la política de gestión documental.	Definir los lineamientos y directrices para una adecuada gestión documental, impartidas por el Archivo General de la Nación.
8	La infraestructura y ubicación de los archivos no cumplen con los	Invertir en la adecuación y mejora de los depósitos de archivos.

	estándares normativos.	
9	No existe un procedimiento para el diseño y creación de los documentos, desde la gestión de calidad.	Construir un instructivo para la elaboración de los documentos institucionales
10	Personal insuficiente para el área de archivo.	Incluir en los planes el personal idóneo para las funciones de gestión documental en la organización.

Fuente: Elaboración propia del autor



5. FORMULACIÓN DE PLANES Y PROYECTOS

La formulación de los planes de acción define las acciones y actividades que se deben desarrollar durante la ejecución y puesta en marcha de las necesidades identificadas en los aspectos críticos, conjugados con los objetivos para dar cumplimiento a la función archivística de la E.S.E Hospital El Retén, Magdalena.

5.1. Plan de Elaboración de Instrumentos Archivísticos

Aspectos críticos relacionados:

1. El fondo documental acumulado.
2. Carencia de Instrumentos archivísticos para la Gestión Documental en cumplimiento del decreto 2609 de 2012 artículo 8. (Decreto 1080 de 2015)
3. Carencia de procesos y procedimientos archivísticos enfocados hacia la gestión de los documentos electrónicos de archivo.

Objetivos relacionados:

- ❖ Organizar el fondo documental acumulado, con el fin evitar la pérdida progresiva de los documentos por la exposición a los factores medioambientales.
- ❖ Elaborar los instrumentos archivísticos exigidos para la administración y fortalecimiento de los archivos institucionales.

Alcance del Plan: Este plan incluye la adecuación, limpieza y desinfección del fondo documental acumulado de la entidad para evitar la pérdida de los documentos. La elaboración del Cuadro de Clasificación Documental, las Tablas de Retención Documental, la Tabla de Control de Acceso para el establecimiento de categorías adecuadas de derechos y restricciones de acceso y seguridad aplicables a los documentos, el Programa de Gestión Documental, El Banco terminológico de Series y

subseries documentales, el diseño del Modelo de requisitos para la gestión de documentos electrónicos y el Sistema Integrado de Conservación Documental – SIC – y la implementación de cada instrumento.

Responsable: Gerencia general, responsable de Gestión Documental y Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

Tabla 8. Plan de acción implementación de procesos archivísticos

N.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	ENTREGABLE	OBSERVACIONES
Organización del fondo documental acumulado						
1	Adecuación limpieza y desinfección	Responsable de gestión documental – Talento Humano - personal de aseo.	Marzo 2025	Marzo 2025	Depósito limpio, desinfectado	Esto se debe realizar para evitar la pérdida inminente de los documentos por las condiciones de microclima que presenta y el abandono del depósito.
Elaboración de Tablas de Retención Documental						
1	Elaboración de las TRD	Responsable de Gestión Documental o quien haga sus veces	Abril 2025	Junio de 2025	TRD Elaborada	La elaboración se hace a partir de la estructura vigente de la entidad con base en el Acuerdo 04 de 2019
2	Aprobación de la TRD por parte del Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Junio de 2025	Junio de 2025	Acta de aprobación de las TRD	Depende de la programación de las reuniones del Comité Institucional de Gestión y Desempeño
3	Convalidación TRD Consejo departamental de Archivos	Secretaría General	Agosto 2025	Octubre 2025	Oficio remisario de TRD y acuerdo departamental de aprobación	Las TRD deben ser remitidas al CDA por la Secretaría General. El CDA cuenta con 60 días hábiles para expedir el concepto técnico.
4	Implementación de TRD	Responsable de Gestión Documental	Noviembre de 2025	Diciembre 2025	Dependencia con TRD aplicada	Se le entrega a cada dependencia un instructivo de aplicación de TRD,

