FORMATO DE SEGUIMIENTO Y MONITOREO AL PLAN DE GESTIÓN DOCUMENTAL – PDG

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

NOMBRE DEL PROCESO:	Gestión Documental - GDO	**VIGENCIA:**	Año 2024
LÍDER DEL PROCESO:	Subgerencia Administrativa y Auxiliar Administrativa de Archivo	**FECHA ELABORACIÓN**	16 de Julio 2024
OBJETIVO DEL PROCESO:	Realizar el seguimiento y monitoreo de forma oportuna y eficiente al Plan de Gestión Documental - PGD de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Concordia para el 2º trimestre del 2.024 de acuerdo con la normatividad vigente establecida y publicar los resultados en la página web institucional.		

1. ETAPA DE LA PLANEACIÓN DOCUMENTAL						
CATEGORÍAS	**ACTIVIDADES PROGRAMADAS**	**ACTIVIDADES REALIZADAS**	**RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD**	**FECHA DE PROGRAMADA**	**% DE CUMP.**	**EVIDENCIAS Y/O OBSERVACIONES**
1. Instrumentos Archivísticos	1.1. Elaborar, aprobar, difundir, implementar y evaluar el Programa de Gestión Documental – PGD en el Hospital	PDG elaborado, adoptado socializado e implementado	Subgerecia Administrativa y Auxiliar Administrrativa (Archivo general)	30/05/2024	80%	Falta la socializacion
	1.2. Elaborar, difundir e implementar el Cuadro de Clasificación Documental – CCD..	CCD elaborado, socializado, al ser convalidado por el archivo departametal se procedera a su implementación.		Todo el año 2024	40%	Cuadro elaborado se comenzo con la socialización y falta la convalidación por el dpto y la implementación
	1.3. Establecer implementar y evaluar Indicadores de procedimiento de Gestión Documental - GDO.	Hoja de vida del indicador elaborada y evaluada		Todo el año 2024	0%	No se evidencia que se enten elaborando.
	1.4. Realizar anualmente una actualización del diagnóstico documental de los archivos de gestión, central e histórico.	El diagnostico documental publicado en la pagina del hospital		30/11/2024	NA	No se tienen en cuenta para la evaluación del 2o trimestre de 2024
	1.5. Elaborar, difundir, implementar y evaluar el Formato Único Documental	Formatos diligenciados		30/05/2024 y 30/10/2024	50%	Se realizó la actividad del primer semestre

CATEGORÍAS	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES REALIZADAS	RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD	FECHA DE PROGRAMADA	% DE CUMP.	EVIDENCIAS Y/O OBSERVACIONES
2. ETAPA DE PRODUCCIÓN DOCUMENTAL						
2. Estructura de los documentos	2.1. Custodiar y actualizar los formatos documentales por parte de las diferentes dependencias del Hospital de acuerdo con el sistema de Calidad. Logo, imagen corporativa, tipo de letra, pie de página entre otros.	Todo el personal que maneja documentos	Comité directivo	Todo el año 2024	50%	A Cada dependencia se le socializó la guia para el maneno de los documentos y los formatos son estandarizados en el archivo y calidad.
	2.2. Retroalimentar a los diferentes funcionarios sobre la guía de gestión documental en cuanto al respeto de la estructura documental de los formatos como actas, oficios, memorandos, circulares, informes, planes, programas, entre otros.	Guía actualizada, socializadaa e implementada	Auxiliar administrativa	Todo el año 2024	50%	Se evidencia la guia elaborada se va a reforzar con una socialización por dependencias
3. Formas de Recepción de Documentos	3.1. Retroalimentar los procesos de recepción y radicación de comunicaciones oficiales, incluyendo los documentos en formatos electrónicos y digitales.	Proceso actualizado e implementado	Subgerecia Administrativa y Secretaria	30/05/2024	50%	Faltan los documentos electronicos
	3.2. Establecer los formatos y planillas de control para la recepción y radicación de los documentos oficiales.	Planillas y formatos elaborados e implementadas			100%	Se tienen elaborados e implementados las planillas
	3.3. Funcionamiento de la taquilla única documental en el Hospital	Taquilla única implementada		Todo el año 2024	50%	Esta en funcionamiento la taquilla única documental
	3.4. Establecer controles sobre los documentos oficiales con respecto al trámite que se le realizó y Seguimiento en especial a las PQRSDF	Radicación y formato de PQRSDF elaborada	Secretaria y Auxiliar administrativa SIAU	Abril - Julio - Octubre 2024	34%	Se lleva el control en la oficina del SIAU

