FORMATO DE SEGUIMIENTO Y MONITOREO AL PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVOS - PINAR

NOMBRE DEL PROCESO:	Gestión Documental - GDO		
LÍDER DEL PROCESO:	Subgerencia Administrativa y Auxiliar Administrativa Archivo.	**FECHA ELABORACIÓN**	3 de Febrero de 2022
OBJETIVO DEL PROCESO:	Fortalecer el proceso de Gestión Documental mediante el diseño de un programa a corto, mediano y largo plazo en donde se realicen proyectos, programas y actividades de trabajo asociados con el desarrollo de la función archivística y documental la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Concordia – Antioquia.		

Nro	ASPECTOS CRITICOS	ACTIVIDEDES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES REALIZADAS	RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD	FECHA DE PROGRAMADA	% DE CUMP.	EVIDENCIAS Y/O OBSERVACIONES
1	No existe un Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo (SGDEA).	Organizar y ejecutar en el Hospital todo lo relacionado con el Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo – SGDEA de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente.	Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo – SGDEA elaborado, adoptado, publicado e implementado en el Hospital.	Subgerencia Administrativa y Auxiliar Administrativa	30/12/2022	0%	No se le dio cumplimiento a esta actividad
2	No se cuenta con las Tablas de Retención y Valoración Documental actualizadas, aprobadas, socializadas y no se están aplicando las que existen.	1. Actualizar, aprobar, adoptar, comunicar, implementar y evaluar las Tablas de Retención Documental –TRD en el Hospital	TRD aprobadas, socializadas e implementadas	Subgerecia Administrativa	30/06/2022	0%	No las ha convalidado el Archivo del Dpto
		2. Elaborar, aprobar, adoptar, comunicar, implementar y evaluar las Tablas de Valoración Documental –TVD en el Hospital	TVD elaboradas y presentadas al consejo de archivo dptal.	Subgerecia Administrativa y Auxiliar Administrativa	30/10/2022	0%	No se le dio cumplimiento a esta actividad

Salud Integral para Todos
Nit 890907297-3
Carrera 18 N° 16 - 05 Concordia, Antioquia.
Teléfono 844 61 61 - 844 77 23 - 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com

Nro	ASPECTOS CRITICOS	ACTIVIDEDES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES REALIZADAS	RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD	FECHA DE PROGRAMADA	% DE CUMP.	EVIDENCIAS Y/O OBSERVACIONES
3	No se han socializado de una forma adecuada las herramientas Técnicas para el manejo de la gestión documental cono son: El PGD, PINAR, Formato único documental, Planillas entre otros	Actualizar, aprobar, adoptar, publicar, socializar, implementar y evaluar las herramientas tecnológicas para mejorar el proceso de gestión documental como son manuales, guías, programas, proyectos, planes, cuadros, formatos, planillas entre otros.	Manuales, formatos, guías y planillas elaboradas, adoptadas e implementadas	Subgerencia Administrativa y Auxiliar Administrativa	30/10/2022	100%	
4	No se ha socializado el Proceso de Gestión Documental en el Hospital.	Elaborar, aprobar, adoptar, comunicar, implementar y evaluar un proceso de gestión documental caracterizado en el Hospital	Proceso Actualizado , socializado y normograma	Subgerecia Administrativa	30/05/2022	100%	Se actualizo
5	Deficientes políticas para el manejo del procedimiento de conservación, almacenamiento e instalaciones físicas del archivo general e histórico en el Hospital.	1, Establecer las políticas, aprobarlas e implementarlas en lo relacionado con la conservación, almacenamiento e instalaciones físicas en el proceso de gestión documental	Politicas adoptadas, socializadas e implementandas	Gerente, Subgerencia Administrativa y Auxiliar Administrativa	30/08/2022	100%	
		2. Organizar los archivos de gestión de cada una de las dependencias del hospital	Carpetas organizadas y actas de entrega de documentos.	Responsable en cada dependencia	30/03/2022	100%	Se evidencia que se estan organizando los archivos de gestión
		3, Organizar el Archivo General del Hospital (Foliación, marcación, organización en cajas y en estanterías)	Archivo general Organizado	Auxiliar Administrativa	Todo el año 2022	75%	Se evidencia que se esta organizando el archivo central

Nro	ASPECTOS CRITICOS	ACTIVIDEDES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES REALIZADAS	RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD	FECHA DE PROGRAMADA	% DE CUMP.	EVIDENCIAS Y/O OBSERVACIONES
5	Deficientes políticas para el manejo del procedimiento de conservación, almacenamiento e instalaciones físicas del archivo general e histórico en el Hospital.	4. Digitalización de los documentos que son transferidos al archivo general.	Doumentos digitalizados	Auxiliar Administrativa	Todo el año 2022	75%	Se evidencia la digitalización de los archivos
		5. Actualizar el formato del inventario unico documental en el hospital.	Formato Inventario Unico actualizado	Auxiliar Administrativa	Todo el año 2022	100%	Se evidencia que el formato esta actualizado
		6, Atender consultas y organizar el préstamo de documentos del archivo central	Formatos de prestamo de documentos	Auxiliar Administrativa	Todo el año 2022	100%	Se tienen un formato de perstamo de documentos el cual se evidencia que se esta llevando
6	Existe una política y/o reglamento donde se establecen las transferencias documentales (Primarias y Secundarias).	Reglamentar e implementar el procedimiento para la realización de las transferencias primarias y secundarias en el Hospital.	Procedimiento elaborado, adoptado, socializado e implementado	Subgerencia Administrativa y Auxiliar Administrativa	30/03/2022	100%	Se evidencia que se tiene la politica y el procedimiento actualizado

El Porcentaje de Cumplimiento del PINAR al 4o trimestre de 2022 es de 70,8%

CONCLUSIONES

El formato de seguimiento del Plan Institucional de Archivos - PINAR que cuenta de 6 aspectos críticos y un total de 12 actividades a implementar de las cuales al corte de 31 de diciembre de 2.022 presentó la siguiente ejecución:

1. Actividades a las cuales no les aplica para su calificación del 4o trimestre de 2022 ninguna
2. Actividades com un cumplimiento entre el rango de 81 al 100 % son 7 actividades que equivale al 58,3%
3. Actividades com un cumplimiento entre el rango de 50 al 80 % son 2 que equivale al 16,7%
4. Actividades com un cumplimiento entre el rango de 1 al 49 % no tuvieron que equivale al 0,0%
5. Actividades las cuales no tuvieron ejecución son 3 que equivale al 25,0%

JUAN GUILLERMO POSADA MEJÍA
Control Interno

CÓDIGO DEL PROCESO: 2100 - 32 -113	**VERSIÓN:** 2.0 - 2021	**ELABORADO POR:** Asesor de Control Interno
FECHA DEL PROCESO: Abril de 2021	**APROBADO POR:** Gerente de la Empresa social	