						además se incluye en el plan de capacitación *No se pueden eliminar documentos hasta que la TRD no haya sido debidamente convalidada por el CDA.
Elaboración del Programa de Gestión Documental						
1	Levantamiento de información	Responsable de Gestión Documental	Marzo de 2025	Abril de 2025	Diagnóstico Archivístico General, diagnóstico específico y encuestas TRD	Se recopila la información desde el diagnóstico archivístico, además se tomará en cuenta la información en el levantamiento de las TRD
2	Elaboración PGD	Responsable Área de Gestión Documental	Junio de 2025	Agosto 2025	PGD con sus programas específicos	Mediante la elaboración del Programa de Gestión Documental se impacta el aspecto crítico relacionado con la documentación de los procesos y procedimientos, en especial los relacionados con la gestión documental.
3	Aprobación PGD	Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Agosto de 2025	Diciembre de 2025	Acta de aprobación del Comité Institucional de Gestión y Desempeño	
4	Implementación PGD	Secretaría General y Responsable de Gestión Documental	Enero de 2026	Diciembre de 2026	Procesos y programas específicos implementados	Compromiso en la adquirir una cultura archivística funcional por parte de los productores de documentos.
Diseño del modelo de requisitos para la Gestión de documentos electrónicos						
1	Elaboración del Instrumento de modelo de requisitos para la Gestión de	Responsable Gestión Documental	2026	2026	Instrumento Archivístico diseñado y listo para su presentación al	Con la elaboración de este instrumento, se aporta en el desarrollo del

	Documentos electrónicos				Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Proyecto de Gestión de documentos electrónicos
2	Aprobación del modelo de requisitos para la Gestión de documentos electrónicos	Comité Institucional de Gestión y Desempeño	2026	2026	Acta de aprobación del Instrumento	Depende de la programación de las reuniones del Comité Institucional de Gestión y Desempeño
Elaborar el Banco Terminológico de series y subseries documentales						
1	Diseño del Banco Terminológico de series y subseries	Responsable Gestión Documental	Junio 2025	Julio 2025	Banco terminológico diseñado	Se toma como base las agrupaciones documentales del Cuadro Clasificación Documental
2	Presentación al Comité Institucional de Gestión y Desempeño para su aprobación	Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Agosto 2025	Agosto de 2025	Acta de aprobación del Comité Institucional de Gestión y Desempeño y publicación en la página web	
Elaborar la Tabla de Control de Acceso a los documentos						
1	Levantamiento de información	Responsable Gestión Documental	2026	2026	Nomograma, diagnóstico Archivístico, revisión de encuestas de TRD	
2	Diseño de la Tabla de Control de Acceso a los documentos	Responsable Área Gestión Documental, asesor jurídico y Comité Institucional de Gestión y Desempeño	2026	2026	Tabla de Control de acceso a los documentos	
3	Aprobación del instrumento	Comité Institucional de Gestión y Desempeño	2026	2026	Acta de aprobación del Comité Institucional de Gestión y Desempeño	
4	Implementación y publicación	Responsable Área de Gestión Documental, jefe de	2026	2026	Publicación en la página web	