CATEGORÍAS	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES REALIZADAS	RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD	FECHA DE PROGRAMADA	% DE CUMP.	EVIDENCIAS Y/O OBSERVACIONES
3. ETAPA DE GESTIÓN Y TRAMITE DOCUMENTAL						
4. Registro de Documentos	4. 1. Todas las comunicaciones oficiales del Hospital deben ser registradas, tramitadas y gestionadas a través de la ventanilla única documental de acuerdo con el procedimiento.	Libro de radicado de documentos oficiales	Secretaria	Todo el año 2024	50%	Se evidencia la radicación del libro que esta en secretaria
5. Distribución de documentos	5.1. Elaborar, adoptar e implementar el procedimiento para el manejo de los documentos oficiales	Procedimiento elaborado, socializado e implemntado	Secretaria	30/05/2024	100%	Se tienen la evidencia del procedimiento
6. Acceso y Consulta	6.1. Articular y promover la difusión de los instrumentos que faciliten el acceso y consulta de la información pública de acuerdo con la Ley 1712 de 2014, y normatividad del AGN.	Planes articulados y publicados de acuerdo con la ley 1712 de 2014	Subgerecia Administrativa	Todo el año 2024	50%	Se evidencia la publicación en la pagina web
	6.2. Controlar y retroalimentar el procedimiento para la consulta y préstamo de expedientes en los archivos de gestión, central e histórico.	Procedimiento socializado e implementado	Subgerecia Administrativa	Todo el año 2024	50%	Pero se hara una refuerzo por cada dependencia
	6.3.Implementar el uso correcto de trámites y servicios (reprografías) en forma electrónica para los clientes externos e internos.	Tramites y servicios reglamentados.	Subgerecia Administrativa	Todo el año 2024	0%	Pendiente por elaborar
7. Control y Seguimiento	7.1. Revisar los formatos que identifiquen los responsables para la solicitud de préstamos de expedientes y documentos en las diferentes dependencias del Hospital.	Formatos elaborados, socializados e implementados	Control Interno	Todo el año 2024	50%	Los formatos fueron elaborados , adoptados e implementados

CATEGORÍAS	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES REALIZADAS	RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD	FECHA DE PROGRAMADA	% DE CUMP.	EVIDENCIAS Y/O OBSERVACIONES
7. Control y Seguimiento	7.2. Control y seguimiento en los tiempos de respuesta en los tramites y PQRSDF hasta que estén finalizados.	Formatos analizados de la PQRSDF	Gerente y comité de control interno	Todo el año 2024	50%	Se radican la PQRSDF y se pasan a los subgerentes. Pero se debe tener un mayor control sobre la respuesta.
	7.3. Implementar el seguimiento y control a las estrategias de Manejo de Trámites y de Transparencia y acceso a la información del programa anticorrupción	Informe de seguimiento y acta de publicación.	Gerente y comité de control interno	Marzo - Junio - Septiembre y diciembre de 2024	30%	Con respecto a los tramites no se ha implementado y con transparencia hay que actualizarla.
	7.4. Establecer indicadores de gestión para el manejo de los documentos oficiales.	Hoja de vida del indicador y su evaluación	Subgerecia Administrativa	30/06/2024	0%	Esta pendiente
4. ETAPA DE ORGANIZACIÓN DOCUMENTAL						
8. Clasificación	8.1. Elaborar, adoptar e implementar el procedimiento para el manejo de los Archivos de Gestión, central e histórico en el Hospital.	Proceso socializado e implementado	Subgerecia Administrativa	30/05/2024	100%	Proceso socializado e implementado
	8.2. Realizar la clasificación documental en cada dependencia del hospital de acuerdo con las series y subseries documentales.	Archivo de gestión organizado	Responsable de cada dependencia	Todo el año 2024	50%	Se evidencia que se esta realizando la organización del archivo de gestión de la diferentes dependencias
	8.3.Realizar las respectivas indicaciones frente a la conservacion documental indicadas en las TRD para que al momento de ser aprobadas se puedan e implementar – TRD	TDR y TVD elaboradas, aprobadas, socializadas e implementadas cuadro de trasferencia documental y FUID del archivo central	Responsable de cada dependencia	30/10/2024	NA	No se tienen en cuenta para la evaluación del 2o trimestre de 2024
9. Ordenación	9.1. Crear y conformar los expedientes documentales en soporte físico, digital y/o electrónico en los Archivos de Gestión, implementando el uso del Inventario Documental en formato electrónico.	Expediente documentales implementados	Responsable de cada dependencia	30/12/2024	NA	No se tienen en cuenta para la evaluación del 2o trimestre de 2024