		sistemas				
Elaboración Sistema Integrado de Conservación – SIC						
1	Levantamiento de información	Responsable Gestión Documental	2027	2027		Se deberá realizar para dicho año, un nuevo diagnóstico archivístico
2	Elaboración Componente 1: Plan de Conservación Documental	Responsable Gestión Documental	2027	2027	SIC – Plan de Conservación Documental	El SIC Plan de conservación Documental está enfocado hacia los documentos en soportes análogos
3	Aprobación del SIC – Plan de Conservación Documental	Comité Institucional de Gestión y Desempeño	2027	2027	Acta de aprobación de Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Depende de las reuniones del Comité Institucional de Gestión y Desempeño
4	Implementación del SIC Plan de Conservación Documental	Responsable Gestión Documental	2027	2027	Informe de seguimiento de implementación	Se deberá tener en cuenta el presupuesto para la puesta en marcha de las estrategias y actividades del SIC
5	Elaboración Componente 2: Plan de Preservación Digital	Responsable Gestión Documental	2027	2027	SIC – Plan de Preservación Digital a Largo plazo	El SIC Plan de preservación digital a largo plazo está enfocado en los documentos electrónicos
6	Aprobación del SIC – Plan de Preservación Digital a largo plazo	Comité Institucional de Gestión y Desempeño	2027	2027	Acta de aprobación de Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Depende de las reuniones del Comité Institucional de Gestión y Desempeño
7	Implementación del SIC – Plan de Preservación Digital a largo plazo	Responsable Gestión Documental	2027	2028	Informe de seguimiento de implementación	Se deberá tener en cuenta el presupuesto de la entidad para la puesta en marcha de las estrategias del plan.

Fuente: Modelo del AGN Colombia

5.2. Proyecto para la implementación de un Sistema de gestión de documentos electrónicos SGDEA

Aspectos críticos relacionados:

1. Carencia de procesos y procedimientos archivísticos enfocados hacia la gestión de los documentos electrónicos de archivo.

Objetivos relacionados:

- ❖ Diseñar un Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo para fortalecer la gestión documental institucional haciendo parte de esta a los documentos generados por medios electrónicos

Alcance del proyecto: Este proyecto incluye la planeación y análisis del diseño y posterior implementación del Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo, más allá de adquirir una solución tecnológica, es que la entidad tenga una visión clara e integradora de sus necesidades operativas y digitales.

Responsable: Gerencia general, responsable de Gestión Documental y Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

Tabla 9. Proyecto para la implementación de un SGDEA

N.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	ENTREGABLE	OBSERVACIONES
Implementación de un SGDEA						
1	Planeación y Análisis de la entidad: funciones procesos, elementos de información, etc.	Gerencia - Responsable de gestión documental – área de sistemas – control de calidad o quien haga sus veces	Febrero 2027	Diciembre 2027	Documento del proyecto	Tener en cuenta la guía de implementación de un Sistema de Gestión electrónicos de documentos de Archivo SGDEA del Archivo General de la Nación.

2	Desarrollo del diseño de las estrategias: como la adquisición de software de gestión documental – Gestión de los recursos financieros	Gerencia – presupuesto Responsable de gestión documental – área de sistemas control de calidad o quien haga sus veces	Febrero 2028	Diciembre 2028	Documento del proyecto	Tener en cuenta la guía de implementación de un Sistema de Gestión electrónicos de documentos de Archivo SGDEA del Archivo General de la Nación.
---	---	---	--------------	----------------	------------------------	--

Fuente: Modelo del AGN Colombia

5.3. Plan de acción para Implementación de la ventanilla única de radicación

Aspectos críticos relacionados:

1. No hay ventanilla única de radicación

Objetivos relacionados:

- ❖ Implementar la ventanilla única de radicación para centralizar; el recibo, despacho y la distribución de los documentos físicos y electrónicos del hospital

Alcance del plan: implementar los procesos de recibo, despacho y distribución de la correspondencia física y electrónica.

Responsable: Responsable de Gestión Documental o quien haga sus veces- gestión de la calidad.

Tabla 10. Plan de acción para Implementación de la ventanilla única de radicación

N.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	ENTREGABLE	OBSERVACIONES
Implementación de la ventanilla única de radicación						
1	Adecuación del espacio para el funcionamiento de la ventanilla única de radicación, acorde a la	Gerencia - Gestión de la calidad Responsable de Gestión Documental	2025	2025	Solicitud a la gerencia – Documento de la propuesta	Asignar recursos para la adquisición de los elementos de oficina.

	normas vigentes	o quien haga sus veces				
2	Instructivo para el manejo de la ventanilla única de radicación	Responsable de Gestión Documental o quien haga sus veces	2025	2025	Instructivo	
3	Capacitación para la implementación	Responsable de Gestión Documental o quien haga sus veces	2025	2025	Listado de los participantes	

Fuente: Modelo del AGN Colombia

5.4. Plan de acción para la sensibilización de la importancia de los archivos en la entidad

Aspectos críticos relacionados:

- ❖ Débil cultura archivística y de gestión documental a nivel institucional.
- ❖ La entidad carece de la política de gestión documental.

Objetivos relacionados:

- ❖ Capacitar a todo el personal administrativo y/o productores de los documentos de archivo.
- ❖ Definir los lineamientos y directrices para una adecuada gestión documental, impartidas por el Archivo General de la Nación.

Alcance del plan: implementación de la política de gestión documental, plan anual de capacitación, para fortalecer la importancia de los archivos en el hospital.

Responsable: talento humano – área de gestión documental-comité de gestión y desempeño

Tabla 11. Plan de acción para la sensibilización de la importancia de los archivos en la entidad.

N.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	ENTREGABLE	OBSERVACIONES
Sensibilización en la importancia de los documentos en la organización						
1	Elaboración del documento de la declaración de la política de gestión documental de la institución.	Responsable del área de gestión documental – talento humano – Comité de gestión y desempeño.	2025	2025	Documento de la política	
2	Incluirse en el plan anual de capacitaciones en gestión documental - de procesos técnicos en organización, manejo y conservación de los documentos físicos y electrónicos	Talento humano	2025	2028	Plan de capacitación	
3	Capacitaciones a todos los funcionarios y contratistas.	Área de gestión documental	2025	2028	Planilla de asistencia.	

Fuente: Modelo del AGN Colombia

5.5. Plan de acción para adecuación y mejora de los depósitos de archivos

Aspectos críticos relacionados:

- ❖ La infraestructura y ubicación de los archivos no cumplen con los estándares normativos.

Objetivos relacionados:

- ❖ Invertir en la adecuación y mejora de los depósitos de archivos.

Alcance del plan: depósitos de archivos que cumplan con la reglamentación archivística para evitar la pérdida de la memoria institucional

Responsable: gerencia - presupuesto- área de gestión documental-comité de gestión y desempeño

Tabla 12. Plan de acción para adecuación y mejora de los depósitos de archivos

N.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	ENTREGABLE	OBSERVACIONES
Adecuación y mejora de los depósitos de archivos.						
	Verificar el estado actual de los depósitos de archivos.	Gestión documental	2025	2025	Informe técnico presentarlo al comité.	
2	Adecuación de los espacios donde se encuentran alojados los documentos.	Gestión documental – personal de aseo.	2025	2025	Plan de limpieza y desinfección	
3	Realmacenamiento de las unidades de conservación que se encuentran en mal estado y albergar los documentos en las cajas x200	Gestión documental – personal de aseo-presupuesto	2025	2025	Informe	
4	Conformar el depósito del archivo central, acorde a los lineamiento normativos	Gerencia-comité de archivo-presupuesto Gestión documental	2025	2025	Documento técnico sobre las condiciones de edificación.	Acuerdo 049 de 2001.

Fuente: Modelo del AGN Colombia

5.6. Plan de acción diseño y creación de los documentos institucionales

Aspectos críticos relacionados:

- ❖ No existe un procedimiento para el diseño y creación de los documentos, desde gestión de calidad.

Objetivos relacionados:

- ❖ Construir el instructivo para la elaboración de los documentos institucionales.

Alcance del plan: lineamientos y parámetros para la elaboración de los documentos y la actualización de sus versiones.

Responsable: talento humano -Gestión de calidad – área de gestión documental o quien haga sus veces.