CATEGORÍAS	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES REALIZADAS	RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD	FECHA DE PROGRAMADA	% DE CUMP.	EVIDENCIAS Y/O OBSERVACIONES
9. Ordenación	9.2. Conformar y realizar la apertura de los expedientes de acuerdo a las series y subseries documentales.	Expedientes implementados de acuerdo a las TRD.	Responsable de cada dependencia	30/06/2024	100%	Se tiene la evidencia de los expedientes del archivo de gestión de acuerdo con las TRD
	9.3. Revisar y controlar las observaciones del diagnóstico documental de los archivos de gestión, central e histórico para realizar las mejoras requeridas.	Controles implementados		31/07/2024	NA	No se tienen en cuenta para la evaluación del 2o trimestre de 2024
	9.4. Realizar la marcación y foliación de los documentos durante su trasferencia en las fases del ciclo vital documento de archivo (gestion, central e historico).	Carpetas Marcadas, foliadas y organizadas		Todo el año 2024	40%	Se evidencia que se tienen el el archivo central las carpetas marcadas, foliadas y socializadas
	9.5. Elaborar y retroalimentar el formato único de inventario documental.	Inventario unico documental elaborado		Todo el año 2024	50%	Se evidencia que se tienen los inventaros unicos documentales de las diferentes áreas.
10. Descripción	10.1 Organizar,clasificar y realizar las diferentes actividades del proceso documental del fondo acumulado del Hospital de acuerdo con las directrices emanadas del Archivo General de la Nación – AGN.	Archivo central organizado	Auxiliar administrativa	30/12/2024	NA	No se tienen en cuenta para la evaluación del 2o trimestre de 2024
	10.2. Ubicación y marcación de los expedientes en cajas y estanterías en el archivo central e histórico con el fin de facilitar la consulta y su conservación.	Archivo central organizado	Auxiliar administrativa	30/12/2024	NA	No se tienen en cuenta para la evaluación del 2o trimestre de 2024
10. Descripción	10.3 Actualizar el inventario único documental del hospital	Archivo central organizado	Auxiliar administrativa	Junio y Diciembre de 2024	50%	Se evidencia la organización del archivo central

CATEGORÍAS	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES REALIZADAS	RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD	FECHA DE PROGRAMADA	% DE CUMP.	EVIDENCIAS Y/O OBSERVACIONES
5. ETAPA DE TRANSFERENCIA DOCUMENTAL						
11. Preparación de la Transferencia	11.1. Elaborar y aprobar el formato con el cronograma anual de las transferencias.	Cronograma elaborado	Auxiliar administrativa	29/02/2024	50%	Se evidencia el cronograma de transferencia y fue socializado con las dependencias.
	11.2.Establecer los procedimientos de Transferencia Documental Primaria (archivo de gestión – archivo central) y Transferencia Documental Secundaria (archivo central – archivo histórico)	Procedimiento elaborado e implemntado	Subgerecia Administrativa y Auxiliar administrativa	30/06/2024	60%	Procedimiento elaborado e implemntado
11. Preparación de la Transferencia	11.3. Una vez cumplido el tiempo de retención de los documentos establecido en la TRD, se deberá dar tratamiento a los archivos electrónicos de acuerdo a la Política de migración, emulación, conversión y actualización tecnológica y a procedimiento de copias de seguridad del Hospital.	Documentos difitalizados y organizados en carpetas y medio magnetico.	Auxiliar administrativa	30/12/2024	NA	No se tienen en cuenta para la evaluación del 2o trimestre de 2024
	11.4. La Persona encargada del archivo central asesorará sobre las entrega de las transferencias documentales	Capacitación realizada		30/05/2024	100%	Se tiene la evidencia de la capacitación lista, fotos y tema tratado
	11.5. Una vez recibidas las transferencias documentales se deben realizar las actividades regalmentadas	Archivo organizado		30/08/2024	NA	No se tienen en cuenta para la evaluación del 2o trimestre de 2024
6. ETAPA DE DISPOSICIÓN DE DOCUMENTOS						
12. Conservación Total, Selección, Microfilmación y/o Digitalización	12.1. Realizar el manual guia- SIC- sistema integrado de conservación del hospital.	Manual o guia SIC de conservación elaborado.	Subgerencia Administrativa y Auxiliar administrativa	30/12/2024	NA	No se tienen en cuenta para la evaluación del 2o trimestre de 2024