Tabla 13. Plan de acción diseño y creación de los documentos institucionales

N.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	ENTREGABLE	OBSERVACIONES
Diseñar y crear los documentos institucionales						
1	Elaboración del instructivo.	Gestión de calidad – área de gestión documental o quien haga sus veces.	Abril 2025	Mayo 2025	Instructivo	
2	Convocatoria e invitación para la sensibilización del instructivo.	Talento humano	Junio 2025	Agosto 2025	Cronograma capacitación – correo electrónico – lista de asistencia.	
3	Implementación de los nuevos formatos y versiones.	Gestión de calidad – área de gestión documental o quien haga sus veces.	Agosto 2025	Diciembre 2025	Seguimiento y control-lista de chequeos.	

--	--	--	--	--	--	--

Fuente: Modelo del AGN Colombia

5.7. Plan de acción propuesta para crear nuevo cargo personal de archivo

Aspectos críticos relacionados:

- ❖ Personal insuficiente para el área de archivo

Objetivos relacionados:

- ❖ Incluir en los planes el personal idóneo para las funciones de gestión documental en la organización.

Alcance del plan: que se incluya a la planta de personal un profesional en gestión documental.

Responsable: talento humano - área de gestión documental-comité de gestión y desempeño

Tabla 14. Plan de acción propuesta nuevo cargo personal de archivo

N.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL	ENTREGABLE	OBSERVACIONES
Proponer la creación de un nuevo cargo idóneo para funciones de archivo.						
1	Hacer una propuesta para la apertura del cargo del profesional de archivo al comité de gestión y desempeño	Talento humano.	2025	2025	Solicitud correo electrónico y el documento de la propuesta.	Cumplir con la normatividad. Incluir en el plan anual de vacantes

Fuente: Modelo del AGN Colombia

5.8. Hoja de Ruta

Imagen 3. Hoja de Ruta

Tiempo	(1 año)	(1 a 4 años)		
	2025	2026	2027	2028
Plan de acción Elaboración de Instrumentos Archivísticos (1)				
Proyecto para la implementación de un Sistema de gestión de documentos electrónicos SGDEA (2)				
Plan de acción para la Implementación de la Ventanilla Única de Radicación. (3)				
Plan de acción sensibilización de la importancia de los archivos en la empresa (4).				
Plan de acción adecuación y mejora de los depósitos de archivos. (5)				
Plan de acción diseño y creación de los documentos institucionales (6)				
Plan de acción propuesta nuevo cargo personal de archivo (7)				

Fuente: Elaboración propia

5.9. Control y Seguimiento

El seguimiento y monitoreo a la ejecución de las actividades establecidas para los planes/proyectos del PINAR, se realizará a través del área de Gestión de calidad y control interno del hospital.

El instrumento a utilizar es una matriz de cumplimiento y el tablero de control del PINAR.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Acuerdo No. 001 de 2024 <https://normativa.archivogeneral.gov.co/acuerdo-no-001-del-2024/>
2. Ley 594 de 2000 <https://normativa.archivogeneral.gov.co/ley-594-de-2000/>
3. Decreto-1080-de-2015-Sector-Cultura-Gestor-Normativo
https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=76833
1. Informe Técnico del estado en que se recibió la E.S.E. Hospital Local El Reten, del municipio de El Retén en el departamento del Magdalena,
https://magdalena.micolombiadigital.gov.co/sites/magdalena/content/files/000796/39780_el-reten.pdf
2. Políticas institucionales https://ese-hospital-local-el-reten.micolombiadigital.gov.co/sites/ese-hospital-local-el-reten/content/files/000189/9417_politicas_institucionales.pdf
3. Manual Formulación del Plan institucional de archivos – PINAR
https://www.archivogeneral.gov.co/caja_de_herramientas/docs/2.%20planeacion/MANUALES/FORMULACION%20PINAR.pdf
4. Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos, recuperado de. Versión 2.0. 2020. Archivo General de la Nación https://www.archivogeneral.gov.co/sites/default/files/Estructura_Web/5_Consulte/Recursos/Publicacionees/V3_MGDA-min.pdf