CATEGORÍAS	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES REALIZADAS	RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD	FECHA DE PROGRAMADA	% DE CUMP.	EVIDENCIAS Y/O OBSERVACIONES
12. Conservación Total, Selección, Microfilmación y/o Digitalización	12.2. Implementar, socializar las acciones de conservacion del maual de Manual de gestión de documentos electrónicos en el hospital.	Capacitaciones realizadas	Subgerencia Administrativa y Auxiliar administrativa	31/12/2024	NA	No se tienen en cuenta para la evaluación del 2o trimestre de 2024
	12.3. Aplicación de las disposiciones finales establecidas en las TRD de acuerdo con la disposición final que puede ser Conservación Total, Selección, Microfilmación o Eliminación	Se realizara acta en el momento de Aprobación.	Auxiliar administrativa	2o Semestre de 2024	NA	No se tienen en cuenta para la evaluación del 2o trimestre de 2024
	12.4. Definir la guia, el alcalce y ruta de implementacion del SGDEA-Sistema de Gestion de Documentos Electronicos, que oriente a conformar y custodiar un archivo electrónico institucional en sus diferentes fases y por ende, a constituir el patrimonio documental digital del hospital.	Manual o guia SGDEA publicada en pagina institucional	Subgerencia Administrativa, Auxiliar administrativa y Tecnico de sistemas	30/12/2024	NA	No se tienen en cuenta para la evaluación del 2o trimestre de 2024
	12.5. La conservación total, selección y digitalización se aplica a aquellos documentos que presentan para el Hospital un valor primario como son el Legal, Jurídico, Fiscal, Técnico, Financiero y Administrativo y/o valor secundario	Archivo parcialmente organizado según cronograma de actividades de auxiliar de archivo central.	Auxiliar administrativa	Todo el año 2024	40%	Se evidencia que se esta realizando la organización del archivo central
13. Eliminación.	13.1. Implementar dentro del manejo de residuos el proceso de eliminación documental mediante picado papel.	Acta de disposiciones finales de los documentos.	Subgerencia Administrativa y Auxiliar administrativa	30/12/2024	NA	No se tienen en cuenta para la evaluación del 2o trimestre de 2024

CATEGORÍAS	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES REALIZADAS	RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD	FECHA DE PROGRAMADA	% DE CUMP.	EVIDENCIAS Y/O OBSERVACIONES
13. Eliminación.	13.2. Implementar normativa dentro de la guia SGDEA y especificar dentro del SIC sobre la eliminación de los documentos electronicos.	Manual o guia de gestión de documentos electrónicos y guia SGDEA	Subgerencia Administrativa y Auxiliar administrativa	30/12/2024	NA	No se tienen en cuenta para la evaluación del 2o trimestre de 2024
	13.3. La eliminación de documentos aplica para aquellos que han cumplido el tiempo de retención en el archivo central	Acta de eliminacion documental.	Auxiliar administrativa	30/12/2024	NA	No se tienen en cuenta para la evaluación del 2o trimestre de 2024
PORCENTAJE TOTAL DE CUMPLIMIENTO AL 2o TRIMESTRE DE 2024 ES DE 34,6%						

CONCLUSIONES:

El formato de seguimiento del Programa de gestión Documenta - PDG que cuenta de 6 etapas, 13 categorías y un total de 44 actividades a implementar de las cuales al corte de 30 de junio de 2.024 presentan la siguiente ejecución:

1. Actividades a las cuales no se tienen en cuenta para el 2o trimestre del 2024 son 15 que equivale al 34,2%
2. Actividades cum un cumplimiento entrel el 81% y el 100% se tienen 5 actividades que equivale al 11,3%
3. Actividades con un cumplimiento entre el 51% y el 80% se tienen 2 actividades que equivalen al 4,5%
4. Actividades con un cumplimento entre el 1% y el 50% son 19 que equivale al 43,2%
5. Actividades las cuales no presentan ningún cumplimiento son 3 que equivale al 6,8%

JUAN GUILLERMO POSADA MEJÍA
Control Interno

CÓDIGO DEL PROCESO: 2100 - 32	**VERSIÓN:** 2.0 - 2021	**ELABORADO POR:** Asesor de Control Interno
FECHA DEL PROCESO: Abril de 2021	**APROBADO POR:** Gerente de la Empresa